

La prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile

Guide des pratiques de prévention des risques professionnels



Préambule

Cet outil est à destination des employeurs et des salariés de la branche de l'aide et des soins à domicile. Il a pour objectif de les aider à mettre en place des démarches et outils permettant la prévention active des risques professionnels dominants dans ce secteur.

Il se compose de fiches pratiques qui peuvent être utilisées ensemble ou séparément.

Il a été élaboré dans le cadre d'un projet mené en commun par l'UNA (Union nationale de l'aide et des soins aux domiciles), la Mutualité française et Chorum. Il s'appuie sur plusieurs études réalisées dans des sites pilotes dans le cadre de ce projet.

Sommaire

Fiche N°1	■ Les contraintes physiques : de quoi s'agit-il ?	5
Fiche N°2	■ Les contraintes physiques : l'importance d'évaluer	7
Fiche N°3	■ Les contraintes physiques : évaluer en continu	10
Fiche N°4	■ Les contraintes physiques : l'organisation de l'espace au domicile de la personne aidée ou du patient	12
Fiche N°5	■ Les contraintes physiques : l'organisation du travail	14
Fiche N°6	■ Les trajets et déplacements sur la voie publique	16
Fiche N°7	■ Les risques psychosociaux : les contraintes organisationnelles	18
Fiche N°8	■ Les risques psychosociaux : le rapport à la maladie et à la mort	21
Fiche N°9	■ Les risques psychosociaux : l'attachement affectif aux personnes aidées ou aux patients	23
Fiche N°10	■ Les risques psychosociaux : agir sur la communication au travail	25
Fiche N°11	■ Les risques psychosociaux : agir sur l'organisation du travail	28
Fiche N°12	■ La reconnaissance du métier d'aide à domicile	30
Fiche N°13	■ Les autres risques professionnels	32
Fiche N°14	■ Les repas : l'importance des pauses-déjeuner	35
Fiche N°15	■ La formation : moyen d'action sur les risques professionnels	36
Fiche N°16	■ La formation : thèmes, contenus et prestataires	38
Fiche N°17	■ La formation : les partenariats possibles	40
Fiche N°18	■ La prévention des risques : agir au niveau individuel	42
Fiche N°19	■ Les aides techniques et méthodologiques : structuration et professionnalisation	43
Fiche N°20	■ Les aides techniques et méthodologiques : prévention des risques professionnels	46
Fiche N°21	■ Aspects juridiques et réglementaires : les obligations de l'employeur	49
Fiche N°22	■ Aspects juridiques et réglementaires : les services de santé au travail et les accidents du travail	51
	■ Lexique des principales abréviations utilisées dans le guide	53
	■ Un outil pratique, le tableau de synthèse	55

Fiche N°1 - Les contraintes physiques : de quoi s'agit-il ?

Les métiers de l'aide et des soins à domicile sont parmi les plus touchés par des contraintes physiques comme la manutention manuelle, le port de charge, les contraintes posturales et articulaires (positions debout, accroupies, piétinement, torsions, postures penchées, etc.).

L'enquête SUMER 2003, conduite par la DARES (Ministère du Travail), montre que 80% des aides à domicile subissent des positions debout ou du piétinement, 64% d'autres contraintes posturales, 63% du port de charges, 55% des déplacements à pied, 51% le maintien de bras en l'air...

Conséquences

Ces contraintes entraînent des effets sur la santé :

- Position debout prolongée, piétinement, déplacements à pied : conséquences circulatoires, varices des membres inférieurs.
- Position à genoux prolongée (plus de 2 heures par semaine) : inconfort, douleurs, hygromas du genou, parfois interventions chirurgicales, voire incapacités et pertes d'emploi.
- Maintien de bras en l'air plus de 2 heures par semaine : pathologies des épaules.
- Posture accroupie ou en torsion plus de 2 heures par semaine : accroissement de l'effet des manutentions.
- Poids porté, manutention répétitive ou en posture défavorable : lombalgies (douleurs dans le bas du dos), dorsalgies, sciatiques, TMS...
- Manutention : blessures causées par la chute de l'objet transporté.

Les lombalgies sont des affections courantes : l'INRS met à disposition un dossier sur ce sujet¹. Principaux éléments à retenir : « *Les lombalgies ont généralement une origine multifactorielle. Les facteurs professionnels sont d'une importance majeure. (...) Le plus souvent, le seul élément accidentel est la survenue imprévue de la douleur, reflet d'une lésion qui peut être attribuée à l'effet cumulatif d'expositions répétées à la manutention manuelle de charges lourdes, les postures pénibles (flexion du tronc associée à sa rotation). (...) Cependant, dans le quart des lombalgies reconnues comme accidents du travail, un élément imprévu vient perturber l'activité de travail et provoque une chute, une glissade, un faux mouvement ou un effort* ».

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des pathologies des articulations qui peuvent être fortement invalidantes. Les sollicitations qui sont à l'origine des TMS sont biomécaniques (gestes), organisationnelles (organisation du travail) et psychosociales (stress).

Enfin, les chutes sont parmi les principales causes d'arrêt de travail dans l'aide et les soins à domicile.

¹. « Les lombalgies », dossier Web, www.inrs.fr.

Plusieurs solutions s'offrent à l'employeur pour réduire ces risques et leurs conséquences.

L'association « **La Vie à Domicile** »², basée à Paris, propose à ses salariés un **bilan podologique** (diagnostic podologique, c'est-à-dire de l'état de santé du pied, permettant d'établir éventuellement les objectifs de la prise en charge thérapeutique préventive et éducative, et le plan de soins).

². Association créée en 1985, adhérente au réseau UNA, comportant un SSIAD et un SAAD, 75 aides à domicile, 9 infirmiers, 65 aides-soignants, www.lavieadomicile.fr.

Fiche N°2 - Les contraintes physiques : l'importance d'évaluer

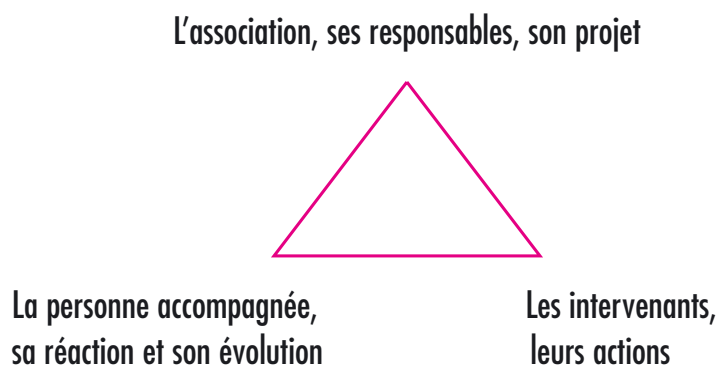
La prise en compte de la charge de travail réelle nécessite la compréhension de la demande de la personne aidée ou du patient. Cela passe par plusieurs points importants : évaluer finement les besoins de la personne, en y intégrant l'évaluation des conditions de travail, mais aussi évaluer la capacité de la structure à prendre en charge cette demande.

1. L'évaluation des besoins de la personne aidée ou du patient

Cette opération se fait en deux étapes afin que le bénéficiaire et la structure se comprennent bien :

- évaluation des besoins de la personne intégrant l'évaluation des conditions de travail,
- phase de négociation, qui permet l'entente entre les « trois » parties : l'association, la personne accompagnée, les intervenants.

Le schéma suivant³ permet d'illustrer cette phase de négociation :



1.1. Etape 1 – L'évaluation des besoins

Améliorer la prise en charge de la personne aidée ou du patient, c'est améliorer la prise en charge en amont : la première évaluation est souvent réalisée sur la base de la grille AGGIR (qui évalue le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie). Elle pourrait davantage prendre en compte la réalité de la situation de la personne (son état de santé physique et psychique, son logement). Pour cela la bonne qualité du plan d'aide mis en place par les conseils généraux puis par les responsables au sein des structures, est indispensable pour assurer une adéquation entre les besoins, la réalité du travail, les personnes aidées et les intervenants à domicile.

³. Article de P. Hédin, directeur de l'association «La Vie à Domicile», «Point de vue d'un directeur de services : l'usager n'a ni tous les droits ni tous les devoirs», *Revue Gérontologie et Société*, n°115, décembre 2005, pages 209 à 214.

L'association « La Vie à Domicile »⁴ élabore toutes les trois semaines un planning d'accueil téléphonique où un référent de l'accueil est nommé (secrétaire et/ou encadrant) afin que chacun se sente concerné par l'accueil des personnes. Cela permet de donner les premières explications sur le fonctionnement de l'association et de vérifier si elle peut correspondre aux attentes de la personne. Il s'agit là d'une analyse de la demande.

Avec l'outil d'évaluation d'aide et de soins utilisé habituellement dans votre structure, il est possible d'intégrer une évaluation des conditions de travail. Plusieurs outils permettent cette démarche.

UNA :

- Una a développé un outil informatique d'évaluation des situations individuelles : *l'outil DESIR*.
- Pour en savoir plus : <http://www.demarchedesir.com/accueil2.jsp>

SOBANE :

- La stratégie SOBANE permet d'identifier et de prévenir les risques professionnels. Elle est accompagnée d'un guide de concertation, qui permet d'élaborer un plan de prévention des risques, et qui nécessite peu de temps et peu de moyens.
- Pour en savoir plus : <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=19508>

PREVADOM :

- C'est un outil de sensibilisation aux risques professionnels et aux accidents de la vie courante, élaboré par la CRAM Nord-Picardie.
- Pour plus d'informations, voir fiche N°20, « Les aides techniques et méthodologiques : prévention des risques professionnels ».

1.2. Etape 2 – La négociation

Une fois l'évaluation de la personne faite, à laquelle l'intervenant à domicile peut participer (il pensera à certains éléments du fait de son expérience), une phase de « négociation » doit s'engager.

Quels sont les objectifs de cette négociation ?

- La personne aidée ou le patient doit pouvoir conserver une certaine autonomie, conserver son chez-soi.
- L'intervenant à domicile doit pouvoir avoir des conditions de travail optimales.

Pour favoriser la sécurité de l'intervenant à domicile, la structure peut s'appuyer sur les informations données par le plan d'aide pour prévoir une sensibilisation du patient. Lorsque l'encadrement note lors de sa première visite qu'il y a une usure avancée de certains matériaux et des sols ou que les locaux sont trop encombrés, il peut, avant la prise en charge, sensibiliser la personne aidée et son entourage familial. Cette sensibilisation mettra en évidence

4. Voir note n°2, page 6.

l'importance de réaliser quelques changements, voire des travaux, afin de garantir de bonnes conditions de travail aux futurs intervenants à domicile. Une bonne compréhension dès le départ sera bienfaitrice pour la suite de la relation.

2. L'évaluation de la capacité de la structure

Après cette étape d'analyse des besoins et d'état des lieux de la situation, reconsidérer la demande permet de savoir si la structure est capable de supporter cette charge de travail. Pour cela, il faut tenir compte des ressources humaines disponibles et du temps de travail réel. Le calcul du temps de travail réel doit prendre en considération les vacances, les arrêts maladie en cours. Il faut également faire attention à ne pas surcharger de travail un intervenant à domicile, en tenant compte des temps de trajet réels, des temps de pause et de déjeuner ainsi que des plages horaires disponibles pour les réunions d'équipe.

Toutes ces étapes peuvent faire l'objet d'échanges. Le choix de l'intervenant à domicile le plus apte à s'occuper du bénéficiaire peut se faire en collaboration avec toute l'équipe, même si l'organisation du travail relève en définitive de la responsabilité de l'employeur.

Fiche N°3 - Les contraintes physiques : évaluer en continu

Les contraintes physiques sont directement liées à la charge de travail. Des événements imprévus peuvent renforcer cette charge et avoir des conséquences immédiates très importantes⁵. Cela renforce la nécessité de prendre en compte les modifications de la charge de travail dès qu'elles surviennent. Il est donc nécessaire que l'évaluation de l'état du patient et donc des conditions de travail de l'intervenant à domicile soient revues régulièrement.

Afin d'assurer une évaluation régulière, plusieurs possibilités existent :

- une formalisation matérielle permettant un suivi de l'évolution de l'état de la personne aidée,
- des échanges lors de réunions.

1. Mettre en place un outil technique de liaison

Un outil concret permet de concentrer un certain nombre d'informations, utiles à la fois pour accompagner la personne aidée ou le patient au mieux et pour permettre une réévaluation régulière de la charge de travail de l'intervenant à domicile : cahier de suivi, fiche par personne aidée, feuille d'information, schéma de travail...

Le contenu de ces outils peut fournir des précisions sur les autres intervenants à domicile, sur la famille de la personne aidée, et des informations pratiques (repas, emplacements des objets, habitudes de la personne, programmation des tâches...).

Le document de transfert, en Belgique

Un service d'aide à domicile belge a développé un document de transfert destiné aux aides à domiciles remplaçantes. Ce document vise à assurer la continuité des prestations (et à diminuer le stress que peuvent éprouver l'aide à domicile remplaçante et la personne aidée). Le document contient donc un certain nombre d'informations :

- les coordonnées personnelles du bénéficiaire,
- la répartition des tâches entre les intervenants de proximité et les prestataires professionnels,
- des aspects pratiques (l'endroit où les outils et produits ménagers sont rangés, manière dont sont préparés les repas...).

Lors d'une première visite à domicile, le responsable explique au patient la finalité de ce document, l'idée étant que l'aide à domicile le complète lors de sa première visite avec la personne aidée. Ce document fait l'objet d'une mise à jour régulière.

Source : « Travailler comme aide familiale à domicile – Inventaire des outils et bonnes pratiques pour améliorer les conditions de travail », Direction Générale Humanisation du Travail, Décembre 2007, Belgique.

⁵. Dans un SSIAD, l'absence de 3 salariées à la fin de l'été 2008 a fait diminuer l'effectif de 6,5 à 4,28 ETP. La prise en charge des patients n'a quant à elle pas diminué. En novembre, 39 patients étaient quotidiennement visités par le service (de 2 à 19 passages par semaine). Le service n'a pas pu recruter de personnel remplaçant à cette période. De ce fait, la gestion du temps est devenue beaucoup plus difficile : les aides-soignantes semblaient de plus en plus « empêchées » par le temps. Plus le temps avançait dans la tournée, plus les aides-soignantes essayaient de rattraper leur retard et augmentaient leur rythme, elles modifiaient ainsi leur activité au fil du temps. Cette intensification du temps de travail obligeait donc les aides-soignantes à faire des choix inconscients : les stratégies qui préservent leur santé (par exemple se pencher en fléchissant les membres inférieurs) étaient souvent laissées de côté au fur et à mesure de la tournée au profit de stratégies de rapidité (d'où l'apparition, en fin de tournée, de flexions du tronc supérieures à 60° et de torsion de la colonne). On a assisté, dans cette période, à de nombreux arrêts de travail.

Les différentes méthodes doivent être élaborées lors de la première visite et en accord et avec le concours de la personne aidée. Il s'agit donc d'outils construits de manière triangulaire (personne aidée, patient et/ou sa famille, responsable, intervenant à domicile). En outre, ces outils doivent faire l'objet de mises à jour régulières, afin de tenir compte de la réalité de la situation.

Le photogramme

C'est l'association belge ADMR qui a développé cette pratique. La situation des bénéficiaires est décrite à partir de quatre grands domaines : la santé, la vie quotidienne, la situation économique, et les aspects affectifs et relationnels. Cet outil permet d'être au plus proche de la réalité vécue par la personne aidée et d'organiser un travail d'équipe correspondant à la situation de la personne.

Source : « Travailler comme aide familiale à domicile – Inventaire des outils et bonnes pratiques pour améliorer les conditions de travail », Direction Générale Humanisation du Travail, Décembre 2007, Belgique.

2. Evaluer en continu

Ces différents outils « collaboratifs » peuvent être réunis sous la forme d'un cahier de communication qui permettra la coordination entre les intervenants à domicile, entre eux et les autres professionnels (médicaux par exemple), entre les professionnels et la famille. Il permettra en outre à l'intervenant à domicile de faire un retour régulier sur son activité.

Remarque : il s'agit d'une solution utile mais qui a ses limites dans la mesure où tout noter est impossible pour des raisons de temps et de confidentialité. Il n'est pas question ici de remplacer les réunions entre professionnels.

Les points sur lesquels un retour régulier est important permettront de réviser la charge de travail que représente une personne aidée pour les intervenants à domicile. Ainsi une réévaluation à intervalle de temps réguliers de l'état de la personne aidée permet en même temps la réévaluation de la charge de travail des intervenants à domicile et la révision des plannings dans ce sens. Le moyen mis en place lors de l'évaluation sera un support à cette réorganisation.

Fiche N°4 - Les contraintes physiques : l'organisation de l'espace au domicile de la personne aidée ou du patient

Le domicile de la personne aidée constitue le cœur de la prévention des risques liés aux contraintes physiques. L'adaptation de l'habitat améliore à la fois les conditions de vie de la personne aidée et les conditions de travail de l'intervenant à domicile. Pourtant, il n'est pas si évident de le faire accepter à la personne aidée ou au patient.

1. L'évaluation des risques liés au domicile

Une observation approfondie du domicile du bénéficiaire se fait à deux niveaux :

- en amont, lors de l'évaluation des besoins de la personne aidée, l'évaluation des risques professionnels liés à l'environnement permet de mettre en place un dispositif de prévention,
- dans la continuité de la prise en charge de la personne aidée ou du patient.

En cas de nécessité d'aménagements, voire de travaux, chez la personne aidée, l'aide à domicile doit pouvoir alerter des personnes référentes (ergothérapeute, responsable de la structure, responsable de secteur, par exemple) qui pourront mobiliser des appuis extérieurs.

Deux mesures peuvent faciliter cet aménagement :

- L'adaptation du logement doit se faire dans **le respect de l'intimité et de la mémoire** de la personne aidée, ce qui doit être garanti et spécifié à la personne.
- En vue de favoriser la négociation relative à l'aménagement du logement, le responsable d'équipe peut être amené à informer la personne aidée, ou le patient, sur les **aides financières** disponibles.

Des aménagements simples

Lors d'une étude, nous avons remarqué que la présence d'un marchepied chez certains patients pouvait réellement aider les professionnels, surtout les salariés qui souffraient déjà de TMS ou de lombalgies. Les salariés utilisaient des petits marchepieds pour s'asseoir lors de l'habillage ou lors de soins au niveau des pieds du patient.

2. L'équipement du domicile

Selon ses besoins, la personne aidée ou le patient peut disposer à son domicile de différents moyens techniques (fauteuil roulant ou non, lit médicalisé, déambulateurs, etc.).

Ces dispositifs font l'objet d'une prescription par le médecin traitant. Il est important que la structure d'aide ou de soins à domicile puisse être partie prenante du choix par la personne aidée et le pharmacien du matériel et vérifie

à la fois sa conformité aux besoins de la personne, aux caractéristiques du logement, et à l'utilisation qui en sera faite par les professionnels de l'aide à domicile.

Il est également nécessaire que l'intervenant à domicile bénéficie d'une formation adaptée à ces matériels.

L'association « La Vie à Domicile »⁶ a créé, depuis 2002, un poste d'ergothérapeute qui s'inscrit dans deux démarches complémentaires :

- un travail avec les personnes accompagnées et les professionnels de terrain,
- les démarches de demandes d'aides financières.

L'ergothérapeute entretient des relations avec des professionnels qui mettent à disposition des équipements et matériels qui peuvent être prêtés gratuitement pour des essais au domicile.

Pour les matériels non remboursés par la Sécurité Sociale, l'ergothérapeute assure des démarches de demande d'aides financières, en collaboration avec une assistante sociale, si les ressources de la personne ne lui permettent pas d'acquérir un matériel ou aménagement adéquat.

3. Où trouver les aides financières ?

PACT ARIM est un réseau associatif national, qui propose d'adapter l'habitat aux besoins et aux usages : <http://www.pact-arim.org>.

D'autres ressources financières existent afin d'améliorer l'habitat des personnes âgées et handicapées :

- CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse).
- CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination).
- ANAH (Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat).
- ANIL (Agence Nationale d'Information sur le Logement).

⁶. Voir note n°2, page 6.

Fiche N°5 - Les contraintes physiques : l'organisation du travail

1. La prise en compte du temps de travail « réel »

Le temps de travail réel constitue le temps qu'effectue **réellement** le salarié, ce qui se différencie du travail « prescrit » par l'employeur.

Définir un planning cohérent tenant compte des zones géographiques, des trajets, des temps de repos, des contre-indications médicales permettra à la fois d'améliorer les conditions de travail des intervenants à domicile mais aussi de rendre une meilleure prestation à la personne aidée ou au patient.

Il est recommandé que la pause-déjeuner intervienne entre 11h30 et 13h30. Elle doit durer si possible 45 minutes. Aussi, il est conseillé de prendre en compte et d'intégrer ce temps de pause lors de l'élaboration du planning d'intervention (en concertation avec les intervenants à domicile), afin qu'elle ne soit pas considérée comme une perte de temps ni comme une contrainte qui obligerait à quitter le travail plus tard.

Afin de favoriser une meilleure gestion du temps, une organisation des temps de travail des intervenants à domicile peut se faire via des outils informatiques. Pour plus d'informations, voir la fiche N°19, « Les aides techniques et méthodologiques : structuration et professionnalisation ».

2. La répartition des tâches dans l'équipe

La charge de travail peut être répartie dans la journée mais aussi dans la semaine. Pour cela, plusieurs solutions peuvent être apportées :

- Alternier des cas « lourds » et des cas « légers » pour chaque intervenant à domicile. L'alternance de cas « lourds » et « légers » au cours des tournées permet au quotidien de réduire la charge de travail ressentie et évite une trop grande sollicitation biomécanique des membres supérieurs. Le but est d'alternier les tâches pour que les salariés n'aient pas à réaliser en continu les tâches les plus coûteuses (habillage, toilette) pour la santé de leur dos. Les tournées peuvent prendre un rythme qui permette aux salariés une récupération physique et mentale entre deux personnes aidées ou patients « lourds » et diminue ainsi les risques de TMS, de lombalgies mais aussi les risques psychosociaux.
- Favoriser les binômes dans les cas le nécessitant, et ce avec l'accord de la personne aidée.
- Si un cas lourd est pris en charge par la structure et qu'il est estimé qu'un seul intervenant à domicile ne peut s'en occuper, il est possible de répartir la charge de travail entre plusieurs professionnels.
- La charge de travail étant supplémentaire le week-end, étant donné que seuls les cas les plus lourds nécessitent l'intervention d'un professionnel à ce moment de la semaine, un aménagement des horaires du week-end est recommandé.

Les modalités de prise en charge des nouveaux patients ou des personnes aidées

Au SSIAD de Bellegarde, dans l'Ain⁷, l'infirmière coordinatrice se charge de la gestion du service. Elle réalise les premières visites chez les patients afin d'évaluer le niveau de dépendance de la personne, ses besoins et plus largement la situation dans laquelle la personne vit (type d'habitation, situation familiale, équipements médicaux...). Ces visites sont réalisées avec un outil créé par le service appelé « guide d'admission ». Celui-ci reprend en grande partie des items de la grille AGGIR qui évalue le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Par la suite, l'attribution des patients se fait selon deux critères : lors des premières visites, l'infirmière coordinatrice fait en sorte d'organiser la tournée **avec une aide-soignante expérimentée** qui saura s'adapter plus facilement à la nouvelle situation de travail. Ensuite des aides-soignantes moins expérimentées pourront prendre en charge le nouveau patient mais seulement après qu'un échange d'informations sur la situation de travail ait eu lieu. Les nouvelles intervenantes prennent alors connaissance de la situation de travail mais aussi des risques et contraintes soulignés par leur collègue.

Le second point retenu par l'encadrement pour organiser les tournées est la **proximité géographique** : les tournées sont préparées en prenant en compte les distances non seulement entre le domicile de l'aide-soignante et du premier patient mais également entre les patients pour diminuer les distances de déplacement quand cela est possible.

Enfin, un autre élément important peut être pris en compte lors de l'attribution des patients : **les restrictions médicales d'aptitude**. Lorsque celles-ci sont émises par un médecin après un arrêt de travail, la direction est attentive à mettre le moins possible de patients jugés trop « lourds » (c'est-à-dire des patients souffrant de pathologies lourdes) dans la tournée de l'aide-soignante pour répondre aux préconisations du médecin.

Afin de favoriser cette démarche, sensibiliser la personne aidée ou le patient à la charge de travail et aux risques professionnels auxquels sont exposés les intervenants à domicile peut être une solution. Il est important dans ces cas de l'informer du fait qu'il est possible que plusieurs professionnels interviennent à son domicile, afin de ne pas le perturber.

Un effectif modulable

Jusqu'en 2007, un service d'aide à domicile comptait parmi son personnel une professionnelle en complément de l'effectif. Embauchée à mi-temps (une durée de travail choisie car adaptée aux attentes de la personne), elle acceptait toutefois de faire des heures complémentaires pour remplacer des personnes ou pour travailler en binôme avec des collègues. Cette présence était donc une véritable soupape pour la gestion du service et un renfort important pour les aides-soignantes.

Une autre solution permet de ne pas supporter seul la charge d'une embauche supplémentaire pour des variations de charge jugées imprévisibles : la mutualisation des moyens. Pour plus d'informations, voir la fiche N°19, « Les aides techniques et méthodologiques : structuration et professionnalisation ».

⁷. Site pilote dans le projet « Pénibilité au travail dans le cadre des interventions à domicile ».

Fiche N°6 - Les trajets et déplacements sur la voie publique

Les métiers de l'aide et des soins à domicile sont par nature confrontés à la question des déplacements sur la voie publique, que ce soit avec un véhicule, à pied ou par les transports en commun, en fonction de l'environnement de travail.

L'enquête SUMER 2003 évalue à 46% le nombre d'aides à domicile amenés à conduire sur la voie publique dans le cadre de leurs missions. De nombreux facteurs liés à l'organisation du travail peuvent aggraver les risques d'accidents de la route (temps de déplacements programmés trop courts, retards pris dans les tournées, nécessité de communiquer par téléphone avec la structure...).

Une étude réalisée dans un environnement urbain, dans lequel les intervenants à domicile se déplacent à pied ou en bus, a montré que les temps de trajet programmés ne pouvaient pas être respectés. Les aides à domicile, dans ce cas, accéléraient, voire couraient d'un domicile à l'autre, ce qui renforce les risques d'accidents ou de chutes⁸.

1. Conséquences

Le risque routier est globalement le premier des risques professionnels quant au nombre de décès provoqués. Sur 3 morts liés au travail, 2 personnes se tuent sur la route.

Dans la base EPICEA, qui recense tous les accidents de travail mortels survenus dans des entreprises du régime général de Sécurité sociale, 20 accidents survenus chez des aides à domicile ont été retrouvés⁹, dont 12 décès dus à des accidents de la voie publique, parmi lesquels 8 accidents de voiture lors de missions et un accident en tant que piéton.

2. Pistes d'action

Pour agir sur les risques routiers, même si une démarche de sensibilisation est utile, c'est avant tout l'organisation du travail qu'il faut prendre en compte. C'est quand la charge de travail est trop importante par rapport aux horaires prescrits que les salariés s'exposent à des risques routiers accrus.

Dans une structure où la charge de travail des intervenants à domicile avait brusquement augmenté du fait de quelques arrêts de travail, on a constaté une modification immédiate des pratiques de conduite : moins d'attention au code de la route, aux limites de vitesses, etc. Dès la reprise du travail par les absents, ces comportements ont

⁸. Etude réalisée sur une association d'aide à domicile en milieu urbain dans le cadre du projet « Pénibilité au travail dans le cadre des interventions à domicile », conduit par Chorum, l'UNA et la Mutualité française.

⁹. « Evaluation et prévention des risques chez les aides à domicile », INRS, Documents pour le *Médecin du Travail*, n°102, 2e trimestre 2005, page 169.

cessé d'eux-mêmes ¹⁰ .

La rémunération du temps de déplacement permet de diminuer le stress concernant la gestion du temps et évite le « sentiment d'urgence » qui augmente le risque routier. Le principe de rémunération du temps de déplacement entre deux interventions est prévu par la convention collective de l'aide à domicile.

En matière de prévention des risques routiers, les recommandations de l'INRS sont les suivantes :

- Action sur l'organisation du travail (planification des déplacements, horaires et état du trafic, délais, temps de pause, etc.).
- Action sur les moyens (maintenance des véhicules).
- Protocole de communication lors des déplacements pour éviter l'utilisation des téléphones portables au volant (enregistrement de messages, pas de réponse immédiate, arrêt du véhicule avant tout rappel...).
- Eviter les déplacements en deux-roues.
- Formation et information des salariés.

Les structures peuvent également mettre en place des partenariats en continu avec la sécurité routière ou la gendarmerie pour agir sur ces risques et plus particulièrement sur la conduite en montagne. Ce type de partenariat a déjà été mis en place par des associations du secteur de l'aide et des soins à domicile.

Une association proposant quatre types de services (soins infirmiers, soins infirmiers à domicile, aide et accompagnement à domicile, accueil de jour) a développé des stratégies en vue de diminuer les risques routiers :

- changement de véhicules de service tous les deux ans,
- entretien mensuel du véhicule,
- rédaction de fiches d'anomalie pour faire remonter tout problème sur les véhicules,
- correction des mauvaises habitudes de conduite par un moniteur d'auto-école tous les deux ans,
- rappels de la direction en cas d'infraction,
- sensibilisation effectuée par la gendarmerie en cas de constat d'augmentation de contraventions,
- rappels réguliers du code de la route,
- analyse des accidents,
- partage du vécu de l'accident pour sensibiliser l'ensemble du personnel.

¹⁰. Etude réalisée sur un SSIAD dans le cadre du projet « Pénibilité au travail dans le cadre des interventions à domicile », conduit par Chorum, l'UNA et la Mutualité française.

Fiche N°7 - Les risques psychosociaux : les contraintes organisationnelles

Le stress, le mal-être, la souffrance au travail et leurs conséquences pour la santé représentent une part importante des risques professionnels. On parle de « risques psychosociaux », c'est-à-dire de risques pour la santé mentale, ou de « risques organisationnels », car il s'agit de risques dus essentiellement à l'organisation du travail.

Selon la quatrième enquête (2005) de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 22,3 % des salariés européens souffrent de problèmes de santé liés au stress d'origine professionnelle.

Le stress est à l'origine un concept biologique, découvert dans les années 1930. Il est défini comme les réactions de l'organisme face aux agressions, réactions qui entraînent à terme des affections pathologiques (affections cardio-vasculaires, affections du système digestif, perturbations du système immunitaire...). Avec le développement des théories cognitives du stress, une nouvelle conception émerge, selon laquelle le stress dépend moins des conditions objectives que de la perception qu'a le sujet de l'équilibre ou du déséquilibre entre les contraintes auxquelles il est soumis et les ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre.

Les travaux du sociologue Robert Karasek ont permis de formaliser cette analyse. Ils constituent un des modèles dominants aujourd'hui pour expliquer les situations de stress professionnel.

C'est un modèle simple qui relie trois composantes :

- les exigences du travail (quantité, complexité, contrainte de temps),
- le degré d'autonomie (les « marges de manœuvre » - possibilité de choisir les modes opératoires, de modifier les objectifs ou les moyens -, la capacité à peser sur les décisions, la créativité dans le travail),
- le soutien social (soutien technique et émotionnel sur lequel le salarié peut compter de la part de son encadrement et de ses collègues).

Aucune de ces composantes ne suffit, seule, à expliquer le stress au travail. C'est la combinaison d'un fort niveau d'exigence et d'un faible niveau d'autonomie qui engendre le stress. Le manque de soutien de la part de la hiérarchie et des collègues renforce significativement cet effet. Karasek a mis au point un questionnaire qui permet d'évaluer ces trois items.

L'enquête SUMER 2003, menée par la DARES (Ministère du travail), permet d'identifier les contraintes organisationnelles auxquelles sont soumis les salariés en fonction des familles d'activités ¹¹.

¹¹. « Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle – Résultats SUMER 2003 », Document d'études, DARES, n°121, décembre 2006.

Les contraintes organisationnelles identifiées par SUMER 2003 pour le secteur de l'aide à domicile :

- Contact avec le public, risques d'agressions verbales et physiques.
- Durée de travail variable selon les semaines, selon les jours, travail le week-end, pas de repos de 48 heures consécutives, coupures dans la journée.
- Formation, moyens matériels, insuffisants et inadaptés pour le travail, manque d'effectifs.

Par ailleurs, l'INVS (Institut de Veille Sanitaire) a réalisé, en s'appuyant sur les données de l'enquête décennale santé de l'INSEE menée en France en 2002-2003, une étude sur la prévalence de dépressivité parmi les actifs au travail¹². L'indicateur de santé mentale étudié dans ce rapport est constitué de 20 items basés sur les symptômes cliniques de la dépression. Une codification des données recueillies permet d'obtenir un score compris entre 0 et 60. Au-delà d'un score supérieur à 17 pour les hommes et 23 pour les femmes, on considère que la personne présente une symptomatologie dépressive, appelée aussi dépressivité. La prévalence de dépressivité est d'environ 11% parmi les actifs au travail, en moyenne. Elle varie selon les catégories sociales et les secteurs d'activités.

Quelques éléments sur la prévalence de dépressivité selon différents facteurs (emploi, conditions de travail) au moment de l'enquête :

	% des hommes en situation de dépressivité	% des femmes en situation de dépressivité
Professionnels de santé et du travail social	6.9%	6.6%
Personnels des services directs aux particuliers	27.4%	14.1%
CDD	15%	15.3%
Travail à temps partiel	18.8%	12%
Pas de possibilités d'entraide et de coopération pour réaliser son travail	21.9%	16.3%

Conséquences

De nombreuses études ont été réalisées sur la base des travaux de Karasek depuis les années 1970-1980. Sur trois types de pathologies (maladies cardio-vasculaires, TMS et manifestations dépressives), le questionnaire de Karasek a un caractère très prédictif au niveau global auquel sont menées des études¹³.

¹². « Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'INSEE », rapport réalisé par l'INVS, Institut de veille sanitaire, octobre 2007.

¹³. Les travaux de Karasek montrent que l'association de fortes exigences et d'une faible autonomie s'accompagne d'une augmentation très nette des maladies cardio-vasculaires, des signes de souffrance psychique et des manifestations dépressives (Karasek, 1990 ; Stanfeld SA, 1999). Le lien avec les pathologies ostéoarticulaires (lombalgies, TMS) a aussi été établi (Bongers, 1993 ; Houtmann, 1994 ; Ariens, 2001).

Entre 2006 et 2008, l'enquête Samotrace, pilotée par l'INVS, a mobilisé 120 médecins du travail, qui ont suivi 6 000 salariés des régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire. Elle a permis de mesurer le sentiment de mal-être et d'étudier les conditions de travail des salariés interrogés. Elle valide notamment les effets négatifs sur la santé du déséquilibre entre efforts et récompense, du surinvestissement dans le travail, du manque de soutien de l'encadrement ou des collègues, mais aussi du fait de travailler « d'une façon qui heurte la conscience professionnelle ». Il à noter que, selon cette enquête, 26% des hommes et 35% des femmes travaillant dans la santé et l'action sociale, et 21% des hommes et 40% des femmes travaillant dans les services collectifs, sociaux et personnels, sont en situation de souffrance psychique.

Fiche N°8 - Les risques psychosociaux : le rapport à la maladie et à la mort

Des entretiens, réalisés dans le cadre d'une étude menée sur un SSIAD avec des salariés en souffrance psychique, ont mis en évidence que le travail a modifié leur représentation de la vie et de la mort ou que le travail (ses horaires, le travail du week-end...) a participé à la dégradation de leurs relations avec les autres (y compris au sein de leur couple). Il s'agit bien ici d'une perturbation liée au travail. C'est ce que met en évidence l'ouvrage d'un médecin du travail ¹⁴.

Depuis les années 1950, et de façon massive depuis les années 1970, de nombreuses études ont montré que la confrontation du personnel soignant aux mourants entraînait une charge psychique importante, pouvant conduire au « burn-out », c'est-à-dire l'épuisement professionnel. La souffrance qu'occasionne la survenue de la mort renvoie le personnel soignant à l'échec et à la culpabilité. Une étude indique que la première cause de décès chez les médecins de moins de 40 ans, toutes disciplines confondues, est le suicide. Or, plus le soignant est physiquement proche du malade, moins il se sent décisionnaire, et plus il exprime de souffrance. Par ailleurs, une étude menée sur les soins palliatifs montrent que, bien que la mort des patients soit plus fréquente dans les services de soins palliatifs, elle entraîne des phénomènes moindres de burn-out que chez les infirmières de soins curatifs, qui ont développé moins de stratégies d'adaptation individuelles ou collectives. Les deuils multiples sont générateurs de burn-out, de « désespoir thérapeutique », qui produit chez 90% des personnes des troubles du sommeil et des troubles psychologiques ¹⁵.

Cette implication affective peut mettre en danger les aides-soignants ou les aides à domicile car, lorsque le travail prend une dimension affective trop importante, le moindre problème professionnel conduit le salarié à ressentir une souffrance psychique importante. Les personnes entrent alors dans un cercle vicieux : un repli sur soi-même et la répétition d'idées négatives (représentation dégradée de la vie et de la mort) conduisent alors les personnes à souffrir de symptômes psychiques tels que la tristesse, la fatigue, la dépression...

Pistes d'action

Les travaux de recherche menés sur la confrontation du personnel soignant aux mourants débouchent pour certains

¹⁴. Huez, D. (2008) *Souffrir au travail, comprendre pour agir*, page 20 : « Personne, pourtant, ne se pose la question dans l'autre sens : se pourrait-il que les conditions de travail se dégradent tellement que la vie familiale en paye les conséquences ? (...) Pourtant, les ressorts de nos vies sont autant l'économie du désir dans nos rapports à l'autre (vie familiale, amoureuse, amicale), que l'économie du « travail », du « faire ensemble » généralement le travail mais aussi toutes les activités dans la cité (activités associatives) ou les activités domestiques pour lesquelles on reconnaît une contribution. Si l'un des deux soutènements s'effondre, désir ou travailler, la vie peut basculer. »

¹⁵. « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie », Dominique Serryn, documentaliste, Centre de ressources national François-Xavier Bagnoud. Ce texte propose une synthèse globale des études sur ce sujet. Il est accessible sur le site Internet du Centre de ressources national François-Xavier Bagnoud, spécialisé dans les soins palliatifs. <http://www.croix-saint-simon.org/formation-et-recherche/centre-de-ressources-national-soins-palliatifs-francois-xavier-bagnoud/produits-documentaires/syntheses-documentaires/le-syndrome-d-epuisement-professionnel-des-soignants-face-a-la-fin-de-vie.html>

sur des préconisations visant à prendre en compte le syndrome d'épuisement professionnel des soignants :

- « Parler », voire « ritualiser » les deuils.
- Aborder la question lors de réunions de concertation.
- Donner la parole aux intervenants à domicile, de façon collective (analyses de pratiques, groupes de parole) ou individuelle (entretiens avec un psychologue, un psychanalyste, une infirmière formée...).
- Former les personnels.

Dans un SSIAD, les aides-soignantes peuvent entreprendre une démarche pour entamer des consultations individuelles au sein du centre médico-psychologique (CMP) de la ville. Le CMP est un lieu de consultation en santé mentale. Une équipe pluridisciplinaire regroupant des médecins, des psychologues, une équipe d'infirmières et une assistante sociale, propose des soins pour les adultes. Les consultations et les soins, sur rendez-vous, sont gratuits. Cette démarche ne doit être entreprise que par l'aide-soignante, ces rendez-vous ne sont pas destinés à la gestion de la charge de travail ou du stress. Ces consultations sont limitées à une aide portant sur des difficultés plus personnelles (confrontation à la mort, à la vieillesse...).

L'association « La Vie à Domicile »¹⁶ a mis en place, en collaboration avec Médéric Alzheimer et la Fondation de France, un accompagnement aux soins palliatifs et à la fin de vie. Les différents corps de métiers directement en lien avec ces questions (infirmiers, aides-soignants, auxiliaire de vie sociale) sont donc formés et bénéficient d'un soutien permanent, concrétisé lors d'un retour d'échange tous les trimestres.

En outre, un tableau où sont inscrits les noms des personnes décédées permet au service de ne pas considérer la mort et le deuil comme des sujets tabous.

¹⁶. Voir note n°2, page 6.

Fiche N°9 - Les risques psychosociaux : l'attachement affectif aux personnes aidées ou aux patients

Dans le cadre d'études réalisées sur des structures d'aide et de soins à domicile, les salariés en souffrance mentionnent leur implication dans le travail, y compris émotionnelle, de par leur attachement aux personnes aidées ou aux patients, ainsi qu'à leurs conjoints.

On observe une réelle difficulté, notamment chez les salariés les moins expérimentés, à gérer leurs émotions, les conduisant bien souvent, dans une relation de sympathie avec la personne aidée et le conjoint de celle-ci, à une aide allant au-delà du prescrit (emmener le linge à la maison, réaliser de petits travaux domestiques non prévus, passer voir « ses » bénéficiaires le week-end ou pendant ses vacances, etc.).

Pistes d'action

- Anticiper ces actions en mettant en place des « règles de vie », sous des formes à définir, au sein de la structure.
- Prévoir qu'il y ait systématiquement plusieurs référents, que ce soit pour l'aide ou pour les soins à domicile, pour chaque bénéficiaire.
- Prévoir un point systématique sur les demandes des personnes aidées lors des réunions de services.

Discussions lors des réunions de services

Dans une association d'aide à domicile, il y a un dialogue lors des réunions de service sur la question du ressenti, des émotions pour préserver les salariés. Il y a des débats, des discussions, entre les salariés les plus expérimentés (et qui savent en général adopter une posture professionnelle qui relève de l'empathie) et les salariés trop impliqués dans une relation de sympathie. Ces échanges permettent à ces derniers de nommer leurs sentiments, de les identifier afin d'adopter des attitudes professionnelles adéquates. L'échange avec les salariés qui adoptent déjà ces attitudes permet aux autres d'entrevoir les limites qu'il ne faut pas dépasser et l'intérêt de ces limites dans la préservation de soi.

Mise en place d'un règlement de fonctionnement

Divers engagements peuvent être consignés dans le règlement de fonctionnement de la structure, outil qui peut être mis en place dans le cadre de groupes d'échanges et qui s'appuie sur les pratiques et les usages des professionnels mais qui doit aussi prendre en compte les évaluations des risques professionnels mises en œuvre par les responsables. Il s'agit d'un engagement entre d'un côté l'employeur et d'un autre côté le salarié. L'avantage de la formalisation de règles de fonctionnement est qu'elles restent évolutives, et donc cohérentes par rapport aux pratiques réelles des aides à domicile et des employeurs.

Etre tiraillé entre la volonté d'effectuer les tâches consignées et donner du temps de parole et d'échange aux personnes aidées met les intervenants à domicile dans des situations délicates.

Ne pas prendre en considération ce comportement revient à ne pas saisir l'importance du rôle social et relationnel de l'aide à domicile et du soignant à domicile.

Le sentiment de ne pas faire correctement son travail devient alors prégnant. Dans ce type de situation, il est possible de faire intervenir une aide psychologique permettant aux intervenants à domicile de trouver un bon équilibre. Toutefois, l'organisation du travail joue un rôle déterminant. Augmenter le temps consacré à chaque personne aidée permet aux professionnels d'intervenir sans devoir faire des choix, ce qui tend à améliorer le service rendu et à diminuer le stress lié à cette préoccupation.

Fiche N°10 - Les risques psychosociaux : agir sur la communication au travail

1. Mettre en place une forte communication interne

La communication peut être favorisée à travers différentes méthodes :

- Mise en place de réunions régulières, incluses dans le temps de travail, qui permettent aux intervenants à domicile de se rencontrer et de pouvoir échanger quant aux difficultés rencontrées et aux tâches effectuées.
- Permettre aux intervenants à domicile de pouvoir être en contact avec un responsable, sans avoir à patienter, notamment en cas d'urgence (ligne téléphonique réservée aux aides à domicile).
- Afficher des informations au sein des locaux permet de favoriser le dialogue entre les salariés.

Les réunions organisées donneront à chaque membre de l'équipe la possibilité d'échanger et de répondre aux besoins de chacun. Ces organisations participatives permettent en outre de renforcer le sentiment d'appartenance à une structure.

Certains moyens existent afin de soutenir les professionnels :

- Favoriser la reconnaissance du travail effectué en mettant en place des fiches de poste co-construites par un responsable et un salarié.
- Communiquer sur les autres corps de métier qui interviennent à domicile en vue de contextualiser l'action des intervenants à domicile dans un travail collectif et ainsi rendre leur travail plus visible et leur apporter un sentiment d'« utilité ». Cela peut se traduire par la mise en place d'un « cahier de correspondance » entre les différents intervenants, sous l'impulsion d'un responsable de la structure.

Dans un service de soins à domicile, une aide psychologique collective est mise en place. Le centre médico-psychologique (CMP) de la ville réalise des réunions d'analyse de la pratique qui traitent de la gestion de la charge de travail et du stress. Ces réunions se déroulent au sein du service, lors des réunions déjà programmées.

2. Des points nécessitant des échanges formalisés et réguliers

Un retour d'informations sur des points précis doit être régulier, par exemple :

- sur l'aggravation de l'état de la personne aidée ou du patient,
- sur ses habitudes de vie,
- sur ses relations sociales (intervention de la famille),
- sur ses réclamations,
- sur l'état du logement et des équipements,
- sur l'intervention d'autres professionnels / de membres de la famille (la fatigue de l'aidant naturel peut

occasionner une redéfinition de l'intervention de l'aide à domicile).

Cette formalisation peut se faire sous la forme d'une fiche par personne aidée, où chaque intervenant devra noter les remarques qu'il juge nécessaires. Ces fiches devront faire l'objet d'un retour hebdomadaire et pourront être discutées lors de réunions avec l'équipe de travail.

Dans un SSIAD, les aides-soignantes reviennent en moyenne une fois par jour dans les locaux du service, ce qui leur permet de prendre du matériel médical mais aussi de transmettre des informations. Cette visite est également l'occasion de rencontrer leurs collègues et de faire un retour à l'infirmière sur l'évolution de l'état de santé des patients et sur les difficultés rencontrées pendant la tournée.

Plusieurs solutions existent afin d'améliorer le transfert d'informations sur les bénéficiaires en cas de changement d'intervenant. Il s'agit là d'un point important : d'une part, pour les bénéficiaires, qui se sentiront ainsi compris et seront moins angoissés par ce changement et, d'autre part, pour les remplaçants, qui pourront être plus efficaces et éviteront ainsi une perte de temps.

Les différentes méthodes doivent être élaborées lors de la première visite, en accord et avec le concours de la personne aidée. Il s'agit d'outils construits de manière triangulaire (bénéficiaire et/ou sa famille, responsable, intervenant à domicile). Ces outils doivent faire l'objet de mises à jour régulières.

Un document de suivi

Elaborer un document de continuité des prestations, contenant les informations suivantes :

- Les coordonnées personnelles du bénéficiaire.
- La répartition des tâches entre intervenants de proximité et prestataires professionnels.
- Précision sur l'endroit où sont rangées les choses et sur la manière dont sont préparés les repas, par exemple.

La feuille d'information permet également de préciser : l'accès à l'habitation, les personnes à contacter en cas d'urgence, les repas, la programmation des tâches.

Le schéma de travail comporte des informations très spécifiques relatives à un bénéficiaire : l'endroit où sont rangés les produits de nettoyage, les points importants concernant l'entretien, les courses, les repas et observations générales au sujet du bénéficiaire.

3. Mettre en place des groupes d'échanges de pratiques

Il s'agit de constituer des groupes d'intervenants à domicile où l'objectif sera de travailler sur les pratiques, à travers l'analyse de situations concrètes. Dans une dynamique d'échange, chacun pourra exprimer les difficultés rencontrées mais aussi apporter un soutien à ses collègues.

Ces groupes, tout comme les réunions d'équipe, permettent d'impulser un « collectif » et de développer le sentiment d'appartenance à une structure. Ce soutien s'inscrit également dans une démarche de reconnaissance de la profession d'aide à domicile.

Ces réunions ne doivent pas faire l'objet d'une rencontre informelle entre intervenants à domicile mais doivent être organisées par l'équipe encadrante et permettre occasionnellement l'intervention de personnes ressources, comme par exemple le médecin du travail...

Favoriser la communication interne : une action proposée par la Mutualité Française de Bourgogne

OBJECTIFS

Faire de la lutte contre la maltraitance une cause hautement prioritaire :

- En sensibilisant et en informant les aidants professionnels et familiaux à toutes les formes de maltraitance subies par les personnes âgées dans le cadre d'une relation d'accompagnement.
- En mettant à la disposition des établissements et services, une équipe mobile pluridisciplinaire, désireuse de promouvoir et de transmettre une philosophie des soins humaniste et réhabilitatrice basée sur l'écoute des besoins et le respect de la personne âgée.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Organiser une manifestation sous la forme d'un forum théâtral en vue de permettre aux professionnels de comprendre et d'exprimer leurs représentations sur le thème de la maltraitance.

Organiser une formation en direction de l'équipe mobile en vue de :

- Permettre aux équipes de disposer d'avis, de conseils, de réflexion à partir d'une méthodologie de soins resituant la personne âgée au centre de la relation d'accompagnement, en accord avec ses besoins et ses désirs dans le respect de son équilibre.
- Permettre aux équipes d'exprimer les questions éthiques liées à « la prise en soins » de la personne âgée lors de l'accompagnement au quotidien.
- Permettre d'améliorer la relation soignant-soigné en enrichissant la communication, notamment dans la gestion des troubles manifestés par les personnes âgées démentes.
- Accompagner les équipes en les aidant à repérer et à mobiliser leurs ressources afin de faciliter la prise en soins des résidents.

Pour tout renseignement :

MUTUALITE FRANCAISE BOURGOGNE
14 RUE JEAN GIONO, 21000 DIJON
Téléphone : 03.80.50.11.37
www.bourgogne.mutualite.fr

Fiche N°11 - Les risques psychosociaux : agir sur l'organisation du travail

1. Coordination avec les autres intervenants au domicile de la personne aidée

Il est utile d'assurer une coordination de tous les intervenants à domicile (médecins, infirmier, kiné, employé pour le portage des repas...). Cela permet d'assurer une cohérence dans la prise en charge de la personne aidée.

Le travail de l'aide à domicile devrait être articulé avec les aidants des familles. Il est donc important de développer un contact régulier avec les familles pour pouvoir les joindre immédiatement en cas d'urgence et pour se sentir épaulé.

2. Accueil de l'aide à domicile dans la structure

L'accueil d'un nouveau salarié est une étape importante. Elle permet de poser directement les points définis par le règlement de fonctionnement et permet aussi de présenter les règles incontournables de la structure en provoquant une réelle sensibilité aux questions de la prévention des risques professionnels liés à sa future pratique.

Plusieurs informations sont à communiquer :

- la description de la structure,
- les indications concernant le temps de travail, les pauses, les retours à la structure, etc.,
- les consignes en cas d'incendie,
- l'organisation des secours,
- l'organisation de la vie sociale (réunions d'équipe...),
- l'inventaire des risques liés à l'activité,
- la conduite à tenir en cas d'incident,
- l'existence et les rôles des différents acteurs de la santé et la sécurité au travail (comme la médecine du travail, par exemple),
- la possibilité d'effectuer des formations continues.

Il ne s'agit pas, ici, de submerger le salarié d'informations. Les éléments principaux sont à préciser et il faut insister sur la disponibilité des responsables en cas d'interrogation.

Ces informations peuvent faire l'objet d'un document distribué à chaque nouvel intervenant à domicile (sous la forme d'un livret d'accueil, par exemple).

Il est également possible de mettre en place une forme de tutorat : un court stage avec un collègue plus expérimenté peut s'opérer.

Une association a mis en place une formation interne des nouveaux intervenants à domicile, à leur arrivée, qui est poursuivie pendant deux à trois mois en « équipe intégrée », ce qui permet un suivi dans l'adaptation à la structure.

3. Favoriser l'entente avec les bénéficiaires

Il est important de définir en amont le cadre précis dans lequel les intervenants à domicile doivent et peuvent intervenir. Ainsi, les bénéficiaires et leur entourage doivent être en mesure de réaliser ce que comporte la profession d'aide à domicile.

Afin de favoriser la compréhension de chacun, un contrat individuel de prestation précisant ce à quoi s'engagent les parties, doit être signé avec le bénéficiaire. La durée de l'aide, la fréquence, le nombre d'heures, les tâches à effectuer seront développés dans ce cadre et définira précisément les étapes de l'aide et comment les réaliser. Des modèles de contrat de prestation sont disponibles auprès du service juridique d'UNA et sur le site internet réservé aux adhérents UNA.

Le contrat de bien-traitance réciproque québécois

L'ASSTSAS (Association canadienne pour la Santé et la Sécurité au Travail, Secteur des Affaires Sociales) propose de passer un contrat entre l'association et l'utilisateur. Ce contrat spécifie les manières de faire le travail ainsi que les moyens et méthodes recommandées (exemple : ne pas laver les sols à genoux), les règles à respecter et précise les conséquences en cas de non-respect de ce contrat. Celui-ci détermine l'acceptable, tant dans les dispositions physiques que dans les comportements.

L'élaboration du contrat se fait en cinq étapes :

- la conception, qui doit être large afin de tenir compte au maximum de la réalité du terrain,
- l'adoption du contrat par le conseil d'administration de l'association,
- la diffusion auprès des professionnels et des usagers,
- l'application, qui doit se faire dans le cadre de discussion avec l'utilisateur,
- la mise à jour, en fonction de l'évolution des situations (avec mise en place d'un « retour d'usage » régulier).

Source : « Travailler comme aide familiale à domicile – Inventaire des outils et bonnes pratiques pour améliorer les conditions de travail », Direction Générale Humanisation du Travail, Décembre 2007, Belgique.

Des lettres de prévention peuvent être envoyées aux bénéficiaires en cas de situations particulières (canicule ou grand froid par exemple) afin d'expliquer la pratique de l'aide à domicile dans ces cas.

Fiche N°12 - La reconnaissance du métier d'aide à domicile

Une aide à la professionnalisation et un renforcement du sentiment d'appartenance à la structure permet d'améliorer les conditions favorisant la santé au travail.

1. La prise en compte de la réalité du travail

Développer l'accès aux services de santé au travail et au médecin du travail : l'employeur peut demander au médecin du travail qu'une visite annuelle ait lieu pour les salariés.

Le temps partiel ou le temps plein ne doit pas être imposé par la direction de la structure mais faire l'objet d'un choix de la part des aides à domicile. La durée du travail inscrite au contrat doit faire l'objet d'une négociation entre la direction et le salarié.

Prendre en compte la réalité du travail passe par une analyse globale de la journée des intervenants à domicile, en tenant compte par exemple de ces éléments :

- Les temps de trajet.
- Les pauses.
- Les « trous » entre deux personnes.
- Le temps administratif.
- Les minutes supplémentaires passées chez les personnes aidées.
- Le temps de repas.
- Les réunions.

2. Le développement des échanges

Développer des outils de communication et d'échanges permet d'entraîner un sentiment d'écoute, et donc d'éviter l'aspect coercitif de certaines mesures mises en place, au départ, en vue de protéger le salarié. Permettre les échanges sur la santé et les conditions de travail peut se faire aussi par le biais du CHSCT (pour les structures de plus de 50 salariés), ou grâce aux délégués du personnel.

D'autres outils favorisent la sensibilisation à l'importance de la communication au sein de la structure :

- Un tableau d'affichage peut être réservé à la communication entre salariés.
- Mise en place d'un temps de réunion entre salariés (en présence ou en l'absence de responsables), pris en compte dans le temps de travail.
- Mise en place de règles de fonctionnement écrites, dans lequel des engagements entre employés et employeurs concernant la sécurité au travail pourraient être spécifiés.

En outre, l'élaboration et le suivi annuel du document unique en collaboration avec les salariés permet d'ouvrir le dialogue.

3. Les évolutions professionnelles

L'aide à domicile peut évoluer vers un rôle de « chargé d'évaluation », ce qui permet une montée en compétences.

Dans l'accord de branche du 29 mars 2002 sur les emplois et les rémunérations, la branche de l'aide à domicile a défini les emplois repères dans le secteur et pour chaque emploi une qualification ou un niveau de qualification correspondant.

Un salarié non qualifié entrant dans le secteur peut, via un processus de professionnalisation, progressivement gravir les échelons de la grille des emplois repères. Ainsi, un agent à domicile sans qualification (catégorie A) peut grâce à la formation continue ou la VAE passer en catégorie B (titulaire du BEP carrières sanitaires et sociales, du titre assistant de vie aux familles etc.) ou en catégorie C (titulaire du diplôme d'auxiliaire de vie sociale ou de la mention complémentaire aide à domicile).

De plus les auxiliaires de vie peuvent devenir aide-soignant, responsable de secteur, technicien de l'intervention sociale et familiale après obtention des diplômes correspondants à ces métiers.

Ces évolutions peuvent s'appuyer sur un dispositif de formation (voir fiches N°15, 16 et 17).

Fiche N°13 - Les autres risques professionnels

1. Les risques présents dans le secteur de l'aide et des soins à domicile

Le risque électrique

- Il peut se manifester lors de l'utilisation d'appareils ou de simples interrupteurs. L'état de l'installation électrique est donc un facteur déterminant dans la prévention de ce risque.
- Les conséquences peuvent être l'électrocution ou l'électrisation.
- Attention, il est **interdit** de toucher à une installation électrique sans formation ni habilitation spécifique. Une telle intervention engage à la fois la responsabilité individuelle du professionnel et la responsabilité de la structure.

Les risques liés à l'utilisation de matériel, d'outils

- L'exécution de certaines tâches ménagères comme lors de la préparation des repas ou le repassage des vêtements peut entraîner des risques.
- Les conséquences peuvent être des brûlures, plus ou moins graves.

Risque d'incendie/d'explosion

- L'intervenant à domicile peut être confronté lors de sa pratique professionnelle à un départ de feu chez la personne aidée. Outre le risque de brûlures, une intoxication à l'oxyde de carbone peut intervenir.

Les nuisances chimiques

- Les risques chimiques sont liés à l'exposition à divers produits : des produits irritants, corrosifs, inflammables ou de combustion. Cette exposition peut avoir lieu pendant l'exécution de tâches ménagères. Il s'agit d'une exposition par voie cutanée, notamment en l'absence de protections.
- Les conséquences peuvent aller jusqu'à une brûlure chimique grave.
- L'enquête SUMER 2003 montre que 67,9% des aides à domicile sont exposés à un ou plusieurs agents chimiques.

Le risque biologique infectieux

- De nombreux agents infectieux et parasitaires peuvent être en cause, en fonction de la situation médicale de la personne aidée mais également de son environnement (présence d'animaux, par exemple) ; les agents infectieux sont des bactéries, des virus, des champignons.
- Les voies de contamination possibles sont la voie respiratoire, la voie cutanée, la voie digestive ou encore par contact avec des animaux (morsures).
- L'enquête SUMER 2003 montre que 66,8% des aides à domicile sont exposés à des agents biologiques.

2. Pistes d'actions

Les risques liés au domicile de la personne aidée

- Certaines informations doivent être obtenues lors de l'évaluation du logement : utilisation du gaz, sources d'incendie possibles, état de l'installation électrique...
- Certains risques doivent être identifiés et « solutionnés » lors de la première visite au domicile du patient. Dans certains cas, comme il est conseillé dans la fiche N°4, des aménagements ou des travaux vont s'avérer nécessaires, auquel cas il est possible d'orienter les personnes aidées vers des pistes d'action.
- En cas de refus de la personne, il faut que l'aide à domicile puisse trouver un appui chez ses responsables.
- Il est nécessaire de sensibiliser les intervenants à domicile à l'importance de signaler une détérioration du matériel.

Prévention d'accidents au domicile des personnes aidées

Elaborer un questionnaire (en collaboration avec les aides à domicile) qui aborderait différents points, comme par exemple l'état des sols, la luminosité, l'accès aux objets, etc. Soumis à la personne aidée, il permet de lui faire prendre conscience des risques mais aussi de savoir s'il envisage ou non de réparer lui-même les défaillances. Une fois pointées celles pour lesquelles la personne aidée ne peut rien faire, alors, la structure entame avec lui une négociation et une orientation vers les solutions possibles.

Source : « Travailler comme aide familiale à domicile – Inventaire des outils et bonnes pratiques pour améliorer les conditions de travail », Direction Générale Humanisation du Travail, Décembre 2007, Belgique.

Les risques liés à l'utilisation de produits

- Sensibiliser à la prise de connaissance des produits (lecture des pictogrammes et des recommandations d'usage mentionnées sur l'étiquetage) et des objets (seringues...).
- Expliquer aux personnes aidées certains points importants qui permettent d'améliorer les conditions de travail de l'aide à domicile et leurs propres conditions de vie : nocivité de certains produits, d'où l'importance d'aérer.
- Fournir aux intervenants à domicile le matériel nécessaire, comme des gants, des masques de protection, des lunettes, des blouses, etc.
- Il est également possible de fournir des produits d'entretien, choisis en collaboration entre les responsables et les aides à domicile. Se tourner vers des produits plus écologiques permet de réduire les risques de nocivité.

Les risques liés aux contacts avec des humains ou des animaux

- Informer sur les voies de propagation des germes (bactéries, virus...) et précautions particulières à tenir.
- Vérifier les rappels des vaccins. En cas de non mise à jour, il est conseillé de faire intervenir le médecin du travail.
- Sensibiliser les personnes aidées à l'importance d'être également vaccinées.

L'association « La Vie à Domicile »¹⁷ propose systématiquement un vaccin anti-grippe à ses salariés, en lien avec le médecin du travail.

Les moyens d'information en direction des professionnels

- L'intervenant à domicile peut, par différents moyens, être sensibilisé aux risques éventuels liés à sa pratique professionnelle : formations, règlement de fonctionnement, élaboration de fiches techniques concernant les différents risques, communication par voie d'affichage dans les locaux...

¹⁷. Voir note n°2, page 6.

Fiche N°14 - Les repas : l'importance des pauses-déjeuner

Une étude réalisée dans une structure d'aide à domicile a identifié, grâce au médecin du travail, une prise de poids importante chez les salariés.

Une hypothèse de travail est que, lorsque les pauses-déjeuner sont proposées à des horaires « décalés », même si les salariés savent qu'il est important d'avoir une bonne hygiène alimentaire, cela ne les empêche pas de subir une désorganisation de leur alimentation qui les fait grossir ¹⁸ .

Dans ce cas, les salariés mangeaient très peu lors de la journée de travail ou grignotaient des aliments sucrés dans l'après-midi. La plupart des personnes, qui ont grignoté, mangeaient un repas équilibré mais à heure tardive alors que ceux qui n'avaient rien mangé de la journée avançaient leur repas et mangeaient davantage d'aliments riches en graisse et en sucre.

Dans les deux cas, ces conduites alimentaires ne sont pas adaptées pour l'équilibre alimentaire. D'un côté le repas est équilibré mais il ne respecte pas la distribution des repas sur la journée et donc favorise la prise de poids (on donne à un moment peu propice des aliments à l'organisme) et de l'autre, le repas est pris à une heure normale mais il est trop riche.

Une personne en surpoids est moins à l'aise dans ses mouvements. De plus, le surpoids impacte la colonne vertébrale parce qu'il modifie la statique lombaire et pèse davantage sur les articulations pouvant ainsi provoquer une usure précoce au niveau des hanches, genoux, chevilles et des pieds qui doivent supporter la plus grande partie du poids du corps. La prise de poids peut donc augmenter les risques de TMS et de lombalgie, car elle vient se cumuler aux différents facteurs qui engendrent ce type de pathologie.

L'attribution du temps de pause entre 11h30 et 13h30 pourrait limiter les problèmes de prises de poids liées à la désorganisation d'alimentation.

Un lieu dédié aux intervenants à domicile, avec four et réfrigérateur en libre accès, favorise aussi la mise en place de repas équilibré.

Dans certaines structures d'aide à domicile, les tournées ont lieu le matin (8h-11h50), l'après midi (12h45-15h30) ou le soir (17h-20h).

¹⁸. Une étude menée sur une importante association d'aide à domicile (près de 300 salariés) a révélé que les salariés ayant 10 ans d'ancienneté avaient une prise de poids moyenne de 8 kg, et 17 kg pour ceux ayant plus de 20 ans d'ancienneté. Projet « Pénibilité au travail dans le cadre des interventions à domicile ».

Fiche N°15 - La formation : moyen d'action sur les risques professionnels

La formation est l'un des moyens d'action importants en matière de prévention des risques professionnels. Elle ne peut cependant suffire à constituer une démarche de prévention, mais doit s'inscrire dans un processus plus global.

Les formations peuvent être des outils pour s'approprier des techniques ou des méthodes. Elles peuvent être pertinentes pour agir sur les risques de TMS et de lombalgies, sur les risques psychosociaux, ou plus largement pour accompagner la mise en œuvre d'une démarche de prévention des risques.

1. Les conditions de mise en place des formations

Pour être réellement utiles, les formations doivent s'inscrire dans une démarche d'ensemble. Plusieurs conditions sont nécessaires :

- **Une réflexion sur les participants aux formations.** Il est souvent nécessaire que, au-delà des salariés directement concernés, l'encadrement participe également aux modules de formation afin que les apports de la formation soient pris en compte dans l'organisation du travail.
- Il peut être décidé de former **des personnes qui deviendront « référentes »** sur certains domaines. Dans ce cas, l'organisation du travail doit prévoir d'intégrer leur action de façon formelle par la suite.
- **Un retour sur la formation dans un cadre collectif.** Un échange avec l'ensemble des salariés concernés, dans le cadre d'une réunion de service, sur les apports de la formation, permet également une meilleure prise en compte.
- **Une formation continue.** Pour que ces formations soient efficaces à long terme, il est important que les savoirs enseignés soient régulièrement revisités.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable que les formations se déroulent en plusieurs fois, pour permettre des mises en pratique et des retours d'expérience dans un cadre collectif.

Il est parfois possible, dans l'intervalle entre deux modules, que le formateur accompagne un ou plusieurs salariés sur une tournée.

2. L'accès aux diplômes et titres professionnels

La formation continue du DEAVS pour les salariés non titulaires de ce diplôme serait un réel avantage car elle permet l'acquisition de compétences nécessaires pour la réalisation des différentes tâches confiées aux AVS. L'accès à ce diplôme peut se faire par formation, par VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), ou en combinant les deux.

De nombreux diplômes ou titres de l'intervention à domicile sont actuellement disponible par la VAE : le DEAVS, la Mention complémentaire aide à domicile, le Titre assistant de vie.

De façon générale, la VAE permet des parcours de professionnalisation pour l'ensemble des métiers de l'aide et des soins à domicile.

Les étapes de la VAE :

- Le retrait puis la remise du dossier auprès de l'organisme qui certifie le diplôme (DRASS, Direction Départementale du Travail ou DAVA) : le candidat doit justifier de trois années d'expérience en lien direct avec le diplôme. L'organisme signifie la recevabilité du dossier dans les deux mois.
- En cas de réponse favorable, le dossier de validation doit être constitué. Le candidat y décrit ses activités et compétences ainsi que les diplômes ou attestations de formation. La préparation de ce dossier peut être accompagnée (et financée au titre de la formation continue).
- Une soutenance est organisée devant un jury (questions et mises en situation).

3. Les formations à la prévention des risques professionnels

De nombreuses formations portent sur les démarches de prévention des risques. Une personne référente peut suivre ce type de formations au sein de la structure afin de renforcer globalement les démarches de prévention.

La mallette PASAPA (Programme pour Aidants et Services Accompagnant les Personnes Agées), diffusée par la CRAM Nord-Picardie, est un programme de formation tant théorique que pratique (en expérimentation).

Le plan de formation complémentaire

L'association Vivial-ESP38 propose un plan de formation complémentaire aux structures. Après un repérage des besoins, un appel d'offre est passé auprès d'organismes locaux de formation. Grâce à des formations adaptées, les salariés se sentent reconnus en tant que professionnels. La mutualisation ainsi que les formations élaborées en fonction de la demande des salariés participent à la qualité des interventions.

Dans de nombreux départements, des associations permettant une mutualisation de moyens ont ainsi été mises en place.

Fiche N°16 - La formation : thèmes, contenus et prestataires

1. Les formations à la manutention et au port de charges

Dans les années 1990, les formations « gestes et postures » se sont beaucoup développées, du fait de l'obligation faite aux employeurs, dans le Code du Travail, de « faire bénéficier d'une formation adéquate les travailleurs dont l'activité comporte des manutentions manuelles ». Ces formations sont aujourd'hui largement remises en cause. Elles apportaient des repères aux personnes amenées à réaliser des manutentions et à porter des charges, mais sans prendre en compte la réalité du travail, or la prévention des risques de TMS ou de lombalgies n'est pas qu'une affaire de technique.

Aujourd'hui, ces formations sont de plus en plus souvent remplacées par les formations « PRAP » (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique). Les formations PRAP intègrent les techniques gestuelles, mais aussi une formation à l'analyse des situations de travail et à la démarche d'intervention, ainsi que des notions d'anatomie et de physiologie liées aux TMS et aux dorsalgies. Elles permettent donc une réelle autonomie dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention des TMS et lombalgies pour le salarié.

Il est souhaitable que ces formations soient programmées assez régulièrement pour permettre aux salariés qui débutent et qui sont peu expérimentés (ils s'exposent davantage à ce type de risques) de participer à ces formations.

Ces formations peuvent être complétées par des formations sur les manutentions manuelles ou les TMS, pour élargir les connaissances et donc les possibilités d'action des salariés.

2. Les formations portant sur les risques psychosociaux

Dans ce domaine également, les formations ne sont pertinentes que si elles s'inscrivent dans une démarche d'ensemble. Les risques psychosociaux sont des risques liés à l'organisation du travail. Les formations suivies dans ce domaine doivent permettre :

- de comprendre les liens entre organisation du travail et survenue de troubles comme le stress, les troubles du sommeil, etc.,
- de connaître des outils d'analyse des situations de travail permettant d'identifier les risques,
- d'appréhender des démarches de prévention basées sur l'analyse du travail et des pistes de prévention.

Les formations renvoyant à une prise en charge individuelle de ces risques (par exemple les formations à la gestion du stress) risquent d'être contre-productives en individualisant la prise en charge de ces risques, voire en culpabilisant des salariés déjà fragilisés.

Plusieurs organismes proposent des formations concernant le rapport à la vieillesse, à la maladie, à la douleur, à la mort.

3. Les formations utiles pour prévenir d'autres risques

3.1. Formation de prévention des risques routiers : la prévention routière

- http://www.preventionroutiere.asso.fr/actions_prevention_routiere.aspx

3.2. Formation aux premiers secours

- Croix-Rouge, <http://www.croix-rouge.fr/>
- Protection civile, <http://protection-civile.org/fnpc/MenuAction.do?articleid=2>

3.3. La maîtrise du risque infectieux en service de soins infirmiers à domicile : Hygienosia

Hygienosia est un dispositif de formation en e-Learning, conçu et édité par la société coopérative « Mille images » depuis 2002 dans le cadre d'un partenariat avec la Mutualité française qui l'a initié et expérimenté avec son réseau de SSIAD et d'EHPAD.

Les objectifs de ce programme :

- Acquérir les connaissances de base nécessaires à la mise en œuvre des précautions standard en hygiène.
- Reconsidérer collectivement les pratiques d'hygiène du SSIAD au domicile des patients.
- Évoluer collectivement vers de bonnes pratiques d'hygiène, encourager le changement des comportements.
- Créer au sein du SSIAD une dynamique collective de vigilance et de prévention du risque infectieux.

Modalités : Formation à distance, au sein de la structure sans déplacements.

www.hygienosia.com

Fiche N°17 - La formation : les partenariats possibles

En matière de prévention des risques professionnels, plusieurs interlocuteurs sont particulièrement importants.

1. Les CRAM

Les CRAM (Caisses Régionales d'Assurance Maladie), ou les CGSS (Caisses Générales de Sécurité Sociale) dans les DOM, ont une mission de prévention des risques professionnels. Les techniciens-conseils du service prévention peuvent définir avec les entreprises qui le souhaitent les actions de formation cohérentes avec le projet de prévention de la structure. Les formations sont payantes pour certaines, mais à des prix extrêmement bas, gratuites pour d'autres. Des formations peuvent également être organisées à la demande, en intra, ce qui permet de former tous les salariés en lien avec l'activité réelle de la structure.

Quelques thèmes de formation proposés par les CRAM : « Animer la prévention », « Méthodes en prévention », « Manutentions manuelles », « Troubles musculo-squelettiques », « Risque routier », « PRAP »...

→ Pour en savoir plus :

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/brochure%20Prevenir%20WEB.pdf

2. L'ANACT

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail est basée à Lyon. Les formations proposées par l'ANACT peuvent également être organisées en intra.

Quelques thèmes de formation proposés par l'ANACT : « De l'évaluation à la prévention des risques professionnels : construire une démarche durable », « Elaborer une stratégie de prévention des TMS », « Mettre en place dans l'entreprise des indicateurs pour piloter la santé au travail », « Prévenir l'usure professionnelle », « Stress et risques psychosociaux : élaborer une démarche de prévention centrée sur l'organisation du travail », « Stress et risques psychosociaux : engager une démarche de prévention »...

→ Pour en savoir plus : <http://www.anact.fr>

3. Les autres partenaires

Les services de médecine du travail sont des partenaires possibles, qui peuvent proposer ou recommander des formations à la prévention des risques professionnels.

Les DRTEFP peuvent également jouer ce rôle pour les formations destinées spécifiquement aux représentants du personnel, délégués du personnel ou membres des CHSCT.

En termes de soutien financier et d'accompagnement, votre OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) peut prendre en charge le financement des formations et vous accompagner dans l'élaboration du plan de formation.

Pour en savoir plus :

- www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques/fiches.../organismes-paritaires-collecteurs-agrees-opca.html
- www.uniformation.fr

Fiche N°18 - La prévention des risques : agir au niveau individuel

Si la prise en compte des risques professionnels et de leur prévention passe avant tout par une réflexion sur l'organisation du travail, des mesures prises au plan individuel peuvent également jouer un rôle.

1. L'entretien professionnel

L'entretien professionnel animé par le responsable (tous les deux ans) peut permettre d'identifier un parcours de formation personnel, à court, moyen et long terme, qui permette au salarié à la fois de gagner en professionnalisme, de mieux comprendre les risques professionnels auxquels il est exposé et les moyens de prévention, et enfin d'envisager une évolution professionnelle ultérieure.

2. La pratique sportive

Lors d'une étude, les salariés en bonne santé ont indiqué qu'ils pratiquaient une activité physique régulière ¹⁹.

Le Docteur Bruno Sesboüé ²⁰ en explique les bienfaits :

« En ce qui concerne la santé, les bénéfices de l'activité sportive sont trop nombreux pour être cités de manière exhaustive. On peut noter, entre autres, les effets positifs pour le système cardio-vasculaire. Le sport diminue la tension artérielle et les problèmes d'infarctus, en augmentant la force et le fonctionnement du cœur. Au niveau pulmonaire, cela augmente légèrement la capacité pulmonaire et surtout permet une bonne ventilation. La pratique d'une activité physique a également des effets sur le squelette : cela protège notamment contre l'ostéoporose. Cela augmente également la masse musculaire et peut permettre, associé à un régime adapté, de réduire la masse grasse. Cela contribue à prévenir le diabète, en particulier le diabète gras. Le sport maintient et améliore les réflexes, ce qui permet la prévention des chutes chez les sujets âgés. »

3. La détente et la relaxation

Une infirmière propose au personnel de l'association « La Vie à Domicile » ²¹ de bénéficier de séances de relaxation.

L'association S.I.E.L. Bleu (www.sielbleu.org) propose des actions de formation dont l'objectif est « de mieux appréhender le corps qui évolue avec l'âge et les bénéfices que l'on peut obtenir de la pratique d'une activité physique adaptée ».

¹⁹. Etude réalisée sur un SSIAD dans le cadre du projet « Pénibilité au travail dans le cadre des interventions à domicile ».

[http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1369241896462845430/etude+chorum+mutualite+una.pdf#MEDIALINK\(1369241896462845430\)](http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1369241896462845430/etude+chorum+mutualite+una.pdf#MEDIALINK(1369241896462845430))

²⁰. Secrétaire général adjoint de la Société française de médecine du sport et responsable du service de médecine du sport du Centre Hospitalo-Universitaire de Caen, entretien disponible sur : http://www.doctissimo.fr/html/fome/mag_2000/mag2306/fo_1894_sport_sante.htm

²¹. Voir note n°2, page 6.

Fiche N°19 - Les aides techniques et méthodologiques : structuration et professionnalisation

1. S'outiller

Un **outillage informatique** adapté pour la gestion des plannings, permettant d'intégrer différentes composantes, s'avère efficace afin prendre en compte différents facteurs dans les conditions de travail des aides à domicile.

- WX Planning est un logiciel libre pour l'organisation des plannings des aides à domicile.
- D'autres logiciels (APOLOGIC, MEDISYS, ADOMSYS, etc.) existent mais sont plus coûteux.
- La SCIC EVASOC, réunissant la Mutualité Française, l'œuvre des villages d'enfants, l'Association informatique et handicap et la Mutualité fonction publique, a développé un logiciel informatique destiné aux établissements médico-sociaux, assurant le suivi de l'accompagnement des personnes vulnérables.
 - Pour en savoir plus : <http://www.evasoc.com>

2. Mutualiser

Mutualiser permet d'obtenir des ressources auxquelles l'accès est impossible lorsque l'on est seul. La loi permet des regroupements de structures, ceci dans l'objectif de rassembler des moyens (locaux, personnel...), de mettre en commun des services ou des équipements.

Des aides à domicile, des psychologues, des ergothérapeutes, par exemple, peuvent être employés et rémunérés par une seule et même entité et ainsi répondre aux besoins de différentes structures. A noter aussi que ces regroupements permettent de s'inscrire dans un réseau et donc de se sentir moins isolé.

2.1. Les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens)

Les CPOM ont pour objectif de mutualiser les moyens financiers, le management, les ressources humaines, les services aux usagers et ce dans une optique de garantie de la qualité. Ils permettent la rencontre entre les professionnels et les pouvoirs publics et concernent l'ensemble du secteur social et médico-social.

- Pour en savoir plus : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/social/grands-dossiers/etablissements-services-sociaux-medico-sociaux/contrats-pluriannuels-objectifs-moyens-cpom.html>

L'UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) propose un cahier consacré à la compréhension des enjeux techniques et méthodologiques du CPOM : « Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Les Cahiers de l'UNIOPSS, n°20, 2008.

2.2. Le groupement d'intérêt économique (GIE)

Le GIE permet de constituer un regroupement « en vue de mettre en œuvre tous les moyens propres à faciliter ou à développer l'activité économique de ses membres, à améliorer ou à accroître les résultats de cette activité »²².

2.3. Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)

Le GCSMS est un instrument juridique récent qui permet aux établissements sociaux et médico-sociaux, quel que soit leur statut juridique, et éventuellement avec un ou plusieurs établissements sanitaires, de rassembler une partie, voire toutes leurs activités sociales et médico-sociales afin de mettre en place une gestion commune.

2.4. Les groupements d'employeurs (GE)

Les GE permettent la mutualisation du recrutement sur un territoire donné.

→ Pour en savoir plus consultez le site de l'Union des Groupements d'Employeurs de France :
<http://www.ugef.fr/>

3. S'inscrire dans un réseau

Se rapprocher du **Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)** ou s'inscrire dans un regroupement de structures peut être un atout. Outre la mise en commun d'outils techniques, entrer dans un réseau est un moyen efficace d'échanger ses pratiques avec des structures ayant des problématiques similaires.

L'association « La Vie à Domicile »²³, grâce à son adhésion à un réseau, bénéficie d'une équipe mobile de soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie, qui vient en appui aux professionnels de terrain, leur apportant soutien et valorisation de leurs actions.

4. Se professionnaliser

L'**ANSP** (Agence Nationale des Services à la Personne) a mis en place le dispositif THETIS, un programme de soutien à la modernisation des organismes agréés.

Dans ce cadre, les organismes de services à la personne agréés qui souhaitent engager une démarche de certification de la qualité peuvent avoir recours à un consultant afin de leur permettre d'établir un diagnostic dans

²². Article 1er de l'ordonnance du 23 septembre 1967

²³. Voir note n°2, page 6.

quatre domaines :

- la rationalisation de la production du service,
- l'examen des conditions de travail et des conditions d'exercice des métiers,
- la gestion des ressources humaines,
- la certification de la qualité, qui intègre des éléments de connaissance et de gestion du risque.

→ Pour en savoir plus : [http://www.servicessalapersonne.gouv.fr/le-programme-thetis-\(5901\).cml](http://www.servicessalapersonne.gouv.fr/le-programme-thetis-(5901).cml)

Le **programme de modernisation du réseau UNA**, soutenu par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), comporte un chantier dédié à la gestion des ressources humaines, avec deux axes de travail : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la prévention des risques professionnels.

En partenariat avec l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), l'objectif de ce chantier est de mettre en place une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les structures du réseau et de les aider à se doter d'outils de gestion des ressources humaines et de prévention des risques professionnels opérants.

→ Pour en savoir plus : <http://www.una.fr/3881/sommaire-le-programme-de-modernisation-una.html>

Fiche N°20 - Les aides techniques et méthodologiques : prévention des risques professionnels

1. Les centres de ressources généralistes sur la santé et la sécurité au travail

1.1. L'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) – www.inrs.fr

En cliquant sur la rubrique « Se documenter », vous accédez à une liste de critères de recherche documentaire, dont par exemple :

- Facteurs et nature de risques
- Secteurs d'activités / Métiers
- Effets des risques sur la santé
- Législation / Réglementation HST
- Etc.

La documentation de l'INRS donne toujours des éléments de compréhension du risque, des conditions de sa survenue, de ses conséquences, et des démarches de prévention adaptées. Elle propose des brochures, mais aussi des affiches permettant une information large.

1.2. Le réseau ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) – www.anact.fr

Le réseau ANACT se compose de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), établissement sous tutelle du ministère en charge du travail, et de 25 associations régionales (ARACT ou antenne), structures de droit privé, administrées de manière paritaire et financées par l'Etat (ANACT-DRTEFP) et les Régions.

Le site de l'ANACT fournit une **documentation** (fiches pratiques, guides) téléchargeable.

Les actions du réseau des ARACT comportent notamment :

- Des **interventions courtes** destinées aux PME ou associations. D'une durée de 5 jours, ces interventions sont gratuites pour la structure qui en bénéficie. Elles permettent un diagnostic et l'identification de préconisations. Ces actions peuvent être particulièrement intéressantes dans le cas de risques liés aux contraintes physiques (manutention, port de charges, problèmes de dos, d'articulations...).
- Une **aide financière**, dans le cadre du FACT (Fonds pour l'Amélioration des Conditions de Travail) : c'est un dispositif qui a pour objet d'apporter une aide financière versée sous forme de subvention publique, aux entreprises et branches professionnelles concevant et mettant en œuvre des mesures d'amélioration des conditions de travail et contribuant à une meilleure prévention des risques professionnels.

Les **coordonnées des ARACT**, vos contacts en régions, sont disponibles sur le site de l'ANACT : vous le trouverez sous une carte de France sur la page d'accueil.

1.3. Les CRAM (Caisses Régionales d'Assurance Maladie)

Les CRAM, ou les CGSS dans les DOM, ont pour mission de développer et de coordonner la prévention des risques professionnels ainsi que de contribuer à l'amélioration des conditions de travail.

Pour cela, elles disposent :

- de moyens techniques : conseils, étude d'un poste de travail, d'une machine, aménagement d'un nouvel atelier, etc.,
- de moyens réglementaires,
- de moyens d'incitation financière,
- de « Comités Techniques Régionaux » (C.T.R.), ayant une fonction de conseil dans les choix et orientations et assurant le relais avec les entreprises industrielles de la circonscription,
- d'équipes de techniciens constituées d'ingénieurs-conseils et de Contrôleurs de sécurité.

1.4. CHORUM, l'UNA et la Mutualité Française

CHORUM, l'UNA et la Mutualité Française proposent un guide méthodologique pour la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels dans l'aide et les soins à domicile.

→ Télécharger le guide sur le site : <http://cides.chorum.fr> en vous rendant dans la rubrique « Guides ».

2. La prévention des risques professionnels

PREVADOM :

- C'est un outil de sensibilisation aux risques professionnels et aux accidents de la vie courante, élaboré par la CRAM Nord-Picardie. Cet outil permet d'une part d'aborder concrètement les **risques communs** liés à la vie au domicile et à l'activité professionnelle qui s'y déroule, et d'autre part aux soignants et aidants au domicile de porter un **regard critique et averti** sur les risques d'accidents de la vie courante et sur leur propre activité, afin d'influencer favorablement leurs conditions de travail.
- L'outil PREVADOM comporte 17 fiches qui reprennent les situations dangereuses pour la personne aidée et l'intervenant à domicile et qui proposent des pistes d'amélioration. L'utilisation de cet outil nécessite une formation.

→ Pour en savoir plus :

http://www.cram-nordpicardie.fr/ServicesAuxEntreprises/GestionDesRisques/offres/formation/7_2.php

CD-ROM TMS-Dépistage (« Trois questionnaires informatisés pour la prévention des TMS »), diffusé par l'INRS. Cet outil, vendu 10 € par l'INRS, permet dans un premier temps de dépister les risques de TMS dans la structure et dans un second temps d'élaborer une phase d'intervention.

→ Pour en savoir plus : <http://www.inrs.fr>

3. Les aides techniques librement accessibles

Travailler comme aide familiale à domicile : inventaire des outils et bonnes pratiques pour améliorer les conditions de travail (Belgique) : <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=17760>

Stratégie SOBANE et méthode de dépistage DEPARIS : « Stratégie Sobane de gestion des risques professionnels » (Belgique) : <http://www.deparisnet.be/sobane/SOBANE.htm>

Fiche N°21 - Aspects juridiques et réglementaires : les obligations de l'employeur

1. Obligations générales

Obligation de sécurité de résultat

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. » Article L.4121-1 du Code du Travail.

C'est une obligation de sécurité **de résultat**, notamment en ce qui concerne les accidents du travail. Le manquement à cette obligation a un caractère inexcusable lorsque l'employeur avait **ou aurait dû avoir** conscience du danger auquel était exposé le salarié.

Faute inexcusable

La faute inexcusable de l'employeur peut être invoquée dans le cas où un salarié serait victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le risque était connu de l'employeur (art. L.4131-4 du Code du travail). Les risques identifiés dans le cadre du document unique sont bien évidemment considérés comme connus de l'employeur, et ce quel que soit le taux de gravité et la probabilité calculés.

Conséquences pour l'employeur : la majoration de la rente et la réparation des préjudices versés par la CPAM à la victime sont à sa charge (cotisation supplémentaire).

Principes de prévention

L'article L.4121-2 définit une **hiérarchie des principes de prévention** :

- 1° Eviter les risques ;
- 2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3° Combattre les risques à la source ;
- 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L.1152-1 ;
- 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

2. Formation et information des salariés

L'employeur a le devoir d'informer les salariés sur les risques pour la santé et la sécurité et les mesures prises pour y remédier. Article L.4141-1 du Code du Travail. Cette obligation s'exerce notamment au moment de l'embauche (décret du 17/12/08). L'information doit être « compréhensible de tous les salariés ».

3. Prévention des risques professionnels

L'employeur doit rassembler dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques professionnels, et tenir ce document à jour. Articles R.4121-1 à R.4121-4 du Code du Travail.

Un guide proposant une démarche de mise en place du document unique d'évaluation des risques professionnels, réalisé dans le cadre du projet « Pénibilité au travail dans le cadre des interventions à domicile » par Chorum, l'UNA et la Mutualité, est librement téléchargeable :

→ Télécharger le guide sur le site : <http://cides.chorum.fr> en vous rendant dans la rubrique « Guides ».

L'employeur est responsable de la coordination des mesures de prévention lorsque des travaux sont réalisés dans son établissement par une entreprise extérieure. Il doit notamment établir un plan de prévention. Articles R.4511-1 à R.4515-11 du Code du Travail.

4. Principales sanctions pénales prévues par le Code du Travail en cas d'infraction aux règles de prévention des risques professionnels

Amende en cas de :

- Infraction aux règles d'hygiène et de sécurité.
- Défaut d'établissement ou de mise à jour du document unique.
- Infraction aux règles de conformité des équipements de travail, moyens de protection, substances utilisées...
- Infraction aux dispositions générales de prévention.
- Infraction aux dispositions concernant les services de santé au travail.

Emprisonnement ou amende en cas de :

- Atteinte à la constitution ou au fonctionnement du CHSCT.
- Défaut de mise en conformité aux mesures prises par l'inspecteur du travail en cas de danger grave et imminent.

La jurisprudence précise que la responsabilité pénale des infractions aux règles d'hygiène et de sécurité pèse en principe sur le chef d'entreprise (par exemple le président de l'association) ou sur la personne à laquelle ce dernier a délégué ses pouvoirs en la matière (directeur par exemple).

Fiche N°22 - Aspects juridiques et réglementaires : les services de santé au travail et les accidents du travail

1. Relations avec le service de santé au travail et le médecin du travail

Le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif, qui doit éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Article L.4622-3 du Code du Travail.

Visites médicales

Le salarié bénéficie d'examen médicaux par le médecin du travail lors de l'embauche et au moins tous les vingt-quatre mois. Articles R.4624-10 et R.4624-16 du Code du Travail.

Fiche d'entreprise

Le médecin du travail établit et met à jour, une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figure notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. Cette fiche d'entreprise est un point d'appui utile à l'employeur pour identifier les atteintes à la santé et les risques présents dans la structure.

Elle est présentée au CHSCT en même temps que le bilan annuel de la santé, de la sécurité et des conditions de travail réalisé par l'employeur. Articles D.4624-37 à D.4624-41 du Code du Travail.

Rôle du service de santé au travail

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux. Article R.4623-1 du Code du Travail. A ce titre, le directeur d'un établissement peut faire appel au médecin du travail pour avoir son avis sur le document unique d'évaluation des risques professionnels, sur le plan de prévention, ou sur toute mesure collective ou individuelle concernant la prévention des risques professionnels.

Le médecin du travail figure obligatoirement sur la liste des personnes qui assistent avec voix consultatives aux réunions du CHSCT. Article L.4613-2 du Code du Travail. Au-delà de la convocation formelle, il peut être personnellement sollicité pour une réunion où sa présence serait particulièrement intéressante en terme de conseil.

Le médecin du travail peut réaliser des visites au sein de l'établissement (article R.4624-1), participer aux formations à la sécurité des nouveaux embauchés (article R.4624-3).

Des IPRP (intervenants en prévention des risques professionnels) peuvent également intervenir. Articles R.4623-26 à R.4623-35 du Code du Travail. Les IPRP peuvent être experts dans le domaine médical et/ou technique et/ou organisationnel, ils conseillent et travaillent avec les services de santé au travail (S.S.T.) pour mener des actions de préventions : ergonomie, toxicologie, analyse des risques, management de la sécurité, organisation...

L'IPRP peut intervenir pour conseiller mais aussi pour former une personne du service en lui montrant des aménagements simples (qui ne nécessitent pas l'achat de matériel médical coûteux) qui peuvent être mis en place pour encourager les professionnels à adopter certaines postures ou certains gestes.

2. Accidents du travail

Le Code de la Sécurité sociale définit comme suit l'accident du travail : « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

L'accident du travail englobe aussi l'accident de trajet.

Tout accident, même s'il ne donne pas lieu à un arrêt de travail, doit faire l'objet d'une déclaration. Cela permet par exemple une prise en charge en cas de complications ultérieures pour le salarié. Pour mettre en place cette démarche, l'employeur doit informer les salariés de cette obligation.

L'employeur est avisé par la victime de l'existence de l'accident du travail dans les 24 heures. Il doit remettre à la victime l'imprimé « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ». L'employeur doit adresser la déclaration d'accident du travail (DAT) à la CPAM dont relève la victime dans les 48 heures, à partir du moment où il a connaissance de l'accident.

Une fiche pratique très complète sur les accidents de travail, qui aborde également la question de la protection des bénévoles, a été publiée par « Associations mode d'emploi », N°105, janvier 2009.

Le CHSCT est réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves. Article L.4614-10 du Code du travail.

Le CHSCT réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Article L.4612-5 du Code du Travail.

Lexique des principales abréviations utilisées dans le guide

- AGGIR :** La grille AGGIR est un outil permettant d'évaluer la perte d'autonomie d'une personne, principalement des personnes âgées, qu'elles résident en institution ou à domicile. Elle permet une homogénéité du codage au niveau national du « groupe iso-ressources » (GIR) d'une personne dont le score est un argument pris en compte dans la mise en place d'une aide à la personne. AGGIR est l'acronyme de « Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources ».
- ANACT :** Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. www.anact.fr
- ANAH :** Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat. www.anah.fr
- ANIL :** Agence Nationale d'Information sur le Logement. www.anil.org
- ANSP :** Agence Nationale des Services à la Personne. www.servicesalapersonne.gouv.fr
- Burn-out :** Epuisement professionnel.
- CGSS :** Caisses Générales de Sécurité Sociale (dans les DOM).
- CHSCT :** Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail, obligatoire pour les structures employant plus de 50 salariés en équivalent temps plein.
- CLIC :** Centre Local d'Information et de Coordination, lieu d'accueil et d'information pour les personnes âgées et leur entourage.
- CMP :** Centre médico-psychologique. Les CMP sont des établissements publics qui regroupent des spécialistes et proposent une offre de soins mentaux pris en charge par la Sécurité sociale.
- CNAV :** Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. www.cnav.fr
- CPOM :** Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, qui ont pour objectif de mutualiser les moyens financiers, le management, les ressources humaines, les services aux usagers dans le secteur social et médico-social.
- CRAM :** Caisses Régionales d'Assurance Maladie, qui ont pour missions de développer et de coordonner la prévention des risques professionnels ainsi que de contribuer à l'amélioration des conditions de travail.
- DEAVS :** Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale.
- DRTEFP :** Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.
- EPICEA :** Base qui recense tous les accidents de travail mortels survenus dans des entreprises du régime général de Sécurité sociale.
- GCSMS :** Groupement de coopération sociale ou médico-sociale.
- GE :** Groupement d'employeurs.
- GIE :** Groupement d'intérêt économique.
- INRS :** Institut National de Recherche et de Sécurité. www.inrs.fr
- INVS :** Institut de Veille Sanitaire (INVS). www.invs.sante.fr
- IPRP :** Intervenants en prévention des risques professionnels.
- OPCA :** Organisme Paritaire Collecteur Agréé, dont le rôle est de prendre en charge le financement des formations et d'accompagner leurs adhérents dans l'élaboration du plan de formation.

- PACT ARIM** : Réseau associatif national, qui propose d'adapter l'habitat aux besoins et aux usages.
www.pact-arim.org
- PRAP** : Formations « Prévention des Risques liés à l'Activité Physique ».
- PREVADOM** : Outil de sensibilisation aux risques professionnels et aux accidents de la vie courante élaboré par la CRAM Nord-Picardie.
- SOBANE** : La stratégie SOBANE permet d'identifier et de prévenir les risques professionnels.
<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=19508>
- SAAD** : Service d'Aide A Domicile.
- SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile, structure associative ou publique (communautés de communes, mairies), dont le but est de prodiguer des soins infirmiers aux personnes âgées de plus de 60 ans et, depuis 2004, aux personnes handicapées.
- SST** : Service de santé au travail (médecins du travail et IPRP).
- SUMER 2003** : Enquête nationale sur les expositions aux risques professionnels des salariés en France, conduite par la DARES (Ministère du Travail).
- TMS** : Troubles musculo-squelettiques, pathologies des articulations qui peuvent être fortement invalidantes.
- VAE** : Validation des Acquis de l'Expérience.

Un outil pratique, le tableau de synthèse

Le tableau présenté ici reprend l'essentiel des « bonnes pratiques » présentées dans ce guide. Il peut être utilisé indépendamment, comme outil d'aide à la décision, ou pour amorcer une réflexion collective avec l'ensemble des acteurs concernés.

Risques	Modalités d'exposition	Moment de l'action	*	Actions et outils	Personnes ressources ou moyens techniques		
TMS, dorsalgies, lombalgies, chutes, accidents	Contraintes physiques	Lors de la première demande de prise en charge	O	Evaluation des besoins de la personne aidée lors de la première demande auprès de la structure	Grilles d'évaluation : - SOBANE - PREVADOM		
			D	Négociation sur l'organisation du domicile	Responsable de la structure ou du service		
			A	Travaux au domicile	Pact-Arim		
					D	Achat de matériel (fauteuils, lits médicalisés, etc.)	Implication du responsable de la structure ou du service
					O	Evaluation de la capacité de la structure	Grille d'évaluation de la capacité en ETP, prenant en compte les absences, congés, etc.
				En continu	E	Suivi de l'évolution de l'état de la personne aidée	Outil de liaison (cahier, grille, points à l'ordre du jour des réunions...)
					E	Prise en compte du travail « réel »	Outils d'organisation des plannings
					O	Alterner des cas « lourds » et des cas « légers » pour chaque aide à domicile	Responsable de la structure ou du service
					O	Favoriser les binômes dans les cas le nécessitant	Responsable de la structure ou du service
					O	Faire intervenir plusieurs intervenants	Responsable de la structure ou du service
					O	S'organiser pour laisser régulièrement des week-ends libres pour les intervenants à domicile	Responsable de la structure ou du service
					P	Visites au sein de l'établissement, actions d'information et de prévention	Médecin du travail et IPRP
			P	Embauches supplémentaires	GE, GIE		
			F	Formations des professionnels (PRAP, manutention, port de charges, TMS...)	CRAM, ANACT		

* **O** : organisation technique mise en place par la direction de la structure. **D** : dialogue structure/personne aidée. **A** : aides financières. **E** : échanges formalisés avec les professionnels au sein de la structure. **F** : formation, sensibilisation et information des salariés. **P** : partenariats avec des acteurs extérieurs.

Risques	Modalités d'exposition	Moment de l'action	*	Actions et outils	Personnes ressources ou moyens techniques
Risque routier, risque d'accidents	Déplacements sur la voie publique	Lors de l'entrée en fonction du professionnel	F	Formation et information des salariés	Gendarmerie, prévention routière
		En continu	A O	Rémunération du temps de déplacement Action sur l'organisation du travail (planification des déplacements et des horaires en fonction de l'état du trafic, délais, temps de pause, etc.)	Négociations avec le financeur institutionnel Responsable de la structure ou du service
Risques liés au domicile	Accidents	Lors de la première demande de prise en charge En continu	O	Action sur les moyens (maintenance des véhicules)	Responsable de la structure ou du service
			E	Protocole de communication	Responsable de la structure ou du service
			O	Eviter les déplacements en deux-roues	Responsable de la structure ou du service
			P	Partenariats avec la sécurité routière ou la gendarmerie	Gendarmerie, prévention routière
			O	Evaluation du logement	Responsable de la structure ou du service
			D	Aménagement du logement.	Pact-Arim, ANAH...
Risque biologique infectieux	Contact avec des humains et des animaux	En continu	O	Signalement des détériorations du matériel	Aide à domicile
			F	Sensibilisation aux risques chimiques, électriques, incendie...	Formations Règlement de fonctionnement Fiches techniques sur les risques, affichage Responsable de la structure ou du service
Risques liés à l'utilisation de produits	Utilisation de produits d'entretiens ou de divers produits chimiques	En continu	F	Informier sur les voies de propagation des germes (bactéries, virus...) et précautions particulières à tenir	Fiches techniques sur les risques Affichage dans les locaux
			F	Sensibiliser à l'importance de la vaccination	Fiches techniques sur les risques Affichage dans les locaux
			F	Prise de connaissance des produits (lecture des pictogrammes et des recommandations d'usage mentionnées sur l'étiquetage)	Fiches techniques sur les risques Affichage dans les locaux
			O	Fournir aux intervenants à domicile le matériel nécessaire : gants, masques de protection, lunettes, blouses, etc.	Responsable de la structure ou du service
Ensemble des risques professionnels	Diverses situations	En continu	D	Fournir des produits d'entretien choisis par la structure d'aide à domicile	Responsable de la structure ou du service
			E	Information sur le document unique d'évaluation des risques professionnels et association à sa rédaction	Responsable de la structure ou du service
			O	Entretien annuel : identifier un parcours de formation du professionnel, à court, moyen et long terme	Responsable de la structure ou du service
			F	Formations des professionnels	CRAM, ANACT, organismes de formation
			F	Information sur l'intérêt d'avoir une activité physique régulière	Affichage dans les locaux

* **O** : organisation technique mise en place par la direction de la structure. **D** : dialogue structure/personne aidée. **A** : aides financières. **E** : échanges formalisés avec les professionnels au sein de la structure. **F** : formation, sensibilisation et information des salariés. **P** : partenariats avec des acteurs extérieurs.

Risques	Modalités d'exposition	Moment de l'action	*	Actions et outils	Personnes ressources ou moyens techniques
Risques de surpoids	Alimentation déséquilibrée	En continu	O	Attribution du temps de pause entre 11H30 et 13H30	Responsable de la structure ou du service
Risques psychosociaux (stress, harcèlement, violences internes et externes, manifestations dépressives...)	Rapport à la maladie et à la mort	En continu	O	« Parler », voire « ritualiser » les deuils	Partenariats avec des structures de type CMP
			E	Aborder la question lors de réunions de concertation	Responsable de la structure ou du service
	Attachement affectif aux personnes aidées	Lors de l'entrée en fonction du professionnel	F	Former les personnels	Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon
		Lors de la première demande de prise en charge	O	Mettre en place des « règles de vie » définissant les limites des relations avec les personnes aidées	Responsable de la structure ou du service
	Contraintes organisationnelles	En continu	O	Plusieurs référents pour chaque personne aidée	Responsable de la structure ou du service
			E	Point systématique sur les demandes des personnes aidées lors des réunions de services	Responsable de la structure ou du service
		En continu	E	Mise en place de réunions régulières, incluses dans le temps de travail	Responsable de la structure ou du service
		O	En cas d'urgence, ligne téléphonique réservée aux aides à domicile	Responsable de la structure ou du service	
		O	Afficher des informations au sein des locaux	Responsable de la structure ou du service	
		O	Mettre en place des fiches de poste co-rédigées par un responsable et un salarié	Responsable de la structure ou du service	
O		Mise en place d'un « cahier de correspondance » entre les différents intervenants	Responsable de la structure ou du service		
O		Retour d'informations régulier sur des points précis	Responsable de la structure ou du service		
Lors de l'entrée en fonction du professionnel		O	Fiche par personne aidée tenue à jour hebdomadairement	Responsable de la structure ou du service	
		E	Groupes d'échanges de pratiques	Responsable de la structure ou du service	
		F	Formations des professionnels	CRAM, ANACT	
		O	Présentation du règlement de fonctionnement, règles incontournables de la structure, prévention des risques professionnels	Livret d'accueil	
		E	Tutorat	Professionnel expérimenté	
Lors de la première demande de prise en charge	O	Contrat de prestation avec le bénéficiaire, précisant ce à quoi s'engage le service, la personne aidée, et éventuellement sa famille	Responsable de la structure ou du service		

* **O** : organisation technique mise en place par la direction de la structure. **D** : dialogue structure/personne aidée. **A** : aides financières. **E** : échanges formalisés avec les professionnels au sein de la structure. **F** : formation, sensibilisation et information des salariés. **P** : partenariats avec des acteurs extérieurs.

Chorum,

Alliance de Malakoff Médéric et de Mutualité Française Prévoyance au service de l'économie sociale

56 - 60 rue Nationale, 75649 Paris cedex 13

Tél : 01 45 70 18 43 - Fax : 01 45 86 83 00

Email : contact.cides@chorum.fr

Conception :

Emmanuelle Paradis, chef de projet prévention et santé au travail & Elodie Jung, étudiante en Master 2 de sociologie, Université Paris V - René Descartes.

Mise en page :

Cyrille Le Floch.