



Évaluation et prévention des risques chez les aides à domicile

Ce dossier est le fruit d'une action menée par le groupe « aides à domicile » () Everest (Évaluation et veille des risques dans les petites entreprises par un réseau santé au travail). Il est composé de plusieurs parties distinctes qui peuvent être lues séparément suivant le degré de connaissance que l'on a de l'activité. Une première partie présente la profession, une seconde les différentes tâches de l'aide à domicile, une troisième les risques liés à cette activité. La dernière partie donne des conseils pour la prévention des risques.*

En annexe sont proposés deux guides de visite destinés aux médecins du travail.

À l'heure où un projet de loi est présenté pour développer les services d'aide à la personne, ce dossier prend toute son actualité.

La profession d'aide à domicile

UN MÉTIER À VOCATION SOCIALE

L'espérance de vie de la population ne cesse de s'allonger depuis plus d'un siècle. Devant le désir affirmé d'une majorité de personnes âgées de pouvoir « vivre et mourir chez elles », les premiers services de maintien à domicile furent créés en 1955. Le travail était alors assuré par des bénévoles au sein d'associations de type « Loi de 1901 ». Un décret de 1962 [1] a fait de l'aide à domicile une prestation sociale au titre de l'aide sociale aux plus démunis. Le financement de ces prestations a été assuré essentiellement, à partir de 1967, par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. La convention collective des aides ménagères [2], signée en 1983, a confirmé le rôle social et le statut de cette profession. Début 1997, une « prestation spécifique dépendance » (PSD) a été mise en place, pour les personnes de plus de 60 ans nécessitant d'être « aidées dans l'accomplissement des actes de la vie ou de bénéficier d'une surveillance régulière ».

La loi du 20 juillet 2001 [3] remplace la PSD par « l'allocation personnalisée d'autonomie » (APA). Celle-ci est versée à toute personne dont l'état de dépendance a été classé entre 1 et 4 selon la grille nationale AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources)⁽¹⁾. Le montant alloué varie avec le

degré de perte d'autonomie et le niveau de ressources, mais il n'y a aucun recours sur succession contrairement à la PSD et à l'aide sociale. Elle permet de rémunérer la ou les personnes intervenant à domicile, de financer les aides techniques (prise en charge de l'incontinence, matériel, téléalarme...) et les adaptations de logement... L'APA est gérée par le Conseil général.

La loi du 2 janvier 2002 [4] et ses décrets d'application fixent et encadrent le fonctionnement des structures impliquées dans l'aide à domicile. Elle garantit notamment les droits des usagers, l'évaluation des activités des structures, la qualité des prestations, le respect des conventions collectives des salariés. La création, la transformation ou l'extension des structures est désormais soumise à autorisation par le Conseil général et l'État. Cette autorisation permet à ces structures de prendre en charge les bénéficiaires de l'aide sociale et d'assurer des prestations financées par l'État et les organismes de Sécurité sociale.

Depuis le décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 et l'arrêté du 26 mars 2002 [5, 6] qui organisent la formation d'auxiliaire de vie sociale (le DEAVS - Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale - a remplacé le CAFAD - Certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile), il existe un référentiel professionnel des activités de l'aide à domicile.

La dénomination « auxiliaire de vie sociale », définie dans cet arrêté du 26 mars 2002, désigne les professionnels identifiés aujourd'hui notamment sous le vocable : aide à domicile, aide-ménagère, auxiliaire de vie, auxiliaire familiale. L'auxiliaire de vie sociale est une personne ayant les compétences pour effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des

(*) MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL :
P. ABECASSIS (DRTEFP DE BOURGOGNE),
N. BEAUMONT (MT 71),
C. GOMIS (AIST 21),
A.M. INCORVAIA (MT 71),
D. LAFON (INRS),
P. METIN (ANTENNE ANACT BOURGOGNE),
A. MICHEL (AIST 21),
E. PITOL-BELIN (UDM),
S. REVILLET (MT 71),
B. SENEQUE (AIST 21),
G. BEDIOT (DRTEFP DE BOURGOGNE),
P. FERRY (CRAM BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ),
A. GAILLARD (MTN PRÉVENTION - NIÈVRE),
C. GIROUD (CRAM BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ).

(1) La grille nationale AGGIR constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs d'aide à domicile.



Documents pour le Médecin du Travail
N° 102
2^e trimestre 2005

publics fragiles dans leur vie quotidienne. Elle intervient auprès des familles, des enfants, des personnes âgées, des personnes malades et des personnes handicapées pour une aide dans la vie quotidienne, le maintien à domicile, la préservation, la restauration et la stimulation de l'autonomie des personnes, leur insertion sociale et la lutte contre l'exclusion.

Le nombre de salariées dans cette profession augmente régulièrement depuis de nombreuses années (200 000 aides à domicile en 1999 en France, dans 7 000 associations) [7]. Aujourd'hui, la mise en place de l'APA intensifie le recrutement au sein des structures.

LES STRUCTURES

Les aides à domicile exercent leur activité principalement au sein d'associations de type « Loi de 1901 » ou plus rarement de structures communales (Centre communal d'action sociale). Ces aides sont mensualisées ou non et l'organisme employeur peut assurer l'encadrement et financer certaines actions (réunions, écoute psychologique...). L'association fournit le travailleur souhaité et en est l'employeur ; elle est dite alors « prestataire »⁽²⁾.

Les aides à domicile peuvent également être directement employées par la personne aidée, soit par l'intermédiaire d'un service dit alors « mandataire »⁽³⁾, soit de gré à gré au moyen notamment du chèque emploi-service ou du salariat horaire traditionnel. Dans le service mandataire, l'association est mandatée par la personne aidée pour effectuer certaines démarches administratives habituellement dévolues à l'employeur, dans le cadre d'une convention. La personne aidée reste juridiquement l'employeur. Cette modalité d'emploi est le plus souvent réservée aux personnes ne disposant pas d'aides financières du Conseil général et ou des caisses de retraite ; elles peuvent alors déduire une partie des coûts de l'aide à domicile de leurs impôts.

Une même aide à domicile peut ainsi relever d'un double statut : employée d'une association (service prestataire) pour une partie de ses activités et employée directement par la personne aidée (en mandataire ou de gré à gré) pour le reste de ses activités. Son temps de travail est dès lors difficilement maîtrisable et contrôlable.

Les associations sont très diverses que ce soit par leur taille (de quelques salariés à plusieurs centaines), leur statut, leur ancienneté ou même leurs objectifs. La conception du service varie, allant de la relation d'aide limitée à des activités de ménage à une conception intégrée proposant de nombreux services associés visant le maintien à domicile de la personne aidée.

Certaines travaillent ainsi en collaboration avec

d'autres intervenants (aides soignantes, kinésithérapeutes, infirmières...). Leurs gestionnaires peuvent être des professionnels mais on trouve encore fréquemment des bénévoles, notamment dans les associations anciennes, souvent teintées de références sociales ou militantes. Elles sont toutes en permanence à la recherche de financement notamment pour leurs actions tendant vers plus de professionnalisation (formation, prévention des risques...). Ce contexte explique les difficultés pour développer des actions de prévention, d'autant plus que la taille de ces associations est petite. Ces difficultés sont d'autant plus grandes que les lieux d'intervention sont multiples, en milieu urbain ou rural, avec des déplacements et des conditions de travail variables, et que la configuration des locaux et les moyens mis à disposition dépendent essentiellement de la personne assistée.

Certaines structures ont développé sous l'influence des caisses de retraite une démarche qualité portant sur différents points : gestion administrative, gestion du personnel, qualité du service rendu. Mais, aujourd'hui, seuls les aspects liés aux relations administratives ont véritablement abouti. La norme AFNOR NFX 50-056 (septembre 2000) « Services aux personnes à domicile » [8] prône le respect de la personne, une intervention individualisée et une relation triangulaire visant à protéger le client et l'intervenant.

Une synthèse résumant les dispositions s'appliquant aux différentes formes d'emploi des aides à domicile est présentée dans l'*encadré 1*.

LA PROBLÉMATIQUE DU SUIVI MÉDICAL

La question du suivi médical des aides à domicile employées à temps partiel par des particuliers, que ce soit directement ou dans un cadre mandataire, demeure très préoccupante. Ces salariées sont en effet assimilables à des employées de maison. Le règlement d'administration publique prévu à l'article 3 du décret n° 75-882 du 22 septembre 1975 [10] concernant la surveillance médicale des gardiens d'immeubles à usage d'habitation et des employés de maison n'a jamais été publié. Ce règlement devait établir les modalités de surveillance des employés à domicile à temps partiel, puisque le décret cité ne concernait que les employés de maison à temps complet ; en outre, ce même décret prévoyait des modalités d'habilitation des services qui n'ont elles mêmes jamais été définies.

Les employeurs sont encouragés à adhérer à un service de santé au travail. Mais l'encouragement ne fait pas l'obligation... ; comment résoudre la question de la cotisation d'adhésion à un service interentreprises pour une personne aidée ayant de faibles revenus, employeur pour quelques heures par semaine ?

(2) *Activité prestataire : modalité d'intervention définie lorsque l'entité est employeur des intervenants à domicile et qu'elle assure l'intégrité de cette fonction (norme AFNOR NFX 50-056) [8].*

(3) *Activité mandataire : modalité d'intervention de l'entité (association ou collectivité) consistant à assister, dans le cadre d'un contrat, un client employeur. Elle concerne le placement de travailleurs et l'aide administrative à la fonction d'employeur (norme AFNOR NFX 50-056) [8].*

Réglementation relative à l'emploi des aides à domicile.

ENCADRÉ 1

Statut	Employeur	Modalités de rémunération	Ressources financières possibles pour l'employeur	Contrat de travail	Convention collective de référence	Durée du travail	Surveillance médicale (médecine du travail)
EMPLOI DIRECT PAR LE PARTICULIER	Le particulier	Par le particulier, sous la forme de : - salaire traditionnel - chèque emploi-service	La personne aidée et les assurances, les caisses de retraite, les collectivités territoriales, l'entreprise...	CDI ou CDD écrit, sauf chèque emploi-service inférieur à 8 h hebdomadaires	CCN n° 3180 du 24 novembre 1999 étendue le 2 mars 2000 (salariés du particulier employeur) [9]	Maximum : 48 h en moyenne sur 12 semaines consécutives et 50 h maximum sur 1 semaine <i>NB : 1 heure de « présence responsable » = 2/3 d'1 h de travail effectif (art. 3 de la CCN)</i>	Obligatoire seulement si temps complet chez le même employeur En pratique : exceptionnelle
	Le particulier	Par le particulier Par convention avec lui, l'association le met en relation avec l'aide à domicile, accomplit les démarches relatives à l'emploi, effectue les calculs liés au bulletin de salaire, fait éventuellement l'avance des salaires puis facture le tout (service + salaire) au particulier	La personne aidée, les assurances, les caisses de retraite, les collectivités territoriales, les comités d'entreprise (titre emploi-service...), les entreprises...	CDI ou CDD, écrit	CCN n° 3180 du 24 novembre 1999 étendue le 2 mars 2000	Maximum : 48 h en moyenne sur 12 semaines consécutives et 50 h maximum sur 1 semaine <i>NB : 1 heure de « présence responsable » = 2/3 d'1 h de travail effectif (art. 3 de la CCN)</i>	Obligatoire seulement si temps complet chez le même employeur En pratique : rare
MISE À DISPOSITION PAR ASSOCIATION OU FOURNITURE DE PRESTATION PAR ASSOCIATION	L'association	L'association + contrat de prestation conclu entre l'association et le particulier	La personne aidée, subventions, cotisations, dotations d'heures, dons...	CDI ou CDD écrit	CCN n° 3217 du 18 mai 1983 étendue (organismes d'aide ou de maintien à domicile) [2]	Maximum : 44 h en moyenne sur 12 semaines consécutives et 48 h maximum sur 1 semaine Minimum : 70 h par mois ou 200 h par trimestre	Obligatoire
AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE	Le Centre communal d'action sociale (CCAS)	Le CCAS	La personne aidée	Agent titulaire	Néant	Maximum : 44 h en moyenne sur 12 semaines consécutives et 48 h maximum sur 1 semaine	Obligatoire
		Subvention, dotations d'heures	Agent contractuel, contrats aidés, vacataire horaire	Statut de la Fonction publique territoriale			

Si nombre de services interentreprises, pourtant non habilités du fait de la carence réglementaire, acceptent de suivre ces salariés lorsque cela leur est demandé par des particuliers ou par des associations mandataires, force est de constater, en revanche, que d'autres services adoptent un mode de fonctionnement « *a minima* ».

On assiste dès lors à des situations médicalement et juridiquement inextricables, que les médecins inspecteurs connaissent trop souvent, lorsque ces salariées deviennent inaptes à leur(s) poste(s)... Si des solutions d'« expédient » peuvent être trouvées, l'accroissement numérique et le vieillissement de ces populations salariées devraient alerter les pouvoirs publics pour qu'enfin des dispositions soient prises et qu'elles bénéficient des mêmes droits que les autres travailleurs en santé au travail.

LE PROFIL DES AIDES À DOMICILE

Il s'agit très majoritairement de femmes. Beaucoup travaillent à temps partiel, choisi ou non. Jusqu'à une époque récente, l'entrée dans la profession était généralement tardive.

La population, qui a tendance à se renouveler ces dernières années, voit apparaître beaucoup de jeunes femmes, généralement sans formation, et sortant de périodes d'échecs scolaires. Le profil des aides à domicile est variable en fonction du milieu, urbain ou non.

Lors de la réalisation d'une étude en Saône et Loire en 2003 (étude non publiée du service MT 71), il est apparu que plus de 40 % des aides à domicile rencontrées n'avaient aucune qualification professionnelle. Des personnes diplômées commencent néanmoins à arriver sur le marché.

Les aides à domicile cumulent souvent d'autres emplois, notamment d'autres emplois familiaux avec l'utilisation du chèque emploi-service.

La littérature rapporte très peu de données sur l'état de santé des aides à domicile. Le département ASMT (Action scientifique en médecine du travail) du CISME a effectué en 1999 une étude par questionnaire auprès de 2 234 salariés intervenant auprès des personnes âgées [11]. Les aides à domicile faisaient partie de cette étude. L'état de santé perçu par les aides à domicile est moins bonne que celle des femmes du même âge étudiées dans l'enquête ESTEV⁽⁴⁾, notamment en ce qui concerne les items « mobilité physique », « douleurs » et « réactions émotionnelles ». On retrouve d'autres publications mais qui concernent des professions différentes, bien que concernant des intervenants à domicile.

En 1998, Bertucat et Colomb [12] ont rapporté une enquête effectuée par les médecins du travail auprès de

157 travailleuses familiales dans la région lyonnaise. Dans les 6 mois précédant l'enquête, 50 % d'entre elles ont eu un arrêt maladie pour des raisons variables : infectieuses (31 %), ostéo-articulaires (29 %), dépression (20 %), chirurgicales (7 %), gynéco-obstétricales (grossesse pathologique, 4 %). Cinq pour cent ont eu un accident de travail durant ce même laps de temps. Près des trois-quarts prennent un traitement au moment de l'enquête : 17 % pour le mal de dos, 11 % pour le sommeil, 6 % pour des maux d'estomac, 7,7 % pour une insuffisance veineuse.

En 2000, Burel et coll. [13] ont effectué une enquête auprès de 167 aides-ménagères dans la région bretonne. Plus du tiers de la population de l'étude a eu au moins un arrêt de travail au cours de l'année écoulée. Le tiers des arrêts est dû à une pathologie ostéo-articulaire. Au second plan viennent les pathologies broncho-pulmonaires et psychiatriques. Près de la moitié consommait des médicaments, dont un quart de psychotropes.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Dans de nombreux cas, une personne de la structure se rend au domicile de la personne aidée pour évaluer ses besoins et établir un plan d'aide en fonction de son degré de dépendance. Elle réunit les documents nécessaires pour la prise en charge auprès des financeurs (Conseil général et caisses de retraite). En cas d'APA, c'est l'équipe médico-sociale du Conseil général qui effectue le plan d'aide. L'association pourra soit l'utiliser, soit en refaire un, non financé dans ce cas.

Dans d'autres cas, cette mise en place se fait par un simple contact téléphonique dans lequel la personne indique ses besoins, le nombre d'heures et les horaires d'intervention qu'elle souhaite. Il est bien évident que le cadrage, la qualité du service et les conditions de travail qui s'ensuivent pourront être sensiblement différents : la pratique actuelle du financement des structures sur la seule base des heures d'intervention amène à financer de manière identique des structures qui sont loin de fournir la même qualité de services.

Certaines associations, dans un but de professionnalisation, organisent des réunions d'échanges qui permettent de faire passer des informations, de recueillir les doléances du personnel. Elles permettent aux aides à domicile d'exprimer leurs difficultés. Des entretiens avec un psychologue sont parfois prévus afin d'aider les aides à domicile à faire face à certaines situations. Enfin, lorsque d'autres professionnels interviennent chez une personne assistée, un cahier de liaison est généralement mis en place au domicile afin de permettre une meilleure coordination entre les différents intervenants.

(4) Enquête prospective ESTEV : enquête santé, travail et vieillissement visant à étudier les relations entre l'avancée en âge, la santé et les conditions de travail.

Les différentes tâches de l'aide à domicile

Les conséquences du mode de financement des associations et de rémunération des aides à domicile sont d'importance sur les conditions de travail.

L'aide à domicile, notamment dans le cadre mandataire, est payée à l'heure. Pour obtenir un salaire suffisant, elle pourra être amenée à effectuer un nombre d'heures important, dépassant les heures légales. Elle sera amenée à travailler le week-end, voire la nuit. En cas d'hospitalisation ou de décès de la personne aidée, c'est une part parfois importante de ses revenus qu'elle perd du jour au lendemain, les heures perdues n'étant pas rémunérées (à l'exception des cas où l'aide à domicile est mensualisée).

Le mode de financement des structures est caractérisé par une très grande complexité. Les principaux financeurs, que sont le Conseil général, les caisses de retraite et l'Aide sociale, allouent un nombre d'heures en fonction du niveau de dépendance et des ressources des personnes aidées. Le prix de l'heure peut varier selon certains critères de qualité et chaque financeur a son prix. Il peut varier également suivant les départements. Il s'appuie sur l'APA délivrée par le Conseil général, les caisses de retraite, l'Aide sociale, et sur les personnes aidées elles mêmes dont la participation varie en fonction des aides citées ci-dessus et de leur revenu.

Actuellement certaines caisses de retraite et Conseils généraux préfèrent financer des aides distribuées en service prestataire car elles estiment que c'est un gage de qualité. Ceci permet de prendre en charge les coûts périphériques nécessaires au fonctionnement des services. Cette majoration est cependant forfaitaire (et limitée au service prestataire) et ne suffit pas à prendre en charge tous les coûts. Dans le cas du service mandataire, les structures facturent des frais de gestion aux personnes âgées qui rétribuent directement les aides à domicile. Ceci explique que les structures sont toujours à la recherche de financement et doivent s'appuyer sur différentes formes d'emplois aidés, des financements indirects complémentaires par les communes sous forme de subventions ou de fournitures de locaux ou d'autres moyens...

L'« empilement » de mesures aux finalités différentes (action sociale puis emploi) conduit à mettre en concurrence les statuts mandataires et prestataires, aux dépens des prestataires plus coûteux mais garant de la professionnalisation des structures comme des acteurs.

Les déplacements, du domicile d'une personne aidée à une autre, ne sont généralement pas rémunérés ; seuls, dans certains cas, les frais de transport sont défrayés, mais le temps passé en transport n'est pas rétribué.

Le rôle de l'aide à domicile est d'accomplir un « travail matériel, moral et social contribuant au maintien à domicile des personnes ayant des difficultés à effectuer les gestes de la vie quotidienne ». Les interventions des aides à domicile ne se limitent pas à la population âgée, même si elle est majoritaire, mais concernent aussi des personnes handicapées (physiquement et/ou mentalement), et plus généralement toute personne ayant perdu la possibilité de mener une vie active et dont la situation matérielle ou sociale nécessite une aide extérieure.

Au-delà de l'aide purement matérielle, l'aide à domicile veille aussi à maintenir l'ouverture de la personne assistée vers le monde extérieur et à lui conserver « le goût de vivre ». Elle a un rôle social et relationnel important. Autant la partie matérielle du travail (ménage, repas...) est assez clairement définie, autant la partie « immatérielle » de soutien à la personne (soutien moral, relation avec les familles...) est souvent passée sous silence.

L'ANACT, dans son étude pour la Direction générale de l'action sociale sur « les freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile » [14], cite à titre d'illustration un certain nombre de définitions du rôle de l'aide à domicile trouvées dans des documents diffusés aux bénéficiaires par différentes structures : « Elle intervient à votre domicile pour les travaux ménagers courants, l'entretien du linge, faire les courses, préparer les repas » ; « Elle effectue à raison de quelques heures par semaine les travaux quotidiens et l'aide aux soins d'hygiène élémentaires » ; « Elle apporte, par sa présence, un réconfort moral et favorise le maintien de la personne dans l'environnement social de sa commune » ; « Elle a pour mission d'accomplir chez les personnes aidées un travail matériel, moral et social contribuant au maintien à domicile. Les activités de l'aide à domicile ne sauraient se limiter à des travaux ménagers : elles permettent notamment aux bénéficiaires d'assurer leur indépendance et de maintenir des relations avec l'extérieur ».

Les différentes tâches seront souvent les mêmes. En revanche, la personne aidée et la structure de l'association peuvent modifier très sensiblement les conditions de travail.

Il existe pratiquement autant de situations de travail différentes que d'aides à domicile et de personnes aidées. Il y a généralement une grande différence entre le travail prescrit et le travail réel. Plutôt que d'effectuer un listing, nécessairement incomplet, de ces tâches, la description d'exemples de journées d'aides à domicile

Exemples de journées de travail d'aides à domicile.

EXEMPLE EN MILIEU RURAL

7 h 20 – 7 h 40 : Trajet en voiture jusqu'au domicile de Mr X.**7 h 40 – 9 h 45 : Intervention chez Mr X. (80 ans)**

Mr X. bénéficie de l'assistance d'une aide à domicile une fois par semaine depuis 17 ans. Il est muet mais autonome sur le plan physique. La communication avec l'aide à domicile est uniquement gestuelle. L'aide à domicile refait le lit et effectue le ménage dans la chambre. Elle termine en passant l'aspirateur puis balaie l'escalier (chambre à l'étage). Elle repasse le linge (elle ne dispose pas d'une planche à repasser et travaille sur un drap plié posé sur la table de la cuisine). Elle nettoie ensuite les appareils électroménagers dans la cuisine, puis les équipements sanitaires dans la salle de bains et les toilettes. Elle balaie ensuite le sol de l'ensemble du rez-de-chaussée puis le lave. Elle fait la vaisselle. Enfin, elle prend un café avec Mr X. et l'aide dans le même temps à remplir des documents administratifs.

9 h 45 – 9 h 50 : Trajet en voiture jusqu'au domicile de Mme Y.**9 h 50 – 12 h 15 : Intervention chez Mme Y. (82 ans)**

Mme Y. bénéficie de l'assistance d'une aide à domicile deux fois par mois depuis moins de 10 ans. Elle est assez autonome physiquement. La

famille est souvent présente à ses côtés. L'aide est demandée deux fois par mois pour des travaux de ménage que Mme Y. ne peut physiquement plus accomplir elle-même. À l'arrivée de l'aide à domicile, elle offre un café, puis l'aide fait le ménage dans la chambre (aspirateur). Elle époussette les meubles dans l'habitation, puis secoue un tapis à l'extérieur. Elle ôte les toiles d'araignée au plafond. Elle passe l'aspirateur dans le salon, puis lave le sol. Elle range l'aspirateur, et lave les équipements électroménagers dans la cuisine. Elle lave le sol de la cuisine et du hall d'entrée déplaçant les meubles. Elle aide ensuite Mme Y. à remplir des documents administratifs et discute un moment avec elle.

12 h 15 – 13 h 15 : Pause déjeuner (à son domicile)**13 h 15 – 13 h 30 : Trajet en voiture jusqu'au domicile de Mr et Mme Z.****13 h 30 – 15 h 30 : Intervention chez Mr et Mme Z. (75 et 80 ans)**

Mr et Mme Z. sont un couple de personnes âgées. L'aide à domicile intervient 2 fois par semaine depuis 3 ans. Ils sont assez autonomes physiquement mais ont besoin d'une assistance pour l'entretien de leur domicile. L'aide commence par le repassage. Puis elle nettoie un tapis, et va ensuite effectuer le ménage à l'étage (vitres, aspirateur, poussière dans deux pièces).

Ensuite, elle redescend au rez-de-chaussée et procède au nettoyage de la salle de bain et des toilettes. Elle discute un moment avant de repartir.

15 h 30 – 15 h 45 : Trajet en voiture jusqu'au domicile de Mme W.**15 h 45 – 18 h 00 : Intervention chez Mme W.**

Mme W. est une femme de 83 ans qui bénéficie d'une assistance 3 fois par semaine pendant 2 heures depuis 4 ans. Elle est fortement dépendante physiquement car elle se déplace en fauteuil roulant. Elle vit avec son fils. Elle est également prise en charge par une aide soignante et un kinésithérapeute. Une infirmière passe une fois par semaine pour préparer les médicaments. L'aide à domicile commence par nettoyer le poêle, puis effectue des retouches sur deux pantalons. Elle balaie les sols. Elle aide ensuite la personne âgée à se lever et à s'appuyer sur le déambulateur. Elle nettoie le fauteuil. Elle aide Mme W. à se rasseoir, puis reprend ses tâches ménagères : lavage des sols, nettoyage de l'électroménager, de la salle de bains, des toilettes, essuyage de la poussière. Il n'y a pratiquement pas de communication avec la personne âgée, ni avec le fils. Les conditions matérielles ne sont pas très bonnes (fer à repasser ancien fonctionnant mal, etc.).

EXEMPLE EN MILIEU URBAIN

7 H 30 – 9 H 00 : Intervention chez Mme X. (92 ans)

Mme X. est une dame très âgée, légèrement dépressive, qui commence à perdre ses facultés physiques et intellectuelles. Madame Dubois, l'aide ménagère, a les clés de l'appartement. Au 3^e étage d'un immeuble ancien, elle ouvre les volets puis lève Mme Dubois, fait sa toilette et lui donne le petit déjeuner tout en instaurant un dialogue pour stimuler cette vieille dame qui passera sa journée seule. Le ménage courant n'est pas oublié tout en prévoyant le repas de midi.

9 h 15 – 11 h 15 : Intervention chez Mme Y. (83 ans)

Le temps de trajet (en bus) est compté au plus juste et n'est pas payé ; l'aide se dépêche et arrive légèrement en retard. Face aux remarques acides de la vieille dame, elle explique, rétablit le dialogue tout en assurant le travail, essentiellement du ménage, plutôt lourd et pointilleux

(retourner le matelas, déplacer la cuisinière... sans oublier la litière du chat). Elle part faire les courses, sans perdre de temps et fait bien attention à l'argent confié. Au retour, elle doit tout justifier et récupérer les minutes de retard de l'arrivée. Elle retourne chez Mme X., en retard.

11 h 30 – 12 H 30 : Intervention chez Mme X.

Mme X. est un peu perdue, Mme Dubois prépare le repas et la fait manger tout en la rassurant. Il faut ranger et repartir sans se laisser trop attendrir par cette dame qui essaie de la retenir.

12 h 30 – 13 H 30 : Pause déjeuner

Aujourd'hui, Mme Dubois peut rentrer chez elle mais, bien souvent, c'est le grignotage dans la rue entre deux trajets en bus.

13 h 30 – 15 h 30 : Intervention chez Mme Z. (88 ans)

C'est une dame charmante qui demande sur-

tout de la compagnie. Après le ménage courant suit une discussion et/ou des jeux autour d'une tasse de café avec petits gâteaux. Une petite promenade par beau temps peut aussi s'envisager. Mme Z. habite une petite maison d'accès facile.

15 h 45 – 17 h 30 : Intervention chez Mr A. (77ans)

Mr A., veuf, n'est pas très soigneux et a un problème d'alcoolisme. Mme Dubois appréhende toujours cette mission ; Mr A. est gentil mais il est difficile d'intervenir efficacement chez lui deux fois par semaine, d'autant que l'appartement est ancien et encombré.

18 h 00 – 19 h 00 : Retour chez Mme X.

Mme Dubois doit préparer et donner le repas du soir puis aider cette dame à se coucher, tout en calmant les appréhensions de la nuit. C'est elle qui fermera les volets et l'appartement à clés.

REMARQUES

La journée peut comporter des tranches horaires non occupées, contre la volonté de l'aide. La journée peut être complétée par des gardes de nuit. Dans ce cas, il n'y a pas de travail effectif permanent mais il faut s'occuper de la personne (l'emmener aux toilettes, la changer...). La nuit dure 12 heures (19 h – 7 h) mais toutes ne sont pas rémunérées ; une partie d'entre elles sont comptabilisées en heures de « présence responsable » selon des définitions qui varient selon les associations. La personne aidée est tenue de fournir un lit cor-

rect pour l'aide mais pas forcément dans une pièce séparée. Certaines aides alternent jour et nuit et peuvent aboutir à une charge de travail horaire considérable (parfois plus de 300 heures mensuelles). Compte tenu de la législation sur le temps de travail, ces cas deviennent rares dans le cadre d'une seule association employeur mais certaines aides cumulent plusieurs employeurs. La faiblesse des rémunérations, la peur de perdre des heures du jour au lendemain (hospitalisation, décès de la personne aidée...) sont pour beaucoup responsables de ces situations.

est proposée (cf. encadré 2). Ces exemples sont des exemples fictifs, issus de l'expérience des auteurs. Ils sont volontairement très courts, ce qui ne permet pas de bien percevoir toute la diversité des tâches effectuées.

Notamment, il est important de bien percevoir que la partie ménagère du travail des aides à domicile n'est pas le centre de leur métier mais n'en est au contraire qu'une activité annexe comme le montre le référentiel d'activité (cf. encadré 3).

Référentiel d'activité (annexe 1 de l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) [5].

ENCADRÉ 3

Fonctions clés d'aide aux personnes	Activités
Accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ● Stimule les facultés intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne ● Aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne ● Aide à l'habillage et au déshabillage ● Aide seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale ● Aide une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou dans un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée ● Aide, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soins : <ul style="list-style-type: none"> - à l'alimentation - à la prise de médicaments lorsque cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage - aux fonctions d'élimination
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ● Aide à la réalisation ou réalise des achats alimentaires ● Participe à l'élaboration des menus, aide à la réalisation ou réalise des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits ● Aide à la réalisation ou réalise l'entretien courant du linge et des vêtements, du logement ● Aide à la réalisation ou réalise le nettoyage des surfaces et matériels ● Aide ou effectue l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelles	<ul style="list-style-type: none"> ● Participe au développement et/ou au rétablissement et/ou au maintien de l'équilibre psychologique ● Stimule les relations sociales ● Accompagne dans les activités de loisirs et de la vie sociale ● Aide à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives
Fonctions transversales	Activités
Diagnostic de la situation et adaptation de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ● Observe et participe à l'analyse de la situation sur le terrain ● Fait preuve en permanence de vigilance et signale à l'encadrant et aux personnels soignants tout état inhabituel de la personne aidée ● Organise et ajuste son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrant, en fonction du plan d'aide initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien
Communication et liaison	<ul style="list-style-type: none"> ● Ecoute, dialogue, négocie avec la personne en situation de besoin d'aide et les aidants naturels ● Sécurise la personne en situation de besoin d'aide ● Travaille en équipe ● Rend compte de son intervention auprès des responsables du service, fait part de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée ● Repère ses limites de compétences et identifie les autres partenaires intervenants à domicile à solliciter ● Intervient en coordination avec les autres intervenants au domicile

Les risques, modes d'exposition et dommages possibles

Les aides à domicile sont soumises à un certain nombre de risques dont certains peuvent entraîner des maladies professionnelles indemnisables (cf. encadré 4).

RISQUES ORGANISATIONNELS ET DE SURCHARGE MENTALE

Les éléments organisationnels au niveau de l'association et la surcharge mentale peuvent être à l'origine de divers risques pour les aides à domicile. Sont distinguées :

Les contraintes organisationnelles :

- déplacements chez plusieurs personnes dans la journée ;
- contraintes horaires (amplitude, rythme), travail parfois la nuit, le week-end ou les jours fériés, impossibilité de prendre les jours de congés ;
- variabilité de l'activité en fonction des besoins de la personne assistée (diminution en cas d'hospitalisa-

tion, augmentation en cas d'aggravation de la dépendance...) ;

- difficulté pour prendre les repas pouvant conduire à un déséquilibre nutritionnel.

Les contraintes augmentant la charge mentale :

- consignes imprécises ou différentes selon l'interlocuteur, injonctions paradoxales (hiérarchie, personne aidée, famille de la personne aidée...) ;
- nécessité de s'adapter aux demandes de la famille, de la personne aidée ;
- manque de reconnaissance professionnelle (y compris par les soignants), de considération ;
- difficultés de communication ;
- stress lié à la gestion de situations d'urgence ;
- stress dû à la gestion du temps ;
- isolement professionnel, travail d'équipe insuffisant, absence d'échanges entre pairs ;
- confrontation à la souffrance et à la mort ;
- liens affectifs tissés avec les personnes aidées ;
- incompatibilité de caractère ou de profil psychosocial : l'adaptation à la personne aidée est souvent fonction des caractères, des profils sociaux. Une mauvaise adéquation sera source de conflits et de tension (gestes déplacés, suspicion de vols...) ;
- encadrement inadéquat, limité à la gestion du temps, voire absent ;
- forte personnalisation de la relation profession-

ENCADRÉ 4

Liste non exhaustive des tableaux de maladies professionnelles (régime général) pouvant concerner les aides à domicile.

Type de risque	N° de Tableau	Intitulé
Risques physiques	57	Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.
	98	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes. <i>Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux lors de la manutention de personnes.</i>
Risques chimiques	65	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique.
	66	Rhinite et asthmes professionnels.
	84	Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel.
	95	Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex.
Risques biologiques infectieux	40	Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques. <i>Travaux effectués par le personnel de soins et assimilés [...]</i>
	45	Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E. <i>Travaux comportant des actes de soins et d'hygiène [...]</i>
	76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile. <i>Tous travaux accomplis par le personnel de soins [...] ou de services sociaux mettant au contact de ces agents infectieux ou parasitaires.</i>
	80	Kéraconjonctivites virales. <i>Tous travaux accomplis par le personnel de soins et assimilé [...] ou de services sociaux mettant au contact direct ou indirect de malades porteurs de ces affections.</i>

nelle (toujours la même aide à domicile avec la même personne âgée) ;

- sollicitations en dehors des heures de travail (appel téléphonique au domicile personnel).

Ces facteurs peuvent être notamment générateurs d'inconfort psychologique voire de stress qui peut, à long terme, laisser place à des phénomènes de fatigue, d'épuisement professionnel (*burn-out*), de maladies psychosomatiques ou de syndromes anxio-dépressifs. Ils peuvent également entraîner des situations de maltraitance à l'égard de la personne aidée, voire de l'aide à domicile.

Les aides à domicile « tiennent » parce qu'elles ont le sentiment que leur travail est utile et qu'elles trouvent un intérêt aux relations qu'elles construisent au jour le jour avec les personnes aidées.

RISQUES PHYSIQUES

Lors de l'interrogation de la base EPICEA, qui recense tous les accidents de travail mortels survenus dans des entreprises du régime général de Sécurité sociale ainsi qu'un certain nombre d'accidents graves jugés significatifs par les CRAM, 20 accidents survenus chez des aides à domicile ont été retrouvés (cf. encadré 5).

Risques dus aux déplacements

Les trajets peuvent être effectués au moyen du véhicule personnel (automobile, deux roues). Ce risque ne doit pas être négligé par les associations car le risque routier reste la première cause d'accident mortel au travail. Il ne faut pas oublier également le risque lors du déplacement à pieds.

L'exposition au risque routier est quotidienne. Le nombre de kilomètres parcourus reste modéré mais les déplacements sont fréquents, souvent sur de petits trajets.

Les facteurs constituant une aggravation potentielle du danger sont :

- un défaut d'entretien du véhicule ;
- l'état des routes ;
- des contraintes de temps (planification...) ;
- une mauvaise organisation des déplacements (connaissance de l'itinéraire...) ;
- les conditions climatiques (brouillard, pluie, chaleur, neige, verglas...) ;
- la fatigue et le stress.

A noter qu'un défaut d'assurance pour l'utilisation du véhicule personnel à titre professionnel peut conduire à un mauvais remboursement en cas d'acci-

LES ACCIDENTS DE TRAVAIL RECENSÉS DANS LA BASE EPICEA

Vingt accidents survenus chez des aides à domicile sont recensés :

- 12 décès sont dus à des accidents de la voie publique. Parmi eux, 8 sont des accidents de voiture généralement lors de missions (entre deux prestataires, lors de courses pour l'employeur). A signaler également un accident de moto et un accident de la voie publique en tant que piéton. Deux accidents moins caractéristiques : l'un de tracteur qui s'est renversé lors du défrichage d'un jardin, l'autre engendré par une fausse manœuvre de son employeur alors que l'aide le guidait pour rentrer une camionnette dans son garage ;
- 6 concernent des aides à domicile victimes de malaises durant leur travail et ayant entraîné le décès. Il s'agissait généralement d'infarctus ou d'accidents vasculaires cérébraux ;
- les 2 autres accidents, exceptionnels, sont :
 - un décès lors d'un incendie provoqué par un poêle à pétrole,
 - un décès par arme à feu (le fils d'une personne aidée tira sur l'aide à domicile la tuant sur le coup).

dent ce qui peut laisser l'aide dans une situation financière délicate pour la réparation ou le remplacement de son véhicule.

Risques liés aux manutentions manuelles, postures, gestes répétitifs

Les manutentions manuelles sont de plusieurs types :

- déplacement de mobilier, d'appareils électroménagers ;
- transport de bois, de bouteilles de gaz ;
- soulèvement, déplacement, maintien, transport des personnes aidées, aide à la toilette, mobilisation des soignés au lit ;
- retournement des matelas...

Les activités de ménage courant peuvent conduire à l'adoption de postures contraignantes (à genoux, accroupie, penchée en avant, bras en élévation...). Les activités de lavage, repassage, nettoyage des vitres... sont à l'origine de gestes répétitifs des membres supérieurs.

Différents facteurs sont susceptibles d'influencer l'exposition aux risques liés aux manutentions manuelles :

- le poids (des meubles, des courses, des appareils, mais aussi celui de la personne) ;
- l'état de santé de la personne assistée, plus ou moins autonome ;
- la configuration des locaux privés : passages étroits, présence de dénivelés voire d'escaliers plus ou moins raides, sols glissants ou en mauvais état, présence de tapis... ;
- l'existence de matériel d'aide à la manutention sur place : lit médicalisé, lève malade, ou encore diable pour les objets lourds ;

- la formation (prévention des risques liés à l'activité physique et ergonomie notamment en milieu hospitalier) ;

- la présence d'animaux qui peuvent s'opposer à la mobilisation des meubles ou des malades.

Les conséquences possibles sont des douleurs dorsales, lumbagos, sciatiques et des traumatismes suite, par exemple, à l'écrasement ou au coincement d'un pied, d'une main, ou suite à une chute (dénivelés, escalier, sol en mauvais état) pendant la manutention.

Le matériel mis à disposition par la personne aidée et la formation de l'aide à domicile peuvent avoir une influence sur le risque lié aux postures adoptées lors de l'exécution des différentes tâches. Généralement, les tâches sont assez variées lors de chaque intervention. La durée d'exposition journalière totale, dans le cas des postures comme des gestes répétitifs, est importante même si chaque tâche peut sembler être rapide. Ces dernières sont en effet nombreuses.

Les conséquences sur la santé sont les affections péri-articulaires provoquées par certains gestes ou postures de travail ainsi que les douleurs dorsales.

Risque de chutes

Il peut provenir de la présence de dénivelés, d'escaliers, de tapis, de sols en mauvais état, glissants, encombrés, d'utilisation de moyens de fortune pour des travaux « en hauteur », de la présence d'animaux, d'un mauvais éclairage...

Circulation

Les logements des personnes assistées, parfois vétustes, peuvent présenter des risques de chutes lors de simples déplacements et donc a fortiori pendant les phases d'aide au déplacement de la personne.

Chute de hauteur

Certaines interventions peuvent nécessiter l'utilisation d'un escabeau (nettoyage des vitres, remplacement d'une ampoule, nécessité d'accéder à un rangement en hauteur, etc.). L'aide à domicile ne dispose pas toujours d'un escabeau en bon état et se contente parfois d'un moyen de fortune tel qu'une chaise.

Les conséquences, notamment en cas de chute de hauteur, peuvent être graves (fracture, traumatisme crânien, etc.).

Risque électrique

Il peut se manifester soit lors de l'utilisation d'appareils ou de simples interrupteurs, soit lors de petites

interventions, comme le remplacement d'une ampoule par exemple.

L'état de l'installation électrique et des appareils mis à disposition au domicile de la personne assistée est un facteur essentiel.

Les aides à domicile sont parfois confrontées à du matériel défectueux : défaut d'isolation de câbles, installations vétustes, prises détériorées...

Les conséquences peuvent être l'électrisation ou l'électrocution.

Risques liés à l'utilisation de matériel, d'outils

L'exécution des tâches ménagères implique l'utilisation d'un certain nombre d'appareils et d'outils :

- lors de la préparation des repas : outils tranchants, four, friteuse, gazinière, plaques électriques, manipulation de liquides brûlants...

- lors du repassage : fer à repasser,

- lors de la mise en route et de l'entretien du chauffage : poêle à bois, à charbon...

Des brûlures ou des plaies plus ou moins graves peuvent en résulter.

Risque incendie/explosion

L'aide à domicile peut être confrontée à un départ de feu pendant son intervention chez la personne assistée (incendie d'origine électrique, cuisinière à bois, poêle à charbon, cheminée mal entretenue, fuite de gaz...). Ce risque peut être aggravé en fonction de l'état d'autonomie de la personne.

Outre le risque de brûlures, il ne faut pas oublier les risques d'intoxication à l'oxyde de carbone par des appareils défectueux.

Risques chimiques

Les risques chimiques sont liés à l'exposition à divers produits :

Produits irritants et/ou sensibilisants :

- désinfectants (glutaraldéhyde, ammoniums quaternaires, crézol...),

- produits de nettoyage (anioniques, cationiques...),

- dégraissants (solvants).

Produits corrosifs :

- détartrants acides (acide chlorhydrique, acide phosphorique, acide acétique...),

- désinfectants alcalins (eau de Javel...).

Produits inflammables :

- acétone, alcool,
- butane, propane.

Produits de combustion :

- risque de dégagement d'oxyde de carbone par des appareils de chauffage mal réglés.

L'exposition a lieu pendant l'exécution des tâches ménagères, principalement lors de l'utilisation des produits de nettoyage.

Il s'agit essentiellement d'une exposition répétée par voie cutanée, du fait de l'absence de protections individuelles.

Les conséquences peuvent aller de l'irritation cutanée à la brûlure chimique ou thermique grave. Il peut également s'agir d'expositions accidentelles (projections, émission de gaz toxiques...) en cas de mauvaise manipulation ou de mélange intempestif de produits incompatibles (produits acides ou ammoniacaux et eau de Javel, par exemple).

L'utilisation éventuelle de produits inflammables, ainsi que d'aérosols comportant un gaz propulseur inflammable est également source d'accident. L'utilisation de produits sous forme de bombe aérosol entraîne une augmentation de l'exposition par inhalation et donc des risques d'allergie ou d'irritation respiratoire pour certains produits.

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, habitation ancienne) ; les agents infectieux sont des bactéries (staphylocoques, streptocoques, bacille tuberculeux...), des virus (grippe, zona, hépatite B et C, infection par le VIH...), des champignons (mycoses).

Les voies de contamination possibles sont la voie respiratoire (émission de gouttelettes lors de la parole, toux...), la voie cutanée (blessure par un objet souillé, aiguille « traînante », contact avec une plaie infectée, un ulcère de jambe... manipulation du linge, du bassin, des ordures ménagères...), la voie digestive (par l'intermédiaire des mains ou d'un objet souillés portés à la bouche), le contact avec les animaux éventuellement présents, soit par contact direct, soit par morsure.

L'information de l'aide à domicile par le médecin traitant ou l'équipe soignante sur les précautions à prendre devant un éventuel statut infectieux des personnes aidées devrait contribuer à la prévention de ce risque.

Conseils pour la réduction des risques

La réduction des risques repose sur quatre niveaux d'actions.

LES INSTITUTIONS ET LA RÉGLEMENTATION

Une bonne part des risques listés est d'ordre organisationnel et liée aux statuts des aides à domicile. Le premier niveau d'action possible ne dépend pas des prévenants de terrain, il s'agit de l'amélioration de ces statuts.

Les actions qui pourraient être proposées sont les suivantes :

- la modification du mode de rémunération à l'heure ;
- la rémunération du temps de trajet ;
- l'utilisation d'un système conventionnel ou mutualiste de garantie de ressources ou d'indemnisation en cas d'absence transitoire (hospitalisations, cures, voyages ou séjours hors département) ou définitive (placement, décès) de la personne aidée ;
- le développement de l'accès pour tous à un suivi médical en médecine du travail, en particulier pour les employés à temps partiel dans un cadre mandataire ou directement rémunérés par des particuliers...

LES ASSOCIATIONS ET LES CONSEILS GÉNÉRAUX

L'importance du plan d'aide

L'organisation de la prise en charge d'une personne s'effectue en deux étapes : le plan d'aide qui définit les prestations à fournir et la recherche de la professionnelle idoine (cf. p 164).

La bonne qualité du plan d'aide est indispensable pour assurer une adéquation optimale entre les besoins, la réalité du travail et les personnes aidées et aidantes.

Le plan d'aide ne peut être réalisé sérieusement que par un entretien avec la personne aidée, éventuellement avec son entourage et une visite approfondie de son logement. Il doit être validé par une nouvelle visite après la mise en route de la prestation et une discussion avec l'aide à domicile.

Le plan d'aide doit prendre en compte les facteurs suivants :

- concernant la personne âgée : personnalité,

demandes, attentes, état de santé physique et mental, relations avec la famille, degré d'acceptation de « l'intrus », moyens financiers et acceptation du coût ;

- concernant le logement : organisation spatiale, confort, sécurité du quartier, équipements ménagers, salubrité, accessibilité, environnement et présence d'animaux ;

- concernant l'entourage : degré de soutien familial, relations famille/personne âgée, attentes de la famille, degré d'acceptation de « l'intrus », moyens financiers et acceptation du coût.

Ce n'est qu'à partir d'un plan prenant en compte toutes ces données que pourront être définies les prestations, prescrites en terme de tâches ou finalités, temps et rythme. En fonction de ces données, l'aide à domicile pourra être choisie en tenant compte de ses compétences, de son caractère, de ses affinités, de ses restrictions d'aptitude médicale éventuelles, de ses disponibilités d'horaires et de transport, éventuellement de son profil socio-culturel.

Ce plan devra être élaboré par une personne connaissant bien les aides à domicile et avec la participation de ces dernières.

L'assistance pouvant durer des années, l'état de santé de la personne aura tendance à évoluer, il sera donc indispensable de revoir périodiquement le plan d'aide.

Outre ce plan d'aide, il est recommandé [14] de :

- valoriser l'expérience professionnelle ;
- alterner cas lourds et moins lourds dans l'emploi du temps de l'aide à domicile ;
- favoriser la communication au sein de l'association par :

- l'échange d'informations au sein d'un même niveau hiérarchique (entre les aides, entre les responsables) ; pour cela, il faut favoriser les contacts avec par exemple salle de pause permettant la rencontre des salariés, locaux de travail conçus pour favoriser les rencontres lorsque le personnel prend en charge les mêmes patients afin d'augmenter les échanges, cahier de liaison entre les différents intervenants pour les activités à domicile ;

- l'échange d'informations entre les différents niveaux hiérarchiques (salariées, responsables de secteur et direction) : par exemple, réunion organisée par le responsable de secteur pour faire le point des activités réalisées durant les dernières semaines : tâches effectuées, état des patients, contact relationnel, difficultés rencontrées, etc. ; mise à disposition de fiches ou d'un registre pour exprimer ses idées et en informer la direction ;

- le développement de groupes de parole ou d'analyse des pratiques, avec de préférence intervention d'un psychologue ou de spécialistes ; ceci est intéressant notamment dans les services où le pourcentage

de malades pour lesquels le pronostic n'est pas la guérison est élevé. Cela permet d'améliorer l'écoute et la qualité de l'accompagnement des malades graves et favorise, par l'échange et la clarification des affects, le soulagement de l'anxiété ressentie par le personnel ;

- mettre en place un soutien psychologique au profit des salariés et des responsables de secteur ;

- instaurer une « fiche de renseignements pratiques », en cas d'hospitalisation, entre l'hôpital, la famille, les assistantes sociales, les médecins et les aides à domicile afin de préparer la sortie et portant sur le jour et l'heure de sortie, les médicaments ou matériels à prévoir, les précautions à prendre.

L'INTERVENTION DE L'AIDE À DOMICILE

Risque routier

Il faut tenir compte dans l'organisation du fait que le temps de conduite fait partie de la charge de travail. La planification doit prendre en considération les temps de trajets afin d'éviter le « sentiment d'urgence ». Les salariées doivent être sensibilisées non seulement aux risques liés au comportement au volant, mais également à ceux liés à l'organisation des déplacements (connaissance de l'itinéraire, recherche d'information sur l'état des routes, vérification du véhicule...), à la nécessité d'assurer un entretien correct et régulier du véhicule et à celle de l'assurer correctement.

La mise à disposition de véhicules de service par les employeurs et la prise en compte dans le temps de travail et la rémunération du temps de transport entre les missions pourraient contribuer à la réduction de ce risque.

Une formation au risque routier pourrait être dispensée et des consignes strictes diffusées sur la non utilisation du téléphone portable au volant - y compris le dispositif main-libre -, ainsi que sur le respect du code de la route.

Manutentions manuelles, postures, gestes répétitifs

Les conditions dans lesquelles se déroulent les opérations de manutention manuelle dépendent étroitement de l'aménagement du domicile de la personne assistée et du matériel dont elle dispose. Certains aménagements peuvent bénéficier d'aides financières et peuvent donc être plus facilement proposés et mis en place. Dans tous les cas, il est nécessaire de respecter l'intimité et l'autonomie des personnes aidées.

Les aides à domicile varient généralement spontanément leurs activités. Cela permet de limiter la survenue de troubles liés aux postures contraignantes et aux gestes répétitifs.

Dans certains cas, des apprenties ont été soupçonnées de maltraitance. Les personnes âgées présentaient des hématomes. Il s'agissait en fait de mauvaises manœuvres effectuées pour déplacer ces personnes du fait d'un manque de formation à la manutention. Une formation est donc indispensable.

Risque électrique

Tout matériel endommagé ou ayant reçu un choc doit être remplacé. La direction de l'association doit demander aux salariées de faire remonter les informations en cas de risques liés à l'état des installations électriques chez les personnes aidées et intervenir auprès de ces dernières pour faire réaliser les travaux indispensables pour leur mise en sécurité.

Les aides à domicile devront par ailleurs disposer de consignes précises leur interdisant toute intervention personnelle sur un appareil électrique.

Risques liés à l'utilisation de matériel, d'outils

Les risques de coupures ou de brûlures, pendant l'utilisation de matériel ou d'outils, peuvent être prévenus en exigeant d'une part que ces équipements soient en bon état et conformes aux normes en vigueur, et d'autre part en fournissant des équipements de protection comme des gants isolants pour l'utilisation de poêle à bois ou à charbon, du four chaud ou lors de la manipulation de plats. Dans le cadre des tâches ménagères classiques (préparation du repas, avec découpe de viande, de légumes... ou travaux de repassage), il est recommandé une bonne organisation du travail et une attention particulière lors de la réalisation de ces opérations.

Risque incendie

Une formation de base sur la conduite à tenir face à un départ de feu est indispensable pour que les aides à domicile soient en mesure de réagir correctement si un tel accident se produisait. Il s'agit en particulier de la manière de donner l'alerte, d'intervenir correctement sans prendre de risques, et de procéder à l'évacuation du bâtiment. On insistera en particulier sur les gestes à ne pas faire afin d'éviter tout sur-accident (eau sur feu électrique ou de corps gras, utilisation d'un appareil électrique en présence d'une odeur de gaz, utilisation d'un ascenseur pour l'évacuation, etc.). On prendra

également en compte l'état mental de la personne aidée qui peut aggraver ce risque.

Risque de chutes

La sécurité de l'aide à domicile dépend étroitement du matériel et des conditions existant au domicile de la personne aidée. Les problèmes liés à l'état des sols (présence de tapis, sols et moquettes dégradés), la configuration et l'encombrement des locaux seront difficiles à résoudre. Ils pourront cependant être partiellement traités par la sensibilisation de la personne aidée aux risques, le rangement des locaux, et avec son accord, le déplacement ou l'élimination de mobiliers ou revêtements de sol. Il est également recommandé de porter des chaussures adaptées, à semelle anti-dérapante, fournies par l'association. Dans certains cas l'acquisition par la personne aidée d'un escabeau peut être nécessaire. Il conviendra alors de veiller par la suite à l'absence de dégradation de ce matériel, notamment des patins en caoutchouc pour les pieds de celui-ci.

Il faut souligner que c'est aussi le rôle de l'aide à domicile de faire de la prévention des chutes des personnes âgées.

Enfin, l'aide à domicile devra recevoir des consignes strictes en ce qui concerne les interventions en hauteur, la liste des tâches concernées devant être limitative, avec interdiction d'utiliser des moyens de fortune comme chaises, caisses, etc.

Risques chimiques

Une formation de base concernant les produits et leur utilisation est recommandée. Elle portera sur la lecture des étiquettes et le respect de règles simples lors de leur mise en œuvre, comme l'utilisation de protections (gants adaptés), l'interdiction de mélanger les produits entre eux, de les chauffer ou de les reconditionner dans des contenants de type alimentaire. La conduite à tenir en cas d'accident devra être connue (projections, inhalation, voire ingestion accidentelle).

L'association devra fournir des gants et une blouse (régulièrement renouvelés et entretenus) aux salariées.

Une sélection des produits chimiques utilisables pourra être réalisée avec l'aide du médecin du travail et intégrée dans le contrat initial. Il est rappelé que les produits grand public ne sont pas accompagnés de fiches de données de sécurité.

Risques biologiques

La nécessité d'une vaccination antitétanique maintenue à jour doit être rappelée. La vaccination contre

(5) Cf. : Prévention et prise en charge de la tuberculose en France - Doc Méd Tral. 2004, 97 : 21-49 et www.dmt-prevention.fr

(6) Pour tout renseignement complémentaire sur ces formations PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique), contacter l'INRS (poste 01 40 44 30 07) ou le service Prévention des CRAM ou CGSS.

ENCADRÉ 6

Besoins d'études ou d'actions complémentaires

Vis-à-vis des associations

- Amélioration du financement des associations qui remplissent une réelle mission de service public ;
- Prise en charge des transports (à la fois en tant que frais et en tant que temps de travail) ;
- Développement de la formation continue ;
- Développement de l'aide psychologique ;
- Développement de l'idée de plans de prévention inspirés de ceux qui sont applicables aux travaux effectués dans un établissement par une entreprise extérieure (décret n° 92-158) [15].

Vis-à-vis des personnes aidées

- Sensibilisation des personnes âgées et de leur entourage sur les risques pour leur salarié et sur leur responsabilité en tant qu'employeur ;
- Amélioration de l'habitat et de l'accessibilité des domiciles ;
- Augmentation des aides à l'amélioration du matériel.

Vis-à-vis des pouvoirs publics

- Amélioration du statut des salariés ;
- Modification de la rémunération à l'heure, diminution de la variabilité du salaire en fixant des garanties de ressource ;
- Extension du dispositif « santé au travail » aux salariés à temps partiel et à employeurs multiples ;
- Veille vis-à-vis de l'effectivité du droit chez les particuliers employeurs et dans les associations.
- Amélioration de la connaissance de l'état de santé des aides à domicile en France.

l'hépatite B est recommandée, dans certains cas, selon les résultats de l'évaluation des risques. Il est conseillé également de vacciner contre la grippe. La pratique d'une intradermo-réaction à la tuberculine initiale, de référence, est conseillée ; en fonction de l'évaluation des risques, la conduite à tenir sera adaptée conformément aux recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (5).

La prévention passe par le respect de règles d'hygiène strictes.

Dans tous les cas :

- lavage des mains fréquent, systématique après certains gestes ;
- port de vêtements dédiés (blouse) au travail, nettoyés régulièrement ;

En fonction de la personne aidée :

- utilisation de gants pour les soins, la manipulation d'objets éventuellement contaminés, la manipulation du linge sale, après une sensibilisation des aides aux risques et à leur prévention et une information sur les sources de contamination possible et sur les règles de « bon usage » des gants ;
- désinfection du matériel utilisé (bassin...) ;
- utilisation de pinces pour les pansements, le cas échéant, de sacs pour conditionner les déchets.

Il est également nécessaire d'assurer une coordination et des échanges entre l'aide à domicile, le médecin et l'infirmière.

Si une personne assistée contracte une maladie contagieuse (tuberculose, notamment, zona...), il est nécessaire d'en avertir immédiatement le médecin du travail qui prendra les mesures nécessaires, ou en l'absence de celui-ci le médecin traitant.

Dans le cas de soins à domicile comportant des injections, il faudra s'assurer que l'équipe soignante utilise des conteneurs adaptés pour matériels piquants/tranchants afin de prévenir le risque d'accident d'exposition au sang (AES) de l'aide à domicile par une aiguille traînante. L'aide à domicile devra être informée de la conduite à tenir en cas de survenue d'un tel accident (décontamination immédiate et consultation d'un médecin référent dans un service d'urgence, afin d'évaluer le risque et de déterminer la conduite à tenir et le suivi).

LES FORMATIONS

Les formations sont nécessaires au personnel en contact avec des personnes âgées ou des malades. Peuvent être abordées :

- la formation DEAVS en formation continue pour les salariées non titulaires de cette formation ;
- l'approche psychologique des personnes âgées et/ou du vieillissement (développer l'aide psychologique, le soutien face à la mort, la vieillesse, la maladie) ;
- la formation à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP), voire prévention des risques liés à l'activité physique en secteur santé ou option spécifique « personnes âgées »(6) ;
- la connaissance de certaines pathologies (maladie d'Alzheimer...) et du comportement à adopter ;
- la formation à l'hygiène ;
- la formation aux soins palliatifs et l'aide aux mourants ;
- la formation à la conduite à tenir en cas d'urgence (secourisme, incendie)...

Conclusion

Le métier d'auxiliaire de vie sociale, nouvelle dénomination depuis 2002, qui englobe la profession d'aide à domicile, est en plein développement, aussi bien d'un point de vue quantitatif que qualitatif, avec une meilleure définition de la profession, une amélioration de la formation, une revalorisation du travail.

L'augmentation du nombre de personnes âgées dans les années à venir ne fera qu'accroître les attentes dans ce secteur.

Cette nouvelle profession est née d'emblée sous le signe de la précarité : précarité des structures (simples associations, sans moyens financiers, disposant d'un encadrement réduit), précarité des personnes aidées (souvent en situation difficile que ce soit au plan financier, social ou de santé), précarité des aides à domicile elles-mêmes (sans formation, sans statut, sans garantie de salaires, sans protection).

L'évolution récente vers plus de professionnalisme est donc un grand progrès. De nombreuses améliorations sont cependant encore nécessaires, notamment

concernant le statut des employés et les conditions de travail.

L'évaluation des risques fait apparaître une charge de travail, mentale et physique, très importante du fait des difficultés de statut, des modes de rémunération, de l'environnement de travail, des conditions de travail difficiles chez certaines personnes aidées.

Enfin, les possibilités d'évolution de carrière sont rares et une réelle réflexion sur ce sujet devrait être menée.

Les besoins d'étude ou d'action complémentaires identifiés lors de ce travail sont résumés dans l'*encadré 6*.

Bibliographie

- [1] Décret n° 62-443 du 14 avril 1962 modifiant certaines dispositions du chapitre V du titre III du Code de la famille et de l'aide sociale. *J Off Répub Fr*. du 15 Avril 1962 : 3918.
- [2] Brochure n° 3217 - aide ou maintien à domicile (Organismes d'), convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile agréée par arrêté du 18 mai 1983. JONC du 10 juin 1983 (www.legifrance.gouv.fr).
- [3] Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. *J Off Répub Fr*. n° 167 du 21 juillet 2001 : 11737-11743.
- [4] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *J Off Répub Fr*. n° 2 du 3 janvier 2002 : 124-142.
- [5] Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale. *J Off Répub Fr*. n° 74 du 28 mars 2002 : 5476-5477.
- [6] Arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale. *J Off Répub Fr*. n° 74 du 28 mars 2002 : 5478-5479.
- [7] BRESSE S - L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées. *Retraite Soc*. 2003 ; 39 : 120-143
- [8] Services aux personnes à domicile. Norme française homologuée NF X 50-056. Septembre 2000. Saint-Denis La Plaine : AFNOR ; 2000, 30 p.
- [9] Brochure n° 3180 - Salariés du particulier employeur, convention collective nationale des salariés du particulier employeur étendue par arrêté du 2 mars 2000. *J Off Répub Fr*. du 11 mars 2000 (www.legifrance.gouv.fr).
- [10] Décret n° 75-882 portant règlement d'administration publique du 22 septembre 1975 pour l'application des articles L. 771-8, L. 771-9, L. 772-1 et L. 772-2 du code du Travail en ce qui concerne la surveillance médicale des gardiens d'immeubles à usage d'habitation et des employés de maison. *J Off Répub Fr*. du 26 septembre 1975 : 9949-9950.
- [11] Le travail d'aide aux personnes âgées. Conditions de travail et santé perçue chez les aides-soignants, agents de service, aides ménagères des maisons de retraite et des structures d'aide à domicile. Publications ASMT. Document 17/1999. Paris : CISME ; 1999, 95 p.
- [12] BERTUCAT I, COLOMB C - Approche de la profession de travailleuse familiale. *Arch Mal Prof*. 1998, 59 (2) : 84-90.
- [13] BUREL A, GONZALES F, BARON R, DEWITTE JD - Une profession méconnue : aide-ménagère. *Arch Mal Prof*. 2000 ; 61 (6) : 379-388.
- [14] YAHIAOUI F, NICOT AM - Freins à l'embauche et à l'amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile, 2002 (www.anact.fr/index.html).
- [15] Décret n° 92-158 du 20 février 1992 complétant le code du travail (deuxième partie : décrets en Conseil d'État) et fixant les prescriptions particulières d'hygiène et de sécurité applicables aux travaux effectués dans un établissement par une entreprise extérieure (et rectificatif). *J Off Répub Fr*. 22 février 1992 : 2779-82 ; 21 mars 1992 : 3986.

DOCUMENTATION COMPLÉMENTAIRE

- Les aides à domicile, Réseaux de veille et de prévention des risques professionnels en PACA, prevention.pharmacie.univ-mrs.fr/publication/preventeur/dossiers/guide_aides_dom.pdf.
- ROCHER M - Quand l'aide est un métier. *Trav Séc*. 1989 (juin) : 401-21
- ROCHER M - Les conditions de travail des infirmières et des aides à domicile. *Trav Séc*. 1990 (déc.) : 679-92.
- SCWHARTZ A (ED) - Les aides à domicile écrivent leur métier. Témoignage des aides à domicile de SENAD d'Annonay-St-Julien Molin Molette : JP Huguet éd. ; 2002, 170 p.
- L'auxiliaire de vie sociale. Vidéo réalisée par le comité régional de pilotage de l'aide à domicile. CRAM Bourgogne Franche-Comté et URASSAD (Union régionale des associations de soins et services à domicile) de Bourgogne. Durée 20 minutes.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC L'ORGANISME ET GUIDE DE REPÉRAGE DES RISQUES

L'évaluation des risques nécessite une étude des conditions de travail réelles qui passe obligatoirement par un entretien avec les salariés et une étude des postes et fonctions de travail sur le terrain.

Dans le cadre des aides à domicile, il peut être difficile de pouvoir observer les conditions réelles de travail, du fait du caractère dispersé des postes et surtout du caractère privé des habitations qui rend juridiquement plus difficiles ces visites.

Pour faire face à cette difficulté, deux guides ont été rédigés.

Le premier – 1. Guide d'entretien avec l'organisme – doit servir au préventeur pour son premier contact avec les responsables de l'organisme afin d'évaluer ses modes de fonctionnement, ses contraintes, sa méthode de gestion des risques professionnels et les améliorations possibles.

Le deuxième – 2. Guide de repérage des risques – pourra être utilisé soit lors d'un entretien avec l'aide à domicile (par exemple lors de l'examen périodique de médecine du travail), soit lors de visites au domicile des personnes aidées.

1. Guide d'entretien avec l'organisme

Statut de l'organisme

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
L'organisme est-il une association ? Quel sont les statuts existants au sein de l'association ?	Il peut s'agir d'un organisme privé ou public. Convention collective à appliquer et statut du personnel différents.		
Le service est-il agréé par le préfet (articles L. 129-1 et D. 129-7 du Code du travail) ?	Le DDTEFP octroie un agrément à l'association : cela peut-être un relatif garant du respect de la réglementation en matière de rémunération, durée du travail, convention collective.		
Le service a-t-il signé un contrat pluriannuel avec le Conseil général et/ou l'État ? (article 33 de la Loi du 2 janvier 2002).	En cas de signature d'une convention avec l'État et/ou le Conseil général, possibilité de disposer de prestations supplémentaires pour : <ul style="list-style-type: none"> • l'encadrement, • la formation du personnel. 		En l'absence de cette signature, informer sur la possibilité d'obtenir des financements supplémentaires par ce biais.
Y-a-t-il un règlement intérieur pour les salariés ?	Il peut y avoir des chapitres sur la médecine du travail, les EPI, la prévention des risques, les conduites addictives...		Demander le règlement intérieur
Quelle est le nombre de personnes aidées en <ul style="list-style-type: none"> • mandataire • prestataire • les deux 			

Statut de l'organisme (suite)

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
L'organisme gère-t-il également des maisons de retraite ou des établissements d'hébergement ?	Possibilité de reclassement de personnes en cas d'inaptitudes ou de restrictions médicales ?		

Documents hygiène - sécurité - santé au travail

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
Y-a-t-il un CHSCT, des délégués du personnel ?	Source d'information		Consulter les comptes rendus de CHSCT
Le « document unique » a-t-il été rédigé ?	L'évaluation des risques professionnels encourus par les salariés est une obligation réglementaire incombant à l'employeur. Elle doit être systématiquement effectuée lors de la prise en charge d'une nouvelle personne aidée.		Consulter le document
La fiche d'entreprise a-t-elle été établie par le médecin du travail ?	Source d'information.		Consulter le document

Les salariés

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
Nombre de salariés assurant l'aide à domicile ?	Permet d'apprécier la dimension de l'association et donc ses moyens.		
Comment sont recrutées les aides à domicile ?	Permet de connaître les critères d'embauche et donc la professionnalisation de l'association et des personnels.		Conseiller d'embaucher des salariés diplômés (DEAVS - Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale ; CAFAD - Certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile)
Les salariés sont-ils mensualisés ?	Permet de savoir si un salaire minimal mensuel est assuré.		
Quelle est la moyenne d'âge des salariés ?			
Quel est leur niveau de qualification ?			
Quelle est en moyenne leur ancienneté dans la fonction ?			
Quelle est en moyenne leur ancienneté dans l'association ?	Permet d'évaluer le turnover.		

Les salariés (suite)

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
Certains salariés cumulent-ils service mandataire et service prestataire ? Combien ?	Dans le cas de prestataire, la responsabilité de la prévention des risques incombe à l'employeur. Dans le cas de service mandataire l'association peut sensibiliser salariés et employeurs sur les risques et les moyens de les prévenir, même si elle n'en a pas l'obligation (information par réunions ou livret d'accueil...).		Sensibiliser l'entreprise à l'importance d'évaluer les risques et les réduire, même pour les mandataires
Quel est le temps de travail des aides à domicile ?	Permet d'évaluer la charge de travail et ses conditions.		Recommander de se conformer à la convention collective, différente entre service mandataire et prestataire.
Certains salariés travaillent-ils les week-ends et jours fériés ? Combien ? Certains salariés assurent-ils des gardes de nuit ? Combien ?	Risque de charges horaires importantes.		Privilégier les volontaires, respecter les contre-indications médicales, respecter un temps de repos suffisant pour assurer une récupération correcte.
Combien de personnes aidées sont-elles prises en charge par un temps plein ?	La multiplication du nombre de personnes aidées prises en charge entraîne une augmentation des temps de trajet parfois au dépend de la prise en charge des personnes aidées. D'où augmentation du stress, de la fatigue.		Conseiller de prendre en compte les zones géographiques
Comment sont attribuées les personnes aux aides ?	Une bonne adéquation entre la personne aidée et l'aide permet d'éviter les conflits, de diminuer le stress et diverses contraintes.		Recommander de choisir les aides en fonction des personnes aidées.
Y-a-t-il prise en compte des restrictions d'aptitude, du niveau de difficulté des cas, de l'adéquation des caractères, de la fréquence des déplacements...			Demander de prendre en compte les restrictions médicales.
Quelle est la durée moyenne de prise en charge d'une personne aidée ?	Permet d'évaluer le type de travail, ses contraintes, fatigue, stress, risque routier.		

Les salariés (suite)

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
Les salariés doivent-ils effectuer beaucoup de déplacements ? Moyens de transport ? Distances ?	Fatigue, stress, risque routier.		Recommander de <ul style="list-style-type: none"> • limiter les déplacements, • prévoir les temps de trajet dans la planification et les inclure dans le temps de travail, • privilégier les transports en commun, préciser dans le règlement intérieur les conditions d'utilisation des véhicules personnels.
Les temps de trajets sont-ils rémunérés ? Les aides perçoivent-elles des indemnités kilométriques ?	L'absence de rémunération entraîne des difficultés financières, une obligation d'aller vite et donc de prendre des risques.		Conseiller de rémunérer les temps de déplacement et d'attribuer des indemnités kilométriques
Les personnes aidées sont-elles transportées par les aides ?	Risque de ne pas être assuré.		Conseiller d'envisager l'interdiction de cette pratique ou de s'assurer que l'assurance couvre ce risque.
Comment sont gérées les restrictions d'aptitude ?	En cas d'inaptitude entraînant une impossibilité de prendre en charge des cas lourds, cela peut entraîner des pertes de revenus.		Conseiller de remplacer les cas d'aide lourds par des cas plus simples permettant d'assurer un revenu complet.
Y-a-t-il des personnels reconnus handicapés ?	Permet d'apprécier leur insertion, les possibilités d'aide.		

Les personnes aidées

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
Quels sont les lieux d'intervention (types de domicile, logement-foyer, unité de vie...) ?	Possibilités d'affecter des aides avec restrictions médicales à des logements-foyers.		
Critères de prise en charge des personnes aidées ?	Risque de prendre des personnes aidées trop difficiles pour les aidants.		Évoquer la possibilité de refus et d'orientation vers d'autres services des personnes dont la prise en charge ne correspond pas au référentiel de l'aide à domicile (habitat et environnement social trop dégradé, prise en charge médicale relevant de l'hospitalisation...). Recommander la formation du personnel et de l'encadrement.
Existe-t-il un plan d'aide pour chaque personne aidée ?	Permet une adéquation entre la personne aidée et l'aide.		Recommander d'établir un plan d'aide individualisé pour chaque personne aidée, prenant en compte le travail réel, les risques pour le salarié, et les moyens mis à sa disposition.
Le contenu du travail est-il bien défini ? Comment ? Y-a-t-il un règlement intérieur, un livret d'accueil, des consignes ?	L'absence de définition claire des objectifs et des moyens peut être source d'inadéquation entre le travail demandé et le travail effectué, et de conflits entre les salariés, les personnes aidées et l'association.		Recommander : <ul style="list-style-type: none"> • d'établir un règlement intérieur ou livret d'accueil présentant les objectifs de l'association et énumérant les prestations dues à la personne aidée, en se fondant sur le référentiel de l'assistante de vie, et les prestations non dues ; • de lister les prestations dues et non dues et le matériel minimal à mettre à disposition des salariés. • d'établir une convention d'intervention (comportant la liste des prestations et le matériel nécessaire) signée par les trois parties (association, aide à domicile, personne aidée).
Existe-t-il un cahier de liaison ?	Permet de maintenir la liaison entre les différents intervenants		Conseiller la mise en place d'un cahier de liaison.

Les personnes aidées (suite)

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
L'association procède-t-elle à une évaluation des risques au domicile de chaque personne aidée ? Qui se charge de cette évaluation, à quel moment et comment ?			Demander de veiller à ce que le matériel fourni corresponde au matériel requis et soit en bon état Conseiller de proposer des listes de produits de nettoyage ou de les fournir. Recommander de mettre en place un dispositif pour faire remonter le signalement des situations à risques par les salariés et traiter les problèmes signalés. Recommander de former les salariés à la prévention des risques.

Le soutien des salariés

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
Comment se déroule l'accueil d'un nouvel embauché ?			Conseiller : accueil / formation (contenu et temps)/ parrainage pour faciliter l'intégration des nouveaux embauchés / documents écrits
Nombre de salariés assurant l'encadrement ?	Permet d'apprécier les capacités de la structure à prendre en charge les risques professionnels.		
Qui assure l'encadrement des salariés ? Quelle est la formation du personnel d'encadrement ?	Permet d'apprécier les capacités de la structure à prendre en charge les risques professionnels.		Conseiller l'embauche de personnel qualifié pour assurer l'encadrement des salariés (interface entre salariés, association et autres services).

Le soutien des salariés (suite)

Question	Pourquoi ?	Réponse	Recommandations
<p>Quel est le matériel de protection et les consignes de protection fournis aux salariés ?</p> <p>Qui les achète ?</p> <p>Comment sont-ils remplacés ?</p>			<p>Recommander de fournir les équipements de protection individuelle suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● gants de ménage, gants pour la toilette, ● produits de nettoyage et de désinfection des mains, ● blouses, ● trousse de secours, ● caddy pour le transport des courses, ● mallette de transport du matériel fourni, ... <p>Recommander de fournir les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● consignes sur la conduite à tenir en cas d'accident, ● numéros d'appel d'urgence.
<p>Comment s'organise la formation continue ? Sur quels thèmes ?</p>			<p>Suggérer les possibilités de formation continue : formation des salariés non diplômés, formation à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP), secourisme, contact avec la mort, la maladie...</p>
<p>Assurances (AT, responsabilité civile...) ?</p> <p>L'association prend elle en charge l'assurance des déplacements professionnels des salariés ?</p>	<p>Assurances permettant un maintien des salaires en cas de vacance de la personne aidée.</p> <p>Assurance responsabilité civile de la personne aidée.</p> <p>Assurance responsabilité civile de l'aide si elle casse quelque chose au domicile.</p> <p>Assurance du véhicule.</p>		<p>Conseiller de prendre en charge l'assurance des véhicules pour les déplacements professionnels, de fournir un véhicule de service, de prendre en charge la responsabilité civile.</p>
<p>L'association propose-t-elle un soutien psychologique au profit des salariés ?</p>			<p>Conseiller réunions périodiques, groupe de parole, intervention d'un psychologue (régulièrement et sur demande).</p>
<p>Y a-t-il un lien constant entre l'association et les salariés ?</p>			<p>Recommander : cahier de liaison, permanence au niveau de l'association, téléphone portable...</p>

2. Guide de repérage des risques

NOM ET COORDONNÉES DE L'ASSOCIATION :

RENSEIGNEMENT DIVERS :

DATE DE LA VISITE :

CONTENU ET NATURE DU TRAVAIL :

<input type="checkbox"/> Ménage courant	<input type="checkbox"/> Accompagnement social (sorties, loisirs...)
<input type="checkbox"/> Préparation des repas	<input type="checkbox"/> Soins de confort et d'entretien de la vie (toilette, habillage...)
<input type="checkbox"/> Aide à la prise des repas	<input type="checkbox"/> Aide au déplacement, au lever, au coucher
<input type="checkbox"/> Entretien du linge	<input type="checkbox"/> Aide aux démarches administratives
<input type="checkbox"/> Courses et achats courants	<input type="checkbox"/> Soutien moral et psychologique

Contraintes organisationnelles / statut / charge mentale

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Domages possibles	Axes de prévention
Type d'horaire	Amplitude, travail de nuit, de week-end...	Fatigue, stress, augmentation du risque accidentel	Conseil d'amélioration et de modération
Type de personne à visiter (degré de dépendance, personnalité...)	Contraintes différentes de travail selon l'état de dépendance et l'état psychique.		
Statut, mode de rémunération, nombre d'employeurs...	Salaire qui peut être variable, fonction du nombre d'heures effectuées, avec une absence de revenus en cas de vacance de la personne aidée...	Fatigue, stress, augmentation du risque accidentel	Conseils

Contraintes organisationnelles / statut / charge mentale (suite)

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommmages possibles	Axes de prévention
Charge mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de définition claire des tâches • Mauvaise organisation du travail (urgence, horaires contraignants, temps prévu insuffisant pour exécuter la tâche) • Difficultés de communication (avec les collègues, la hiérarchie, les personnes aidées, les familles...) ou manque de réunions de travail • Formation insuffisante • Confrontation à la souffrance (physique et psychologique), à la mort • Manque de reconnaissance • Revenus instables • Excès de sollicitations (appel des personnes aidées au domicile de l'aide) • Agressions (verbale, physique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress • Fatigue • Epuisement professionnel (burn out) • Maladies psychosomatiques • Syndromes anxio-dépressifs • Risques de maltraitance 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien psychologique • Formations spécifiques pour les personnes travaillant au contact de personnes âgées et de malades (formation CAFAD-DEAVS) • Communication : avec la hiérarchie, avec les collègues, avec un psychologue • Cahiers de liaison • Réunions périodiques rémunérées • Définition claire des tâches • Alternance des cas lourds et légers • Emploi du temps cohérent (distance...) • Orientation vers l'aide fournie par l'association • Accompagnement par l'encadrement

Contraintes dues aux transports

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommmages possibles	Axes de prévention
Déplacement professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Déplacement sous contraintes de temps • Comportement au volant • Type de transport : VL, 2 roues, transport en commun • Défaillance du véhicule • Conditions climatiques (pluie, neige, verglas, brouillard) • Etat des routes • Encombres, travaux • Route dangereuse 	De la blessure bénigne à l'accident mortel	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de déplacement sûr • Intégration du temps de trajet dans la planification • Organisation des déplacements (connaissance de l'itinéraire, de l'état des routes, sécurité des quartiers...) • Entretien du véhicule • Prise en charge financière de l'assurance automobile • Disponibilité des équipements de secours (roue de secours, triangle de signalisation...) • Sensibilisation des aides à domicile au risque routier • Respect du code de la Route

Risques particuliers chez les personnes

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommmages possibles	Axes de prévention
Manutention manuelle, postures, gestes répétitifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Manipulation de matériel volumineux (lit, lève-malade, fauteuil roulant, chariot, meubles, appareil électroménager...) ● Assistance physique au déplacement des personnes aidées ● Transport de bois, charbon, pour le chauffage ● Position accroupie, à genoux, courbée, bras levés, torsion du buste ● Gestes répétitifs (repasage, lavage...) ● Aide à la toilette, aide aux déplacements,... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Douleurs dorsales, lumbagos, sciatiques ● Troubles musculo-squelettiques des membres ● Traumatismes suite à l'écrasement ou au coincement d'un pied, d'une main, ou suite à une chute (dénivelés, escalier, sol en mauvais état) pendant la manutention. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aménagement du domicile de la personne aidée dans la mesure du possible ● Acquisition de matériel adapté (lit médicalisé, lève-malade) en accord avec la personne ● Formation à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP), voire prévention des risques liés à l'activité physique en secteur de santé, option « personnes âgées » ou autres formations spécifiques ● Intervention à deux personnes si nécessaire

NOTES

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommmages possibles	Axes de prévention
Utilisation d'outils ou d'appareils	<ul style="list-style-type: none"> ● Instruments de cuisine (couteaux...) ● Contact accidentel avec des parties chaudes (plaques de cuisson, four, poêle...) ou des aliments brûlants (liquides par exemple) ● Matériaux en verre ébréché 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coupures ● Brûlures thermiques 	<ul style="list-style-type: none"> ● Organisation du travail ● Utilisation de matériel en bon état ● Prévoir une trousse de secours

NOTES

Risques particuliers chez les personnes (suite)

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Domages possibles	Axes de prévention
Circulation interne et travaux divers	<ul style="list-style-type: none"> • Sol glissant, en mauvais état • Passages étroits, encombrés • Dénivelés • Escalier • Utilisation d'échelles, d'escabeaux • Utilisation de « moyens de fortunes » (chaise, caisse...) • Présence de tapis • Fils traînants (fil électrique, téléphone...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures • Lésions ostéoarticulaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander du matériel adapté pour les travaux en hauteur (nettoyage des vitres, par exemple) du type escabeau • S'assurer du bon état du matériel utilisé (patins caoutchouc pour les pieds des escabeaux et des échelles) • Aménagement du domicile de la personne aidée dans la mesure du possible • Enlever les tapis ou les accrocher • Limiter les intervention en hauteur • Interdire l'utilisation de « moyens de fortune » (chaises, caisses...) • Porter des chaussures adaptées à semelles antidérapantes • Prévoir une trousse de secours

NOTES

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Domages possibles	Axes de prévention
Utilisation des produits chimiques (nettoyage, soins...)	<ul style="list-style-type: none"> • Produits irritants, allergisants, sensibilisants, nocifs • Produits corrosifs • Produits inflammables • Produits incompatibles entre eux 	<ul style="list-style-type: none"> • Allergies • Intoxications aiguës ou chroniques • Brûlures • Irritations cutanées • Lésions oculaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture des étiquettes • Utilisation de protections adaptées (gants, blouse) • Limitation de l'utilisation de produits en bombe • Sensibilisation au risque chimique : gestes à ne pas faire, reconditionnement ou mélanges intempêtifs, conduite à tenir en cas d'accident...

NOTES

Risques particuliers chez les personnes (suite)

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommages possibles	Axes de prévention
Agents biologiques infectieux	<ul style="list-style-type: none"> ● Contact avec les liquides biologiques humains (sang, selles, urines...) ● Activités exposant potentiellement aux micro-organismes (déchets...) ● Insalubrité des locaux ● Contact avec des animaux présents au domicile de la personne aidée ● Contact avec une personne aidée ayant contracté une maladie contagieuse 	<ul style="list-style-type: none"> ● Maladies infectieuses virales, bactériennes et parasitaires 	<ul style="list-style-type: none"> ● Vaccinations (tétanos, grippe, hépatite B), intradermo-réaction à la tuberculine... ● Respect de règles d'hygiène strictes : <ul style="list-style-type: none"> · dans tous les cas : <ul style="list-style-type: none"> - lavage des mains - port de vêtements de travail nettoyés régulièrement · en fonction de l'état de la personne aidée : <ul style="list-style-type: none"> - utilisation de gants pour les aides à la toilette, la manipulation d'objets éventuellement contaminés, la manipulation du linge sale, - désinfection du matériel utilisé (bassin...) - utilisation de pinces pour d'éventuels pansements, de sacs pour conditionner les déchets - utilisation de conteneurs pour matériels piquants/tranchants si nécessaire ● Si une personne assistée contracte une maladie contagieuse (tuberculose, par exemple), en avvertir immédiatement le médecin du travail afin qu'il prenne les mesures nécessaires ● En cas de coupures ou piqûre avec du matériel en contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques (aiguille, seringue...) prévenir le médecin du travail ou le médecin traitant en cas d'absence de celui-ci ; en cas d'AES, conduite à tenir immédiate et consultation d'un médecin référent dans un service d'urgences ● Demander au médecin traitant de la personne aidée de donner toutes les informations utiles.

NOTES

Risques particuliers chez les personnes (suite)

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommmages possibles	Axes de prévention
Electricité	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de matériel électroportatif en mauvais état • Installations électriques vétustes ou « bricolées » • Utilisation de rallonges en mauvais état, défaut d'isolation des câbles 	<ul style="list-style-type: none"> • Electrisation • Electrocutation • Départ de feu d'origine électrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les aides à domicile au risque électrique • Faire remonter l'information à la direction de l'association en cas de risque électrique au domicile de la personne aidée pour qu'elle exige des travaux de réparation et/ou de mise en conformité • Refuser d'utiliser des appareils électroportatifs endommagés • Interdire aux aides ménagères toute intervention personnelle sur les installations électriques

NOTES

Ce qui peut créer un risque	Pourquoi ?	Dommmages possibles	Axes de prévention
Incendie	<ul style="list-style-type: none"> • Feu d'origine électrique (installations défectueuses) • Gaz • Feu de cheminée 	<ul style="list-style-type: none"> • Brûlures thermiques • Accident mortel 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de base : conduite à tenir, gestes à ne pas faire... • Entretien des installations (installation électrique, conduit de cheminée, conduites de gaz...)

NOTES

Produits chimiques (fiche récapitulative)

Produits	Etiquetage	Substances dangereuses dans la composition	Utilisation	EPI	Présence de substance(s) cancérogène(s), mutagène(s), toxique(s) pour la reproduction

COMMENTAIRES

