

Le Service d'aide à domicile
Conditions de travail
et
pistes d'amélioration
pour
les auxiliaires de vie

Le Service d'aide à domicile	4
Conditions de travail et pistes d'amélioration pour les auxiliaires de vie	4
I. Contexte stratégique	4
II. Méthodologie	5
III. Généralités	6
1. Les différentes structures	6
2. Les allocations	8
3. Situation du département de l'Eure	8
4. Evolution possible de l'effectif des personnes âgées	10
IV. Recueil des données :	11
V. Analyse des données	11
1. Le personnel	12
1.1 Profil des agents	12
1.2 Formation	13
1.3 Ancienneté	13
2. Les collectivités	14
2.2 Les effectifs	15
2.5 Fiche de poste	18
2.6 Temps de travail	19
2.8 Utilisation du véhicule personnel	21
2.8 Contrat et procédure de prise en charge	25
2.9 Règlement intérieur	26
3. Les bénéficiaires	26
4. Les risques professionnels	28
4.1 La sinistralité	28
✓ Rappel sur les TMS	33
4.2 Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels	34

4.3	Les principaux risques.....	35
	Conclusion	39
	Selon les informations recueillies sur le Dossier médico- technique (INRS, Document pour le médecin du travail N° 102 du 2e trimestre 2005) dans la base épicea (Etudes de Prévention par l'Informatisation des Comptes Rendus d'Accidents), il a été recensé 20 AT chez les aides à domicile, dont 12 accidents de la voie publique. 8 de ces accidents ont eu lieu lors de trajets entre le domicile de 2 bénéficiaires ou lors de courses demandées par l'employeur.....	
		46
VI.	Diagnostic :	50
VII.	Piste de réflexion	51
1.	Axe technique.....	51
	Autour du bénéficiaire	51
	Autour de l'environnement.....	52
	Certains équipements d'aide à la manutention (type lève malade, Verticalisateur...) sont intégralement pris en charge par la CPAM sous réserve d'une prescription médicale.	
		53
	L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), par le biais du Conseil Départemental, peut éventuellement aider à l'acquisition de petits matériels, chaque situation étant étudiée individuellement.	
		53
	Les modalités de financement du matériel et équipements	53
2.	L'axe organisationnel	54
3.	La formation.....	55
VIII.	BIBLIOGRAPHIE	58
	INSEE : Schéma départemental de l'Eure en direction des personnes âgées - Contribution de l'Insee	58

Le Service d'aide à domicile
Conditions de travail et pistes d'amélioration pour
les auxiliaires de vie

I. Contexte stratégique

La population vieillissant, il existe une augmentation importante de la demande de maintien à domicile. De plus en plus de personnes privilégient le maintien à domicile plutôt que l'institutionnalisation.

Ce choix s'inscrit dans le cadre d'une politique publique, notamment le Plan Borloo de 2005, visant à maintenir à domicile, malgré la perte d'autonomie, les populations les plus fragiles. La qualité des soins prodigués est au cœur des actions publiques (Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, promotion de la bientraitance, humanité...)

MONALISA et spasad

Le maintien à domicile s'inscrit dans le cadre d'une relation de type serviciel avec des attentes fortes en matière de qualité de service public rendu. L'augmentation du nombre de bénéficiaires et donc de la demande génère une offre d'emploi importante. Parallèlement, le taux de chômage augmente, l'insertion dans le monde du travail se complexifie, les carrières sont plus longues et les situations familiales plus complexes.

Il apparaît un marché d'offre et de demande amenant beaucoup de demandeurs d'emploi à s'insérer dans cette filière, parfois sans formation initiale.

Comme il sera démontré plus loin dans ce travail, la mission d'auxiliaire de vie est un métier à part entière. Ce métier ne supporte aucune improvisation sans qu'il apparaisse des risques pour les bénéficiaires ou l'état de santé des agents.

Les médecins de prévention constatent la détérioration de l'état de santé des aides à domicile, les amenant à émettre des restrictions.

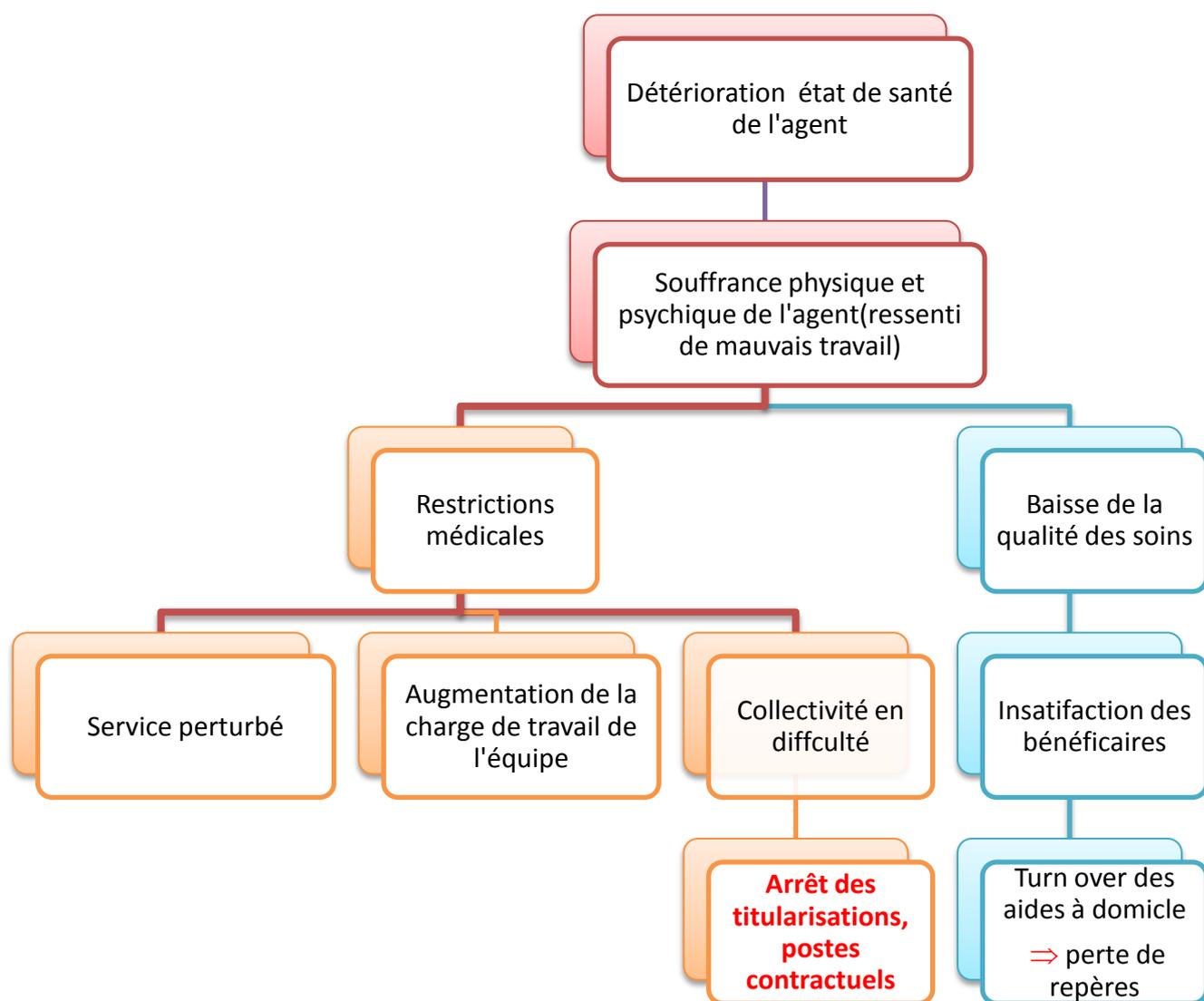
Les collectivités sont confrontées à d'importantes difficultés de mise en œuvre de ces restrictions.

Les aménagements techniques du poste de travail, quand ils sont possibles, restent dépendants du domicile du bénéficiaire. Ils ne sont pas toujours reproductibles d'un domicile à l'autre. Or les aides à domicile prennent en charge de nombreux bénéficiaires, le ratio bénéficiaire/agent présentant une tendance à la hausse.

En raison du niveau de formation initiale des aides à domicile et de la spécificité de leurs compétences, en cas d'apparition de pathologies invalidantes, les possibilités de reclassement au sein de la collectivité sont quasi inexistantes.

Pour maintenir une offre de service public de qualité, il est nécessaire de prendre en compte la situation des professionnels travaillant auprès des usagers.

Il apparaît une nécessité de prévention primaire.



II. Méthodologie

À l'initiative du Centre de Gestion de l'Eure, un groupe de travail a été créé en début 2014.

Ce groupe, était constitué de :

- 5 responsables de services de maintien à domicile représentant les différentes collectivités du département.

Les critères de choix ont porté sur la situation géographique dans le département, le caractère rural/urbain et l'effectif concerné.

- Le Centre de Gestion de l'Eure était représenté par l'actuelle Directrice Générale des Services, le médecin coordonnateur du service de médecine préventive et l'ergonome.

Ce groupe de travail avait pour objectifs de :

- Effectuer un état des lieux de différentes situations de travail.
- Lister les différents outils et méthodes de travail.
- Relever les modalités de fonctionnement des services.
- Réaliser un « inventaire » aussi exhaustif que possible des situations à risques.
- Analyser collectivement les problématiques.

Afin de pouvoir faire une analyse fine de la situation, un outil sous forme de questionnaire a été élaboré pour le recueil de données (cf. annexe questionnaire) :

→ De type RH :

Type de contrat, effectif, ratio bénéficiaire/agent, modalités de recrutement, degré de formation, absentéisme...

→ La contractualisation collectivité/bénéficiaire et ses conséquences.

→ Les modalités d'intervention :

Les différents types d'horaires, les moyens de transport, les modalités de prise en charge des frais de transport, les problématiques d'assurance...

→ Les aides techniques à disposition de l'agent pour le transfert du bénéficiaire (lève malade, disques de rotation...)

→ Les différentes situations de travail et risques d'exposition.

→ L'organisation du service :

L'existence de réunions, leurs objets et périodicités et l'éventuelle participation d'intervenants extérieurs.

III. Généralités

1. Les différentes structures

En matière d'aide à domicile il existe plusieurs modes d'exercice

- le mode prestataire : l'intervenant est salarié de la structure qui propose les services.

La structure recrute, encadre et forme ses intervenants, élabore le planning des interventions, assure la continuité du service, etc.

- Le mode mandataire : un organisme agréé propose le recrutement de travailleurs à un particulier. Ce particulier est l'employeur de la personne qui va intervenir à son domicile.

- le mode gré à gré : le bénéficiaire est l'employeur de la personne qui assure des prestations à son domicile.

Les collectivités sont concernées par le mode prestataire. Elles offrent un service à des bénéficiaires par le biais d'intervenants salariés de la collectivité.

Deux modes de fonctionnement peuvent se présenter :

✓ *Les collectivités agréées.*

Le régime de l'agrément est :

- Délivré par le Préfet (État)
- L'agrément garantit le respect, par le service, d'un cahier des charges réglementaire.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont soumis au respect du Code du travail. Les services agréés sont placés sous un régime de liberté contractuelle (tarif libre, dont la hausse est toutefois limitée annuellement par un décret). Le tarif de référence qui leur est appliqué par le Conseil Départemental peut être différent du tarif effectivement appliqué aux usagers (ce tarif est fixé contractuellement entre le bénéficiaire et le service).

Cet engagement détermine le coût des prestations.

✓ *Les collectivités autorisées*

L'autorisation est délivrée par le Président du Conseil Départemental. Elle vaut agrément du service.

Ce régime offre des garanties supplémentaires au régime de l'agrément qualité dans la mesure où :

- Le service relève du Code de l'Action Sociale et des Familles (il devient un service médico-social soumis à des contraintes réglementaires plus exigeantes).
- Le tarif appliqué est arrêté par le Conseil Départemental. Si ce tarif est souvent supérieur à celui d'un service agréé, il garantit qu'aucun frais supplémentaire ne sera demandé à l'utilisateur.
- Les services autorisés sont amenés à signer un contrat d'objectifs et de moyens avec le Conseil Départemental (fixant notamment des objectifs en termes de performance et de qualité de prise en charge).
- Les services font l'objet d'un contrôle régulier par le Conseil Départemental.

2. Les allocations

✓ *L'APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie*

Elle peut être attribuée aux personnes âgées à partir de 60 ans. Cette allocation vise à compenser la perte d'autonomie (évaluée grâce à la grille AGGIR). L'APA n'est pas soumise à condition de ressources, mais son calcul tient compte des revenus des bénéficiaires.

On compte 8 002 bénéficiaires de l'APA sur le territoire Eurois, dont 61 % à domicile (4 850 bénéficiaires), soit un taux d'allocataire de 17,3 % des personnes âgées de plus de 75 ans. (Information du site Conseil Départemental).

✓ *LA PCH, Prestation de Compensation du Handicap*

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide personnalisée permettant la prise en charge de dépenses liées au handicap (aide humaine, matérielle, animale...). Il est possible de bénéficier de la PCH à domicile ou en établissement.

3. Situation du département de l'Eure

Le département de l'Eure présente des particularités :

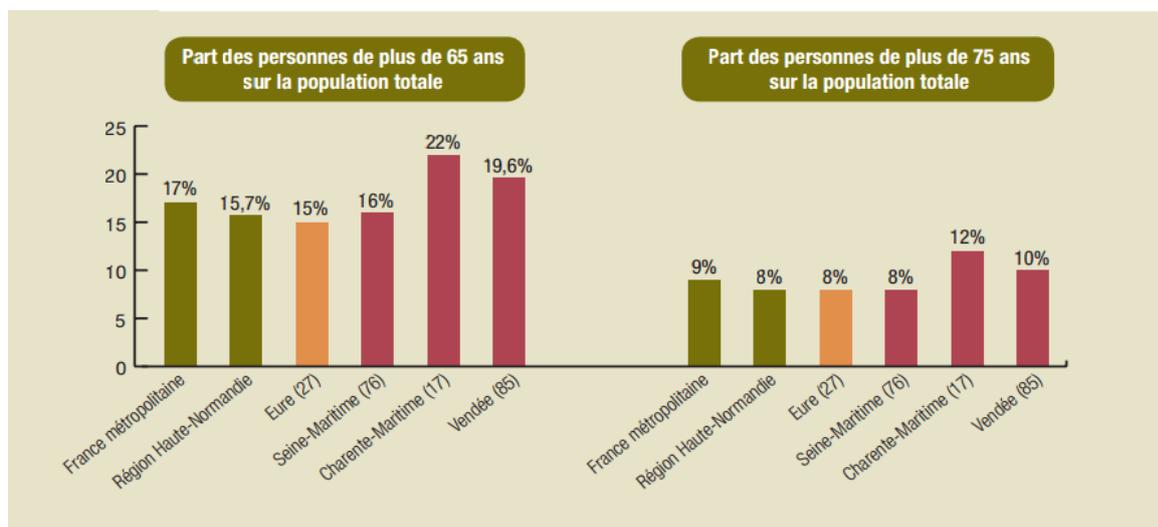
- Il est proche de la région île de France.
- Le nord du département bénéficie du rayonnement économique de la ville de Rouen.
- L'ouest est essentiellement rural, avec toutes les conséquences que cela peut comporter, notamment l'isolement...

L'Eure en chiffre :

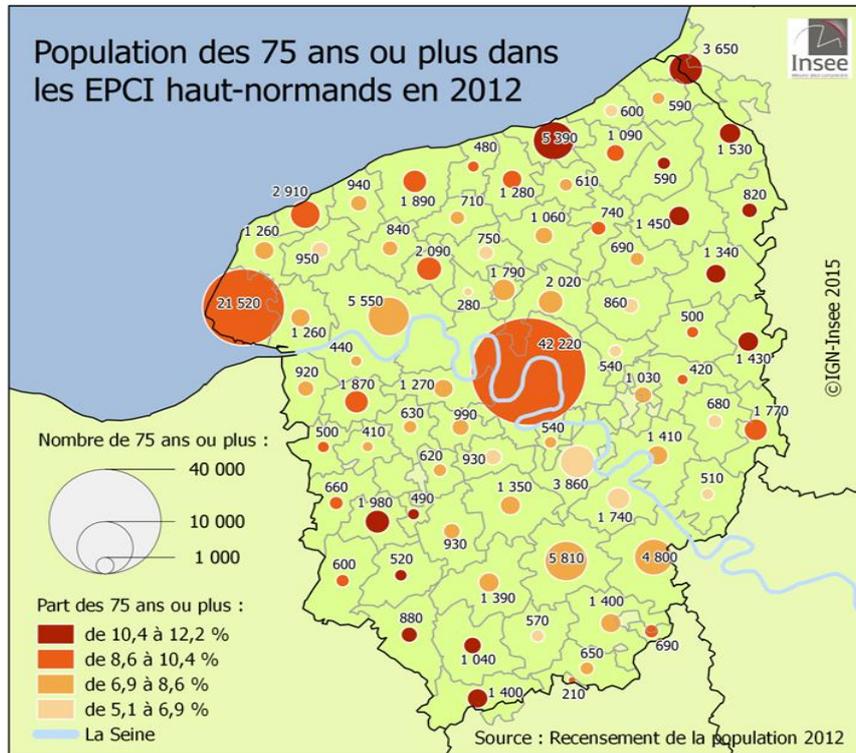
Le département de l'Eure comptait 584 800 habitants en 2008 (Source : Insee).

27 % de la population a moins de 20 ans alors que 8 % de la population a plus de 75 ans.

Graphique extrait du Schéma départemental de l'EURE

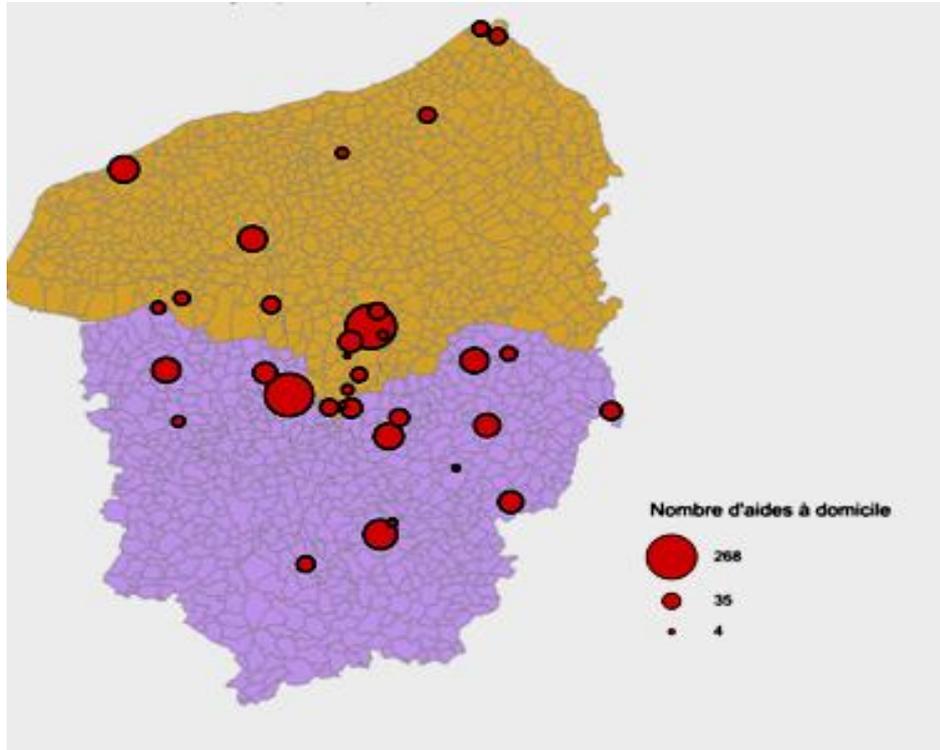


Carte de la population âgée de 75 ans et plus dans la Haute-Normandie



Les aides à domicile employées par les collectivités territoriales de l'Eure

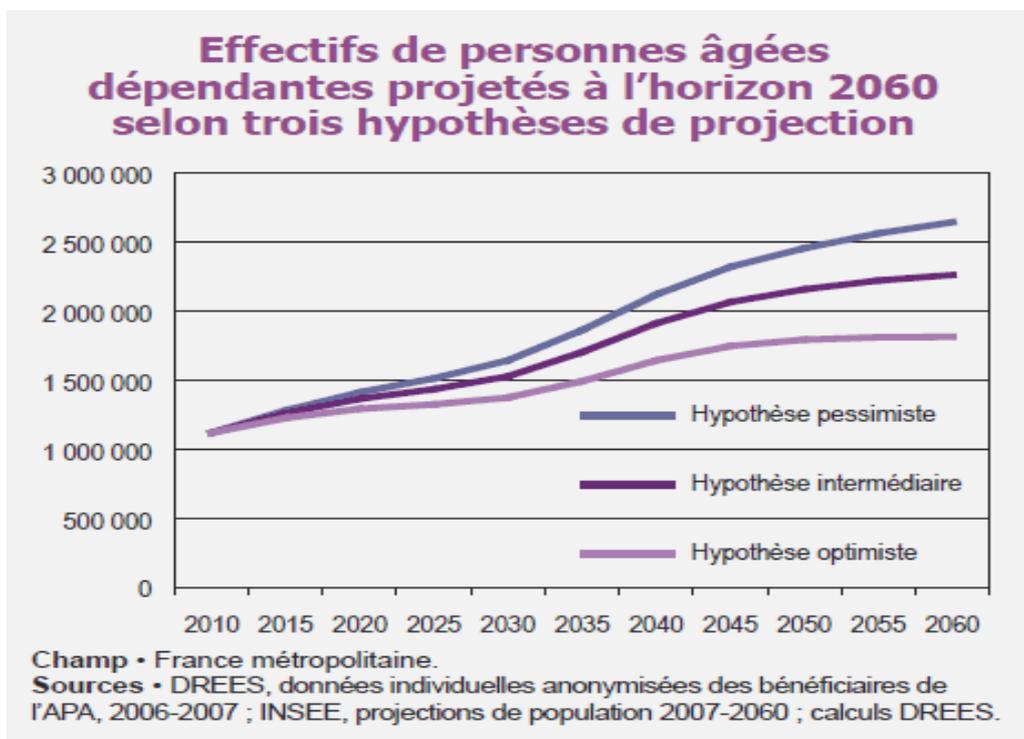
Résultat de l'enquête de 2015



4. Evolution possible de l'effectif des personnes âgées

Une projection de l'évolution de l'effectif des personnes âgées a été réalisée.

Evolution supposée au niveau national

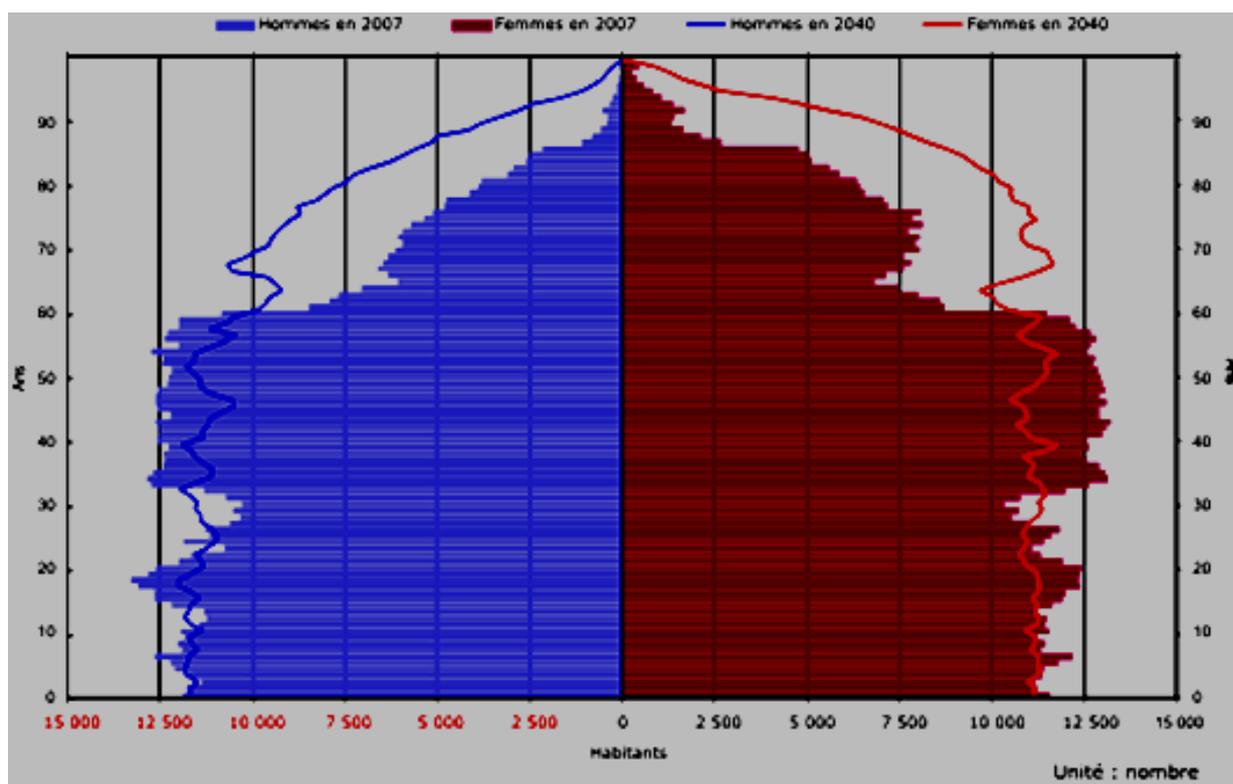


Evolution supposée dans le département de l'Eure

Selon le site de l'Insee, le vieillissement démographique serait plus rapide dans l'Eure qu'en moyenne nationale (l'Eure est actuellement plutôt « jeune » et les générations du baby-boom y sont particulièrement nombreuses).

Le nombre de personnes de plus de 80 ans devrait augmenter de + 25 % à l'horizon 2020 et de + 70 % à l'horizon 2030.

Projection du vieillissement de la population (schéma Insee)



IV. Recueil des données :

Nous avons recensé 25 services d'aide à domicile sur le département de l'Eure.

En 2014, le questionnaire a été diffusé à l'ensemble de ces services et nous avons obtenu un taux de réponse de 36 % soit 9 sur 25. Bien qu'insatisfaisant au regard du groupe de travail, ce taux était suffisamment représentatif pour nous permettre de dégager d'ores et déjà des pistes de travail.

En 2015, une relance a été faite auprès des services n'ayant pas participé. Sur ces 16 services, 9 ont répondu soit 56 % des relances.

A ce jour, nous affichons un taux de réponse de 72 %.

V. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée d'après les réponses au questionnaire. Tous les domaines n'ont pas été systématiquement complétés, il peut exister des différences de transmission d'informations, certaines questions exigeant un travail complexe de recherche par les collectivités. Pour chaque domaine insuffisamment complété, un filtre a été posé sur les collectivités dont les informations n'étaient pas précises ou complètes.

1. Le personnel

1.1 Profil des agents

Selon les résultats de notre enquête.

Le métier d'aide à domicile est particulièrement « féminisé » avec 99.59 % de femmes contre 62 % tous métiers confondus dans la FPT.

Ces données concordent avec celles recueillies sur le site de l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles), pour qui les femmes représentent 97 % des salariés en intervention.

Jusqu'alors, il s'agissait majoritairement de femmes dans la seconde moitié de leur vie, l'âge moyen est de **46.5 ans**. (Moyenne pour les départements 27 et 76).

Ce chiffre est comparable aux données statistiques retrouvées sur différents sites ou revues :

Selon :

La revue TSA (Travail Social Actualités) 55 % des salariés ont plus de 45 ans, 22 % plus de 55 ans. (Source unification).

L'UNA : les salariés de 45 ans et plus représentent 48 % des salariés de la Branche de l'Aide à domicile.

Selon les informations recueillies auprès des responsables de structure, il s'agit souvent de femmes reprenant une activité professionnelle suite à une modification de la situation familiale ou sociale (rupture de vie commune, chômage du conjoint...), autant de personnes en situation précaire.

Parfois, les agents n'ont pas exercé d'activité professionnelle depuis de nombreuses années, mais faute de formation ou de diplôme, ils ne trouvent aucun emploi. L'exercice de ce métier n'est donc pas nécessairement un choix de travail, mais une possibilité d'accéder au monde du travail, un pis-aller.

Selon les informations de l'INRS, sur le DMT (Document pour le médecin du travail, N° 102), la population des aides à domicile tend à évoluer, de plus en plus de jeunes femmes sans formation et sortant d'échec scolaire exercent dans cette branche.

Les tensions du marché de l'emploi participent activement à cette situation.

Une étude de 2013 réalisée par Loïc Trabut pour le CEE, (Centre d'Etude de l'Emploi « *Quel parcours pour devenir « aide à domicile » ?* ») Confirme les propos recueillis auprès des services d'aide à domicile du département de l'Eure. Il ressort de cette étude que 25,8 % des salariés déclarent que c'est « par hasard, par opportunité » et pour 28 %, « le besoin d'argent » qui les ont incités à s'orienter vers l'aide à domicile (en tout, c'est pour 46,7 % de l'effectif l'un, l'autre ou les deux).

Aucune formation initiale n'est obligatoire pour exercer cette activité qui constitue néanmoins un « vrai métier ». Les enjeux sont importants tant en matière de qualité de la prise en charge des bénéficiaires, qu'économique avec le risque d'une sinistralité élevée ou qu'humain avec le devenir des intervenants.

1.2 Formation

Le certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile, CAFAD est le premier diplôme reconnu pour cette branche d'activité, il est apparu en 1988. Il a été remplacé par le diplôme d'État d'auxiliaire de vie DEAVS qui a été créé en 2002.

Art 1 - Décret n° 2007-348 du 14 mars 2007 relatif au Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale :

« Le diplôme d'Auxiliaire de Vie Sociale atteste des compétences nécessaires pour effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes en difficulté sociale, des familles ou des enfants, dans leur vie quotidienne »

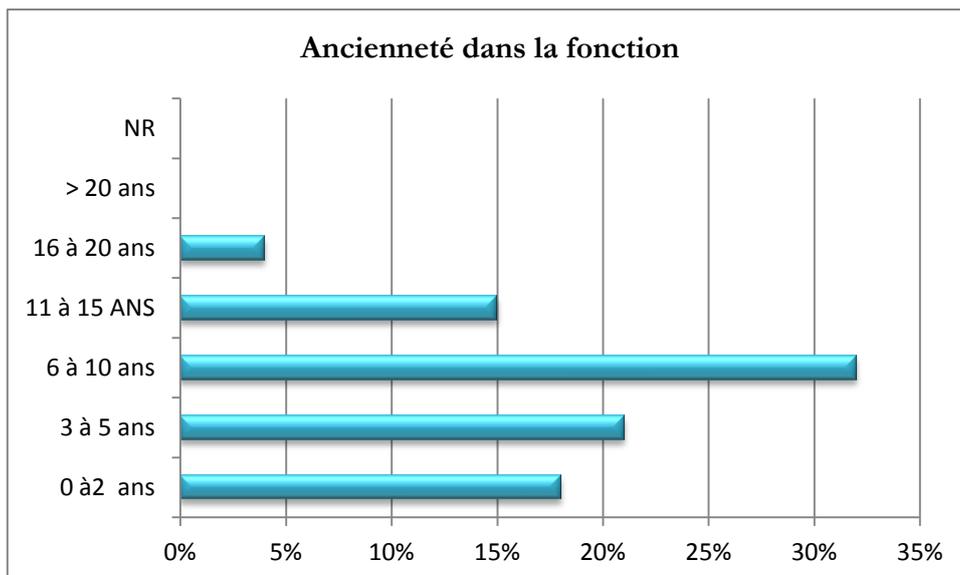
En 2009 et 2010, 55 personnes ont obtenu le titre complet d'assistant de vie aux familles (ADVF) ; en parallèle, 28 personnes ont obtenu le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) en Validation des Acquis de l'Expérience. Depuis 2006, 1172 personnes ont suivi des modules de formation thématique.

Il est important de signaler que 16 collectivités sur les 18 ayant répondu à notre questionnaire bénéficient d'un plan de formation.

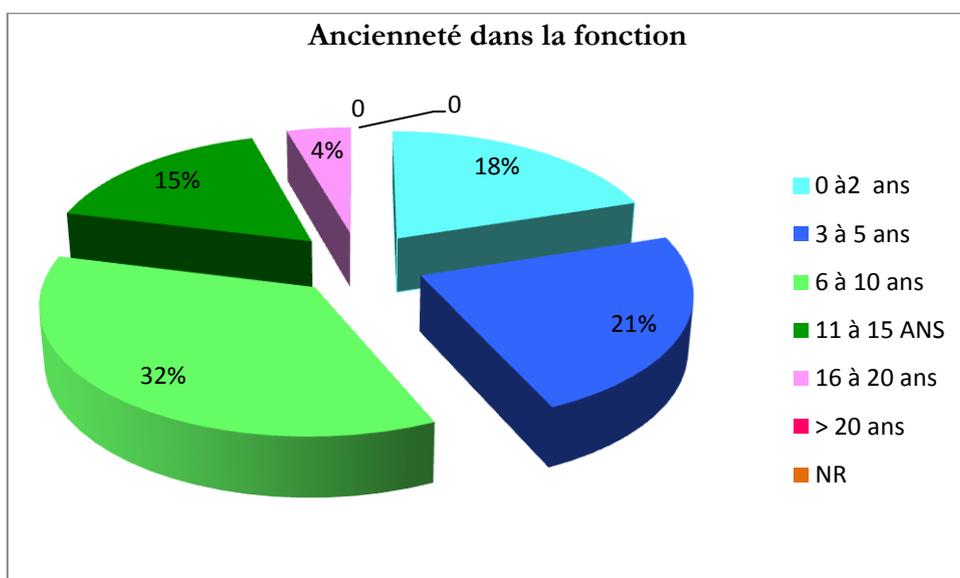
Il est à noter que la professionnalisation n'impacte pas sur la grille de salaire.

1.3 Ancienneté

Selon l'analyse des données RH recueillies, sur un effectif de 381 agents, près de 18 % a une ancienneté moyenne comprise entre 0 et 2 ans, 21 % entre 3 et 5 ans et 32 % entre 6 et 10 ans.



OU



2. Les collectivités

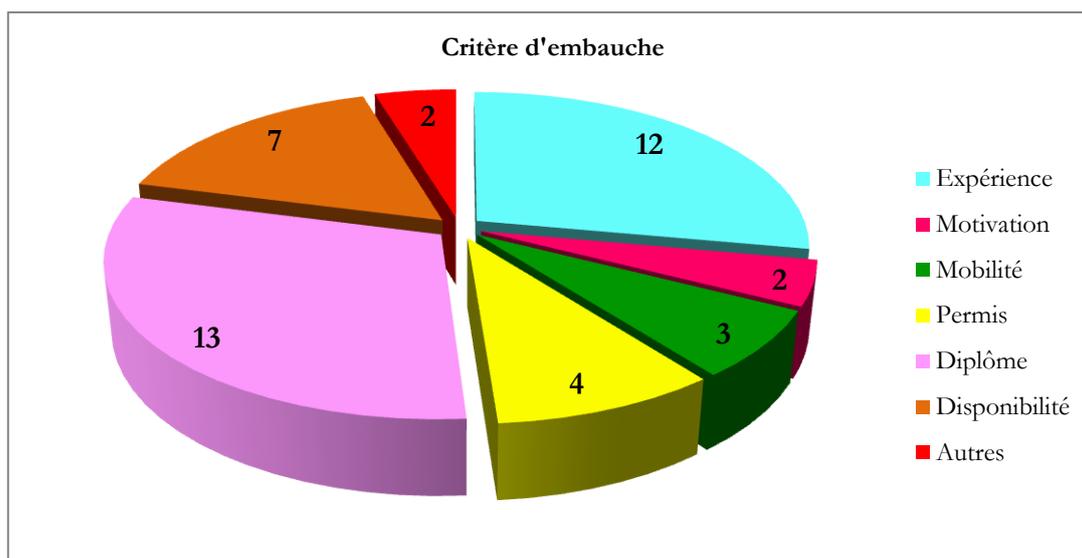
2.1 Recrutement et Niveau de formation initiale

Aucun diplôme n'est exigé pour exercer le métier d'aide à domicile.

Une analyse portant sur un effectif de 298 agents (des 18 collectivités ayant complété le questionnaire) indique que pour plus de 50 %, ils ne sont pas titulaires d'un diplôme.

Ce constat concorde parfaitement avec la typologie des personnes recrutées.

Les 18 services de SAAD ont été interrogés sur leurs critères de recrutement. Si le diplôme est cité pour 13 d'entre eux, l'expérience est tout aussi exigée. Selon les informations recueillies, l'absence de qualification n'est absolument pas un frein au recrutement.



Un critère très souvent mis en avant est la disponibilité. Cette attente correspond aux exigences en matière de plage horaire et pics d'activité.

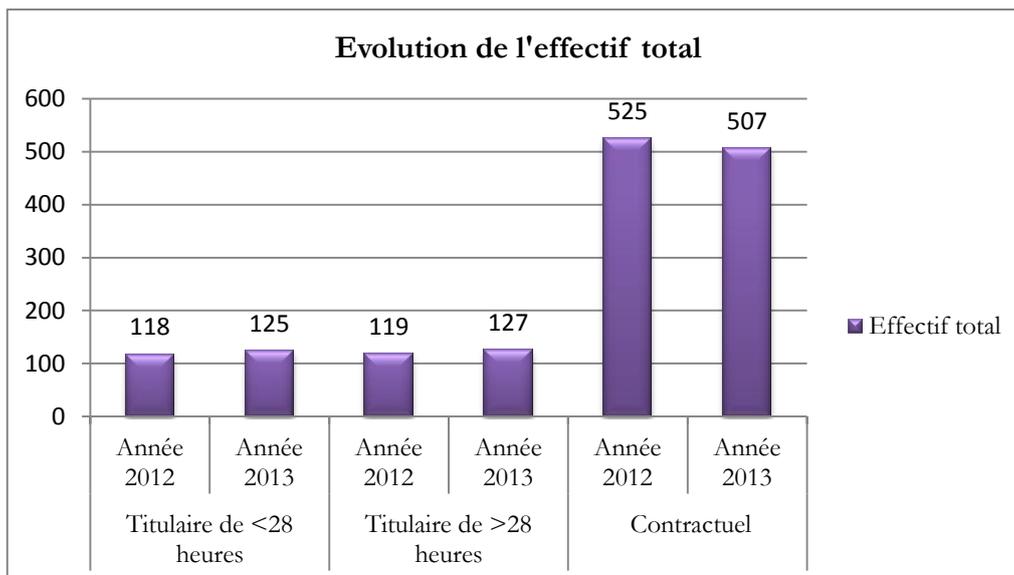
Arrivent ensuite le permis B et la mobilité. Le permis B est demandé sans être sélectif. Son absence ne constitue pas un handicap en secteur urbain, en secteur rural tout dépend du nombre de bénéficiaires et de leur localisation géographique. Il est important de préciser que certains agents se déplacent exclusivement en deux roues, bicyclette ou vélomoteur.

Deux autres critères ont été cités, les tests de pôle emploi et les valeurs humaines.

2.2 Les effectifs

L'analyse des données a permis d'avoir un aperçu des effectifs (aperçu, car les effectifs fluctuent selon les périodes et la demande), et du statut des agents.

Un comparatif a été établi entre 2012 et 2013 pour en connaître l'évolution.



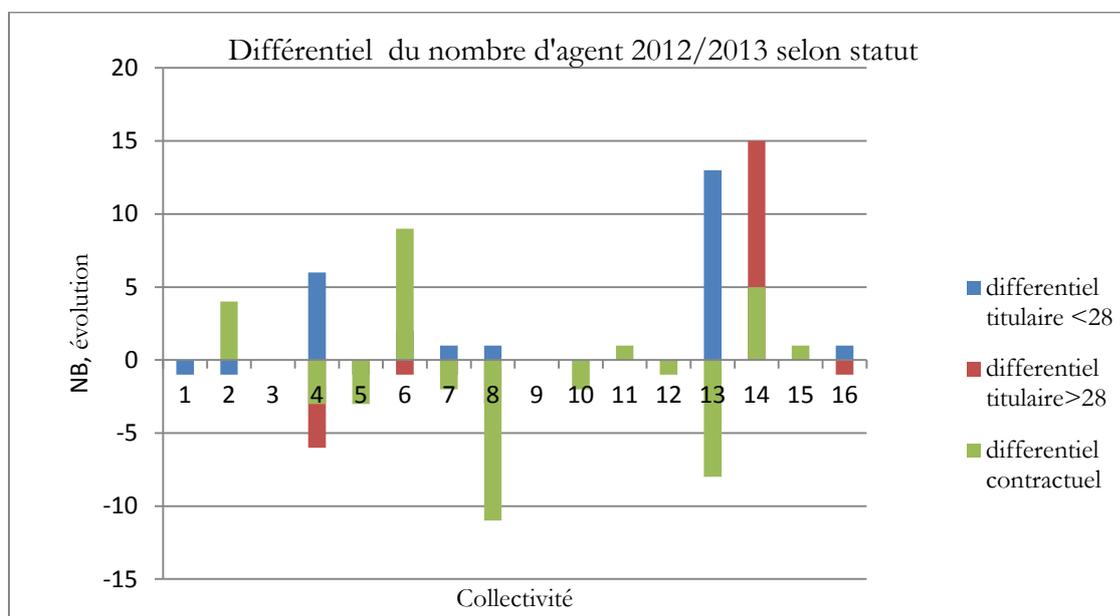
Il apparaît de légères fluctuations.

Il nous a paru intéressant de se pencher sur les fluctuations au niveau de chacune des collectivités.

Un calcul du différentiel par collectivité et statut a été réalisé.

Pour certaines collectivités, il semble apparaître une baisse globale de l'effectif. Cette baisse peut, dans certains cas, être assortie d'une baisse du nombre de bénéficiaires.

Même lorsqu'il existe une baisse sensible du nombre d'agents contractuels, elle n'est pas nécessairement compensée par une augmentation équivalente des titularisations.



Cette analyse amène à s'interroger sur le statut des agents et le ratio intervenant/bénéficiaire.

2.4 Travail en binôme et modalité de remplacements

Le travail en binôme .

Dans 14 collectivités sur les 18 interrogées, le travail en binôme est possible sous certaines conditions.

Il peut être mis en place dans le cadre d'un tutorat du nouvel arrivant (pour 4 collectivités) ou lorsque l'état de santé du bénéficiaire l'exige. Il reste néanmoins ponctuel et occasionnel.

Avec le travail en binôme se pose le problème financier.

Le temps agent a un coût, qu'il est difficile d'imputer au bénéficiaire ou à la collectivité.

Si ce travail en binôme reste très ponctuel (tutorat), il peut être supposé que les agents « vont gagner du temps » sur la prestation et par conséquent le niveau de « production » sera constant. Si ce travail en binôme est lié à l'état de santé du bénéficiaire, il apparaît un surcoût difficilement compensable.

Pourtant, il est à noter que lorsque les locaux ne permettent pas ou difficilement d'apporter une aide technique à la mobilisation, un travail en binôme peut permettre de limiter les contraintes posturales des agents, sous réserve que cette situation reste temporaire.

Certaines collectivités tentent de travailler en binôme avec les Services de soins à domicile, SIAD. Cela exige que le bénéficiaire soit déjà pris en charge par ces structures, de coordonner les horaires et temps d'interventions. La logistique devient très pointue. Certains responsables de SIAD travaillent en étroite relation avec les Services d'aide à domicile. Pour d'autres, ces modalités de fonctionnement n'entrent pas dans leurs habitudes.

La mise en place d'un travail en binôme, entre les 2 services, semble « personne dépendante ».

Les remplacements.

En règle générale, les remplacements sont assurés immédiatement dès lors que le bénéficiaire nécessite des soins. En ce qui concerne l'entretien des locaux, chaque situation est évaluée individuellement.

Chaque collectivité adopte un mode de fonctionnement différent. Dans 6 des 18 collectivités interrogées, il existe un pool de remplacement ; 10 des 18 collectivités interrogées déclarent avoir une procédure de remplacement.

2.5 Statut

Sur les 18 questionnaires reçus, 3 n'ont pas été pris en compte pour connaître l'évolution statutaire des agents, les réponses étant absentes ou incohérentes.

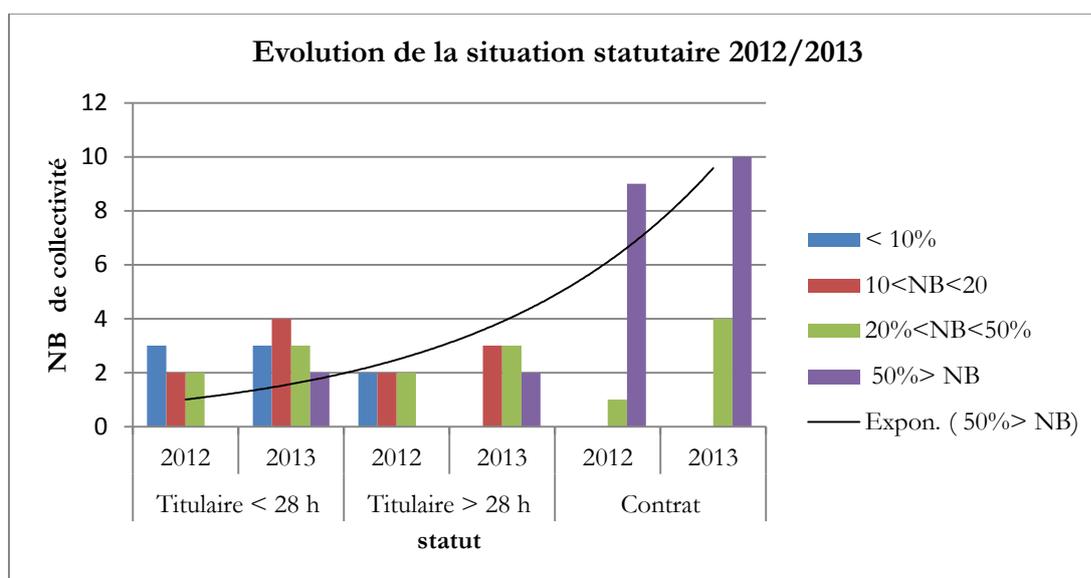
Une étude de l'évolution de la situation statutaire des agents a été réalisée sur la base des 15 questionnaires restants.

Sur le tableau graphique ci-dessous, il est possible de constater que :

- Les collectivités privilégient les contrats à la titularisation.

- Deux collectivités qui avaient 10 % de leurs agents titulaires à plus de 28 heures en 2012 ne sont plus dans cette situation en 2013.

NB Collectivité/statut/ effectif	Titulaire < 28 h		Titulaire > 28 h		Contrat	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
< 10 %	3	3	2			
10<NB<20	2	4	2	3		
20 %<NB<50 %	2	3	2	3	1	4
50 %> NB		2		2	9	10



2.5 Fiche de poste

13 des 18 collectivités interrogées disposent de fiche de poste pour leurs agents. Cependant, selon les données recueillies, il semble que pour 2 d'entre elles, les agents n'aient pas connaissance de leur fiche de poste.

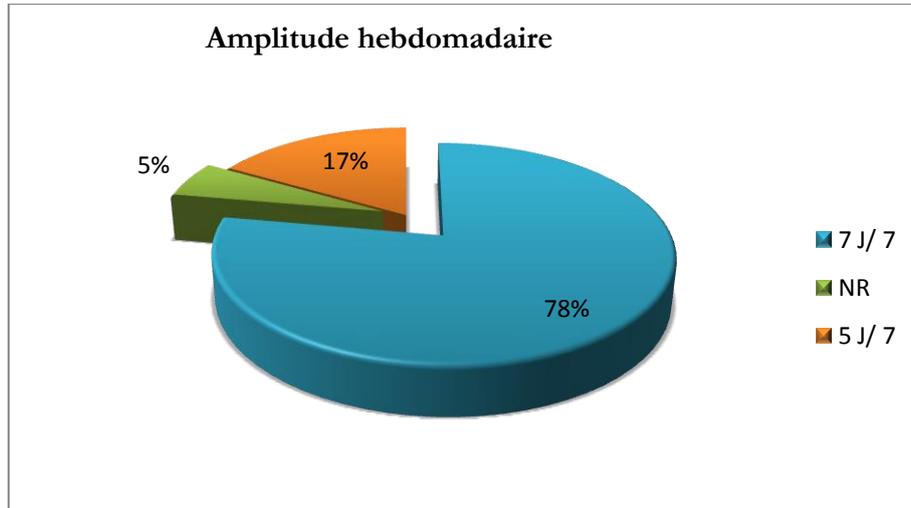
Sans cadre de travail, il semble difficile d'attendre des agents qu'ils puissent cerner les limites de leurs missions, ne pas exécuter des tâches non prescrites et par conséquent « se mettre en situation de risque ».

La situation est identique pour les collectivités n'ayant pas mis en place de fiche de poste.

2.6 Temps de travail

Les bénéficiaires nécessitent une prise en charge quotidienne, 7 j/7.

L'analyse des données montre que la majorité des services d'aide à domicile interviennent 7 j/7, établissant un roulement entre les intervenants pour garantir la continuité de soins.



Selon les réponses à notre questionnaire, la quotité de temps de travail est essentiellement < à 28 heures.

Les responsables de structure sont confrontés à :

- Une rationalisation économique
- Une concentration de l'activité selon des tranches horaires déterminées, tôt le matin, le midi et le soir.
- Des degrés d'exigence et habitudes de vie variables chez les bénéficiaires.
- Des besoins changeants entre les différents bénéficiaires, mais également chez un même bénéficiaire, en fonction de l'évolution de son état de santé au quotidien.
- Des distances parfois importantes entre le domicile des différents bénéficiaires, impactant sur les temps de route.

L'ensemble de ces contraintes conduit à une gestion complexe des équipes et du temps de travail.

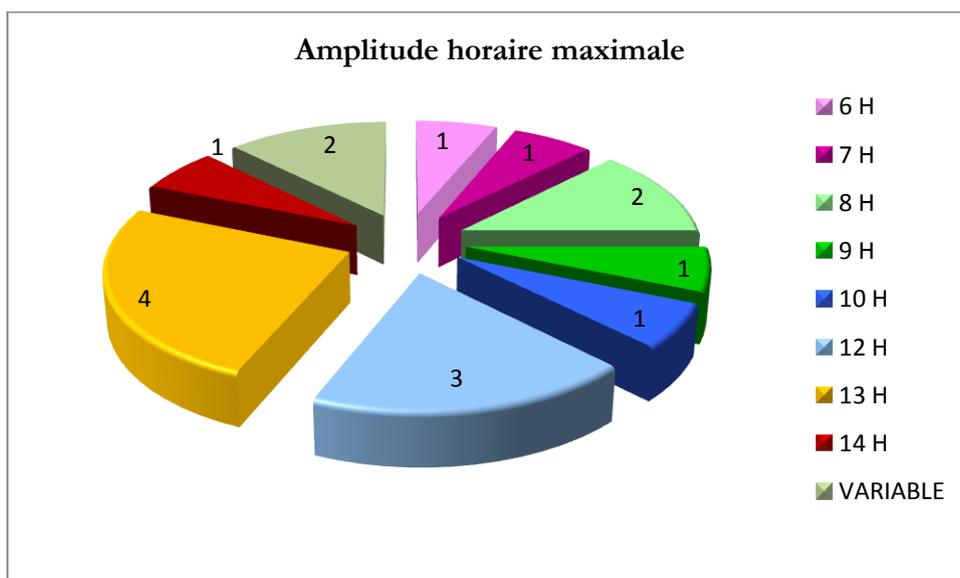
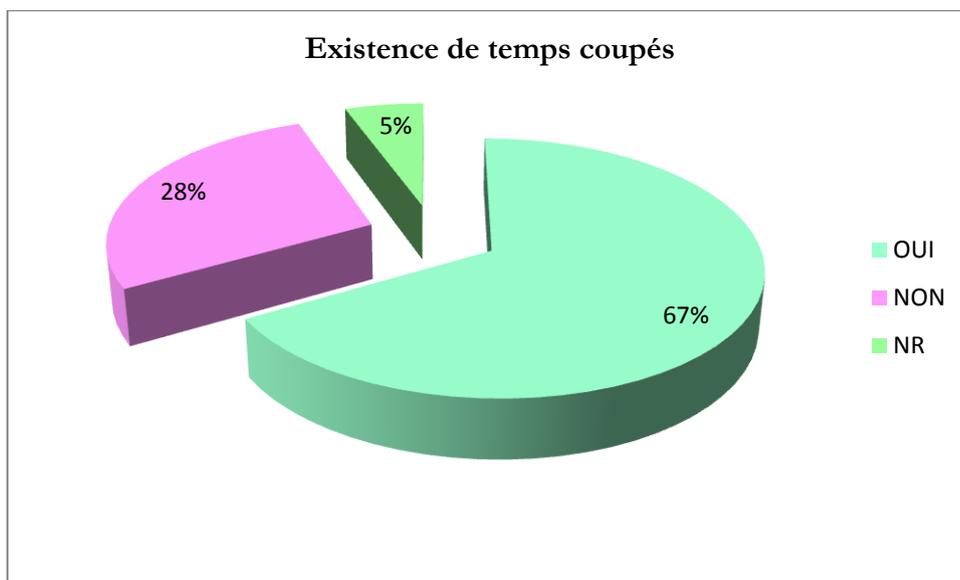
La demande de « soins » peut être considérée comme étant un flux entrant à traiter, les soins et les temps de trajet comme flux sortant à produire.

Si dans une journée il existe des pics d'activités, il existe également de grandes périodes de sous activité. L'APA subventionne les actes d'aide à la vie quotidienne, mais aucunement les activités de type « loisirs » (lecture, promenade...).

Il est par conséquent impossible d'assurer un temps de travail aux agents en dehors des soins.

Cette contrainte induit également la mise en place de temps coupé, avec parfois des amplitudes horaires très élevées.

67 % des collectivités concernées par notre enquête ont mis en place une organisation de travail comportant des temps coupés avec des amplitudes pouvant aller jusqu'à 14 H.



Selon la dernière étude de la DREES, (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques).

→ « 38 % des intervenants déclarent vouloir travailler davantage (contre 30 % pour l'ensemble des salariés selon la DARES, enquête Conditions de travail – 2005), signe que le temps partiel reste encore subi de façon importante »

Conclusion :

En matière de logistique, la gestion des flux se doit d'être extrêmement précise pour répondre à la demande et offrir un service public de qualité.

Du fait de ces contraintes, les responsables des structures sont amenés à proposer des temps de travail < à 28 heures.

Ce temps de travail réduit offre un autre avantage ; il permet en cas d'absentéisme ponctuel d'un agent de maintenir un même service auprès des bénéficiaires, l'agent en arrêt étant remplacé par un des agents en poste.

Pour les agents, le salaire est en rapport avec le temps de travail effectué, sans remplacement ou heures complémentaires ; il est au mieux basé sur 28 h/semaine donc inférieur au SMIC.

La revue Santé et Travail indique que 68 % des aides à domicile ont un revenu net mensuel inférieur à 1016 euros, contre 16 % de l'ensemble des salariés, tous secteurs confondus.

Ces faibles revenus amènent les agents à chercher d'autres activités professionnelles complémentaires, sur les temps disponibles, pour garantir un niveau de vie correct.

Très vite une situation paradoxale apparaît :

→ Avoir un travail exigeant une forte disponibilité et effectuer des activités professionnelles parallèles, mais prendre le risque de ne pas être disponible à la demande.

ou

→ Etre disponible totalement, mais rester dans une situation sociale précaire !

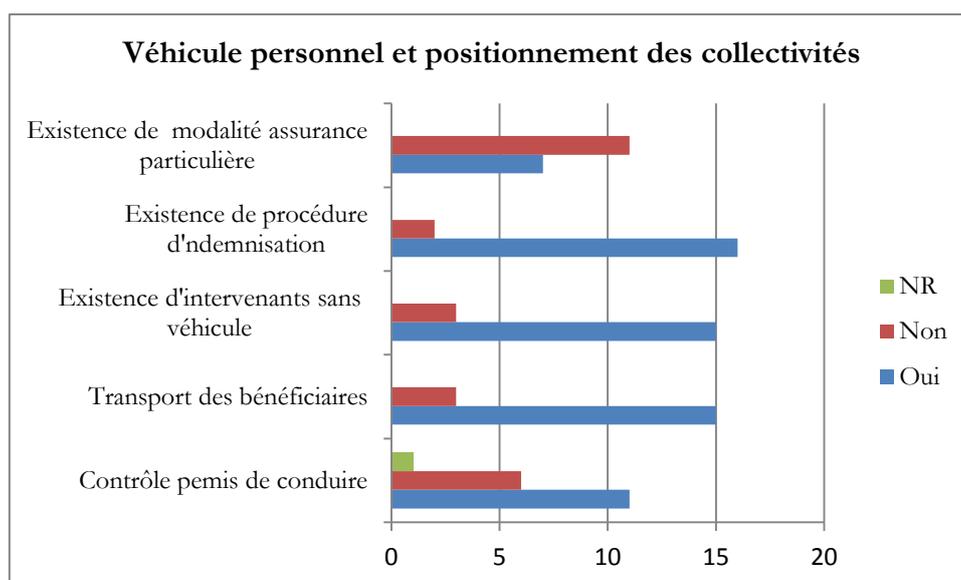
En effet, si les agents se montrent trop souvent indisponibles pour un remplacement, au mieux la collectivité ne leur en proposera plus, au pire leur contrat ne sera pas renouvelé.

Outre le temps de travail au domicile des bénéficiaires, les agents se déplacent d'un site à l'autre.

2.8 Utilisation du véhicule personnel

Pour l'ensemble des intervenants à domicile des 18 collectivités, soit ils utilisent leur véhicule personnel soit ils utilisent d'autres moyens de transport, mais aucune des collectivités ne met de véhicules à leur disposition.

Le contrôle des permis de conduire



Le permis de conduire

11 des 18 collectivités interrogées contrôlent la validité du permis de conduire des intervenants. Les intervenants étant amenés à transporter les bénéficiaires, qu'en serait-il d'un intervenant qui transporterait un bénéficiaire alors qu'il n'a plus de permis ?

Les agents d'une des 6 collectivités n'effectuant aucun contrôle, bénéficient de l'assurance de la collectivité, qu'en est-il de la responsabilité de celle-ci ?

Les distances

Les distances parcourues sont variables chaque mois, en fonction du secteur géographique de la localisation des différents bénéficiaires. Sur les 18 collectivités interrogées 11 n'ont pas renseigné cette donnée, une indique que la distance parcourue est inférieure à 50 km, 4 qu'elle varie entre 100 et 500 kilomètres, une dernière précise qu'elle varie de 70 à 900 km.

Il est possible de constater que les variations peuvent être très importantes, les temps de trajet constituent une contrainte physique supplémentaire, source de fatigue et de charge mentale importantes.

Il est cohérent de penser que plus le temps de trajet sera important, plus l'agent risque d'être stressé par la conduite et par l'obligation de respecter les horaires de prise en charge.

Le transport des bénéficiaires

Selon les informations recueillies, les agents de 15 des 18 collectivités interrogées sont appelés à transporter des bénéficiaires dans leur véhicule personnel.

Transporter un bénéficiaire dans son véhicule personnel peut s'avérer une contrainte physique et mentale.

En effet :

- L'installation dans le véhicule peut être plus ou moins complexe selon le véhicule et le degré d'autonomie du bénéficiaire,
- le trajet peut présenter plus ou moins de risques selon l'état cognitif du bénéficiaire.

Par ailleurs quel serait le positionnement des familles ou de la collectivité en cas d'accident mortel pour le bénéficiaire ?

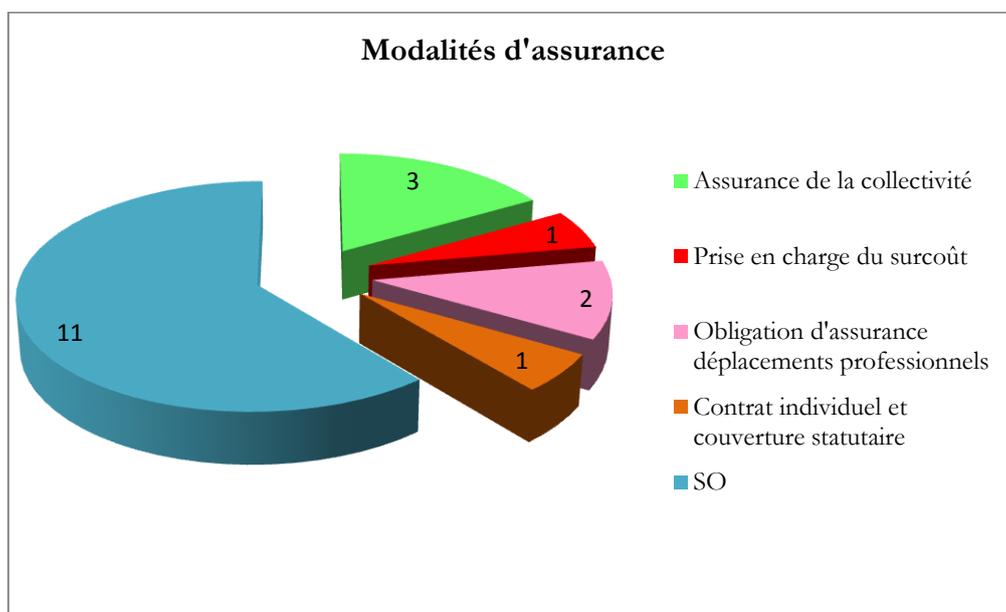
Les assurances

L'agent utilise son véhicule personnel pour se déplacer du domicile du bénéficiaire à celui d'un autre et éventuellement les transporter.

Il nous a paru essentiel de savoir si des modalités particulières d'assurance avaient été mises en place.

Sur les 18 collectivités interrogées, 11 considèrent qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place des modalités particulières ; d'autres exigent une assurance couvrant les déplacements professionnels. Certaines collectivités prennent en charge le surcoût lié à l'assurance, pour d'autres l'intervenant bénéficie de l'assurance de la collectivité.

Il est à noter qu'une de ces dernières ne vérifie pas la validité des permis de conduire des intervenants.



Les modalités d'indemnisation des frais

Le plus souvent les intervenants vont directement de leur domicile au domicile du bénéficiaire. Ce premier trajet est considéré comme un trajet domicile/lieu de travail, il ne bénéficie d'aucune indemnisation.

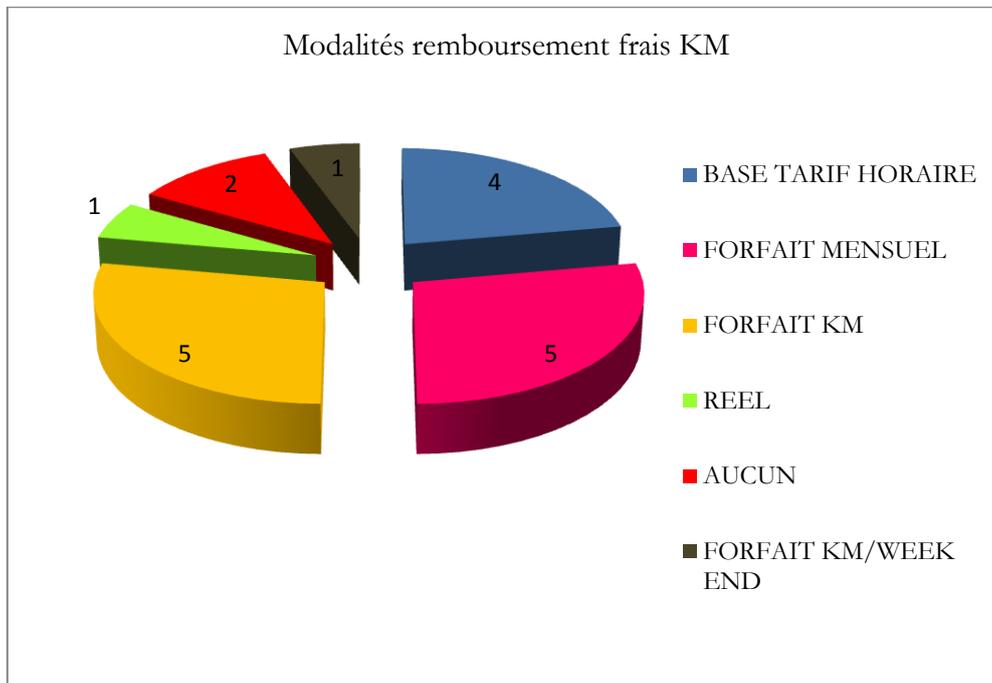
Les agents travaillant en temps coupés, cette situation est susceptible d'apparaître plusieurs fois dans une même journée.

Il n'existe aucun consensus en ce qui concerne l'indemnisation des frais, chaque collectivité a mis en place des modalités différentes.

Sauf erreur de saisie de la part des collectivités, 2 collectivités sur 18 n'indemnisent pas leurs agents en ce qui concerne les frais automobiles et une ne les indemnise que les weekends.

A contrario, 1 seule collectivité rembourse sur la base des frais réels.

Les autres collectivités ont établi des systèmes de forfait, basés sur les distances parcourues et parfois la puissance du véhicule, sur le tarif horaire de l'agent mensuel au prorata de l'activité ou des déplacements.



Conclusion

Mensuellement, le kilométrage à parcourir peut être important, il est toujours variable.

Il entre dans les obligations de l'agent de transporter les bénéficiaires, avec toutes les contraintes que cela comprend.

L'utilisation permanente d'un véhicule personnel pour les déplacements professionnels n'est pas anodine. Outre les frais immédiats (carburant), les frais d'entretien sont nécessairement majorés, l'usure du véhicule plus précoce. Les modalités de remboursement compensent-elles les dépenses réelles ?

Il est important de rappeler que les intervenants sont souvent dans des situations précaires. Que se passerait-il en cas d'accident entraînant la destruction du véhicule ou son immobilisation prolongée ? L'activité professionnelle pourra-t-elle se poursuivre et le contrat maintenu ?

2.8 Contrat et procédure de prise en charge

La majorité des collectivités ayant répondu au questionnaire ont établi un contrat avec le bénéficiaire. Les modalités administratives et financières sont clairement signifiées, les limites de l'intervention peuvent être plus floues.

Certaines collectivités ont établi des procédures écrites de prise en charge du bénéficiaire, de modification ou d'arrêt, mais les agents n'en ont pas toujours connaissance ou une copie.

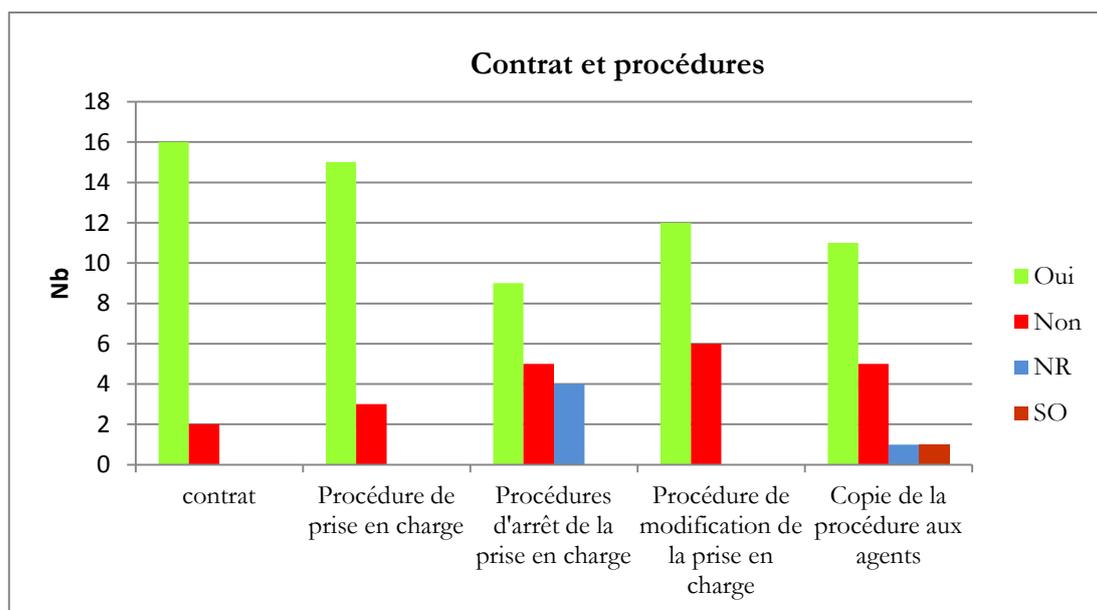
Les principaux motifs de modification ou d'interruption de la prise en charge, avancés par les collectivités (8 collectivités sur 18), hormis une hospitalisation du bénéficiaire, sont liés à l'insalubrité du logement et la mise en danger du bénéficiaire ou de l'intervenant.

Les évaluations intermédiaires ne sont pas systématisées.

En l'absence d'évaluation systématique et de procédures précises, la poursuite de la prise en charge et ses modalités « pratiques » peuvent vite devenir de la responsabilité de l'intervenant. Lorsque l'état de santé du bénéficiaire se dégrade progressivement, les intervenants s'adaptent et intègrent cette évolution dans leur prise en charge. Il est possible de supposer qu'il en serait de même si l'état du logement se dégradait progressivement.

De plus, même en mettant en place une rotation des agents auprès des bénéficiaires, des liens « affectifs » se créent nécessairement impactant sur l'objectivité de l'intervenant.

Il peut être supposé que certains intervenants sont sollicités, parfois moyennant finances, par le bénéficiaire pour des tâches non prévues au contrat. Si le temps accordé à la réalisation des interventions au domicile du bénéficiaire ne le permet pas, il est cohérent de penser que les intervenants peuvent y répondre sur leur temps personnel. La probabilité est d'autant plus importante que les intervenants ont souvent des temps de travail incomplets et recherchent des heures complémentaires.



2.9 Règlement intérieur

La majorité des collectivités (17/18) ont un règlement intérieur, les agents d'une de ces collectivités n'ont pas connaissance du règlement intérieur.

Or, il peut être difficile pour une collectivité de se positionner sur le plan disciplinaire en l'absence de règlement intérieur.

3. Les bénéficiaires

Les services d'aide à domicile prennent en charge des personnes dites fragilisées, que ce soit des personnes âgées ou des personnes en situation bénéficiant de la PCH.

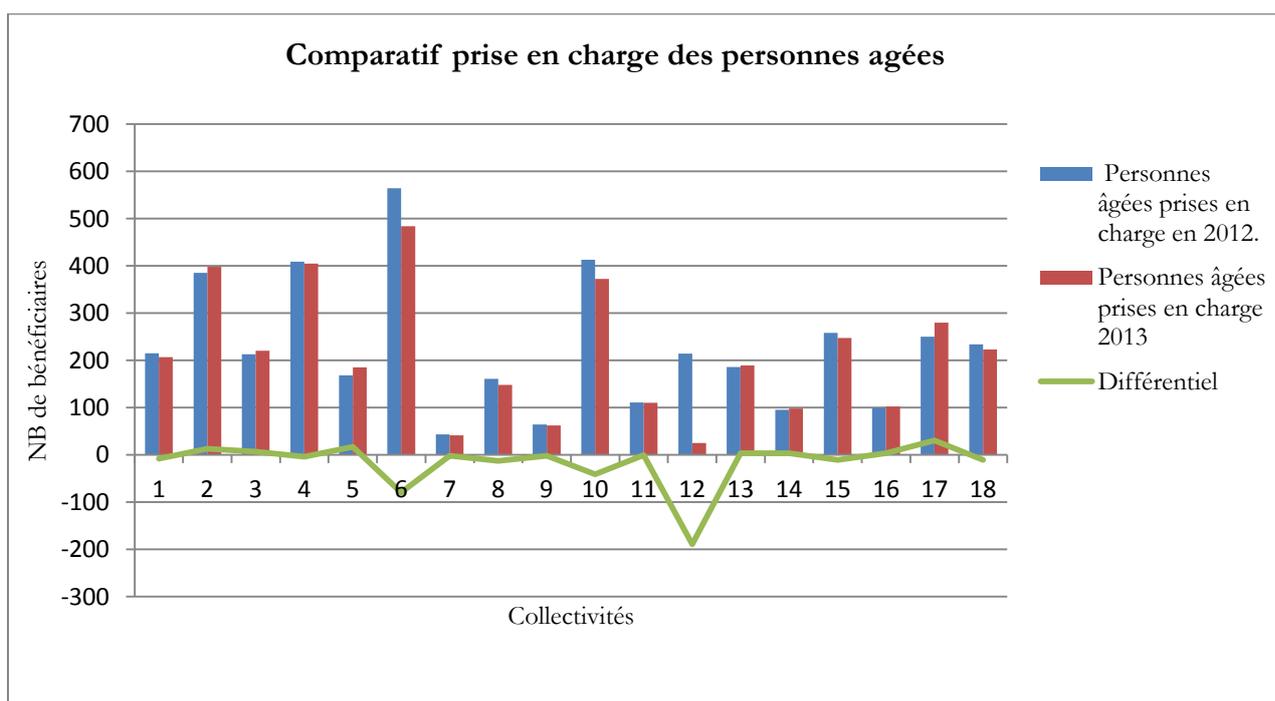
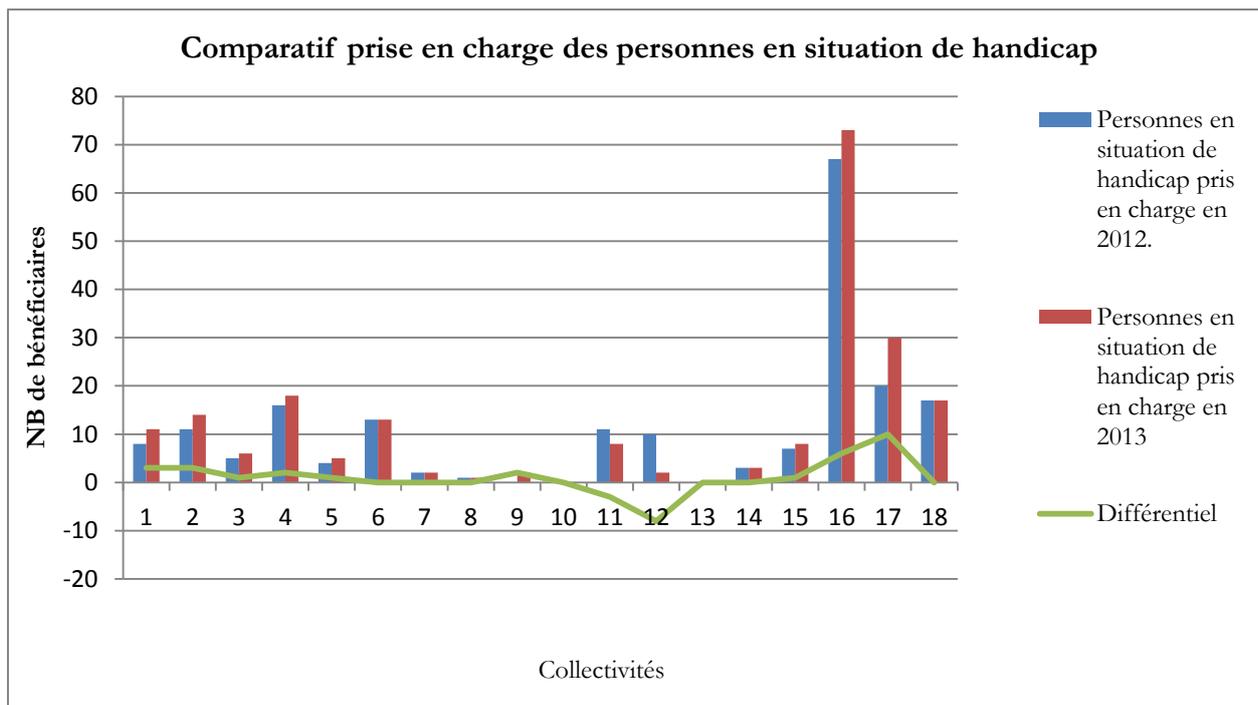
Les attentes et besoins du bénéficiaire peuvent s'avérer différents selon qu'il s'agit d'une personne âgée ou d'une personne en situation de handicap.

Il nous a semblé nécessaire :

- D'identifier le type de bénéficiaire concerné par les collectivités du département
- De voir s'il était possible d'observer une modification du type de bénéficiaire pris en charge sur les années 2012/2013.

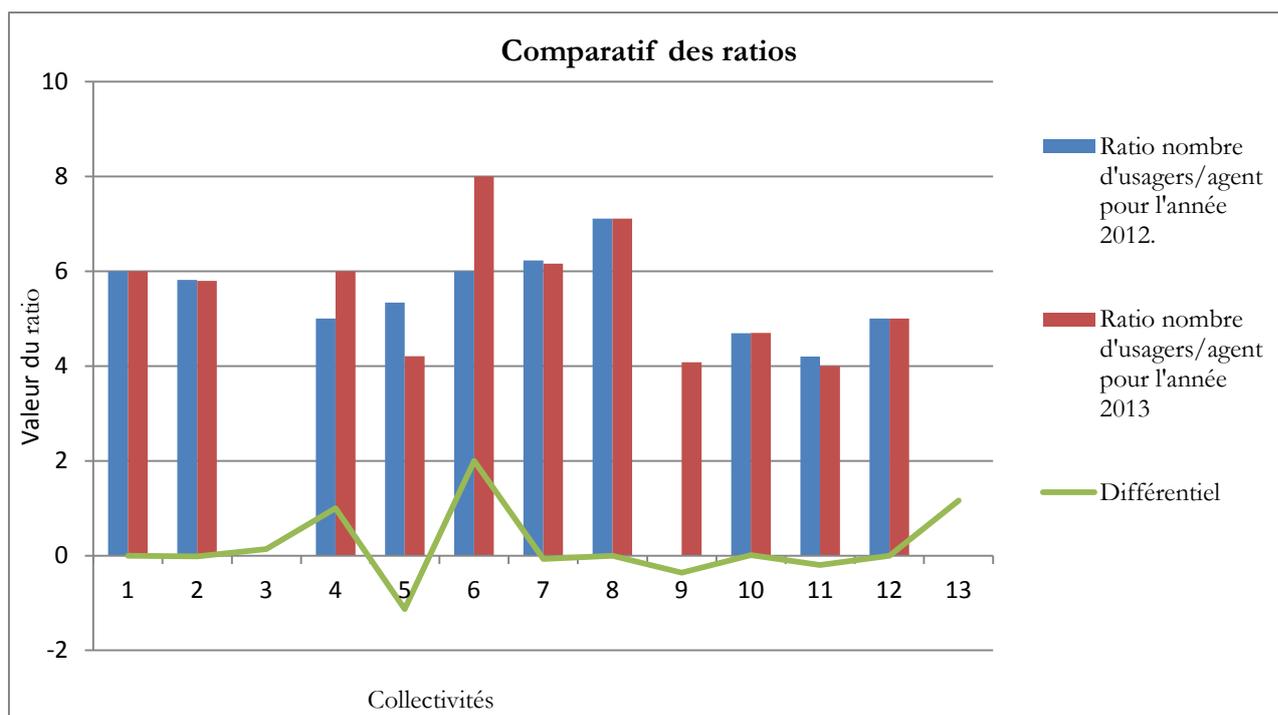
Un comparatif a été réalisé en s'appuyant sur les données recueillies avec les questionnaires.

Sur les deux graphiques ci-dessous, il est possible de constater une certaine stabilité concernant le nombre et le type de bénéficiaires pris en charge.



Cette apparente constance dans le nombre de bénéficiaires pris en charge nous amène à nous interroger sur les ratios bénéficiaires/agent, que le bénéficiaire soit une personne âgée ou une personne en situation de handicap.

Si l'on observe les effectifs annoncés dans le questionnaire, il semble exister (sous toute réserve d'une erreur de saisie lors du remplissage du questionnaire) une baisse sensible des effectifs de bénéficiaires.



Toute augmentation du ratio implique une augmentation de la charge de travail, de son intensification et de sa pénibilité. Il peut être supposé que les contraintes budgétaires ou/et la sinistralité contribuent à cette situation.

4. Les risques professionnels

4.1 La sinistralité

✓ Données statistiques nationales

Selon la revue Santé et Travail de janvier 2015, la sinistralité dans le domaine de l'aide et le secteur des soins à domicile est supérieure à celle du bâtiment.

Le Bulletin officiel du site du Ministère des Affaires Sociales et de La Santé_ (B0 Santé – Protection sociale – Solidarité no 2014/02 du 15 mars 2014, Page 5) indique pour le secteur qui nous concerne que :

... « Le taux d'accident de travail s'élève à 47,8 pour 1 000 salariés contre 38 pour 1 000 salariés pour l'ensemble des activités tous secteurs d'activité (CTN) confondus.

Parmi les quatre indicateurs de sinistralité, trois mettent en évidence une sursinistralité de la population des services d'aide et de soins à domicile (SASAD). »

Indicateurs	SASAD	Ensemble, tous CTN confondus)
Indice de fréquence	47,8	38
Taux de fréquence	31,6	24,7
Taux de gravité	1,76	1,31

Indice de gravité	14,9	16,1
--------------------------	------	------

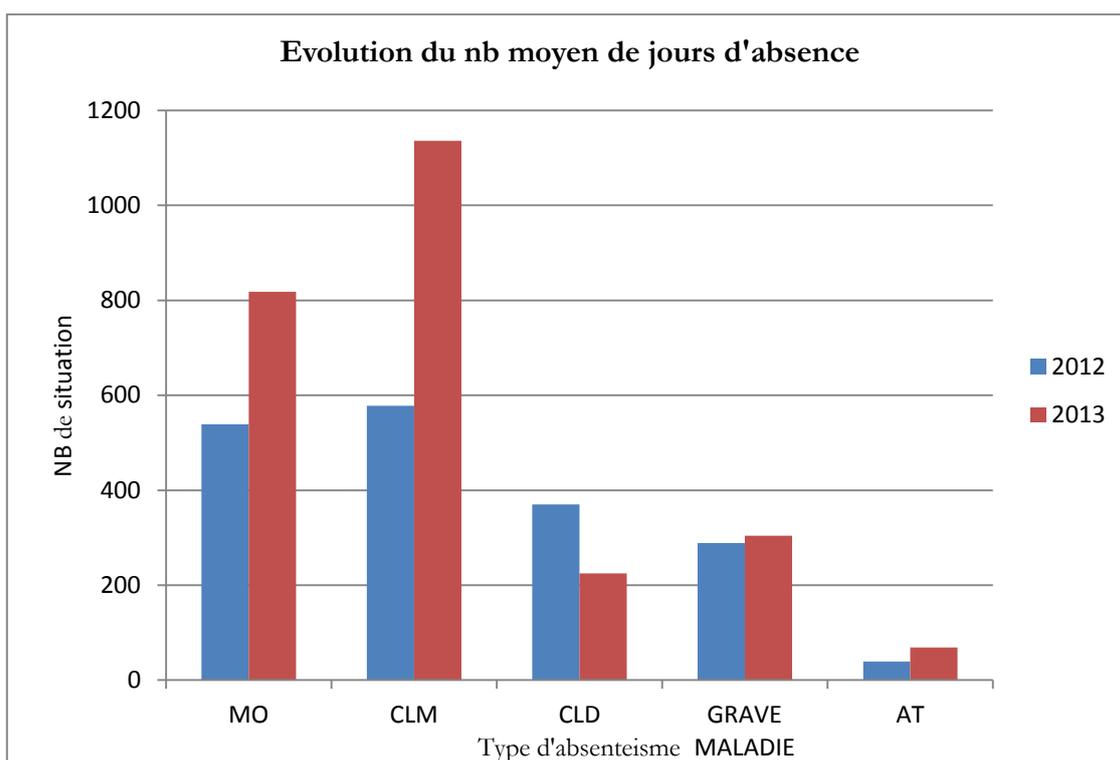
Pour rappel :

- *Indice de fréquence (IF) = (NB des accidents en premier règlement / effectif salarié) × 1 000*
- *Taux de fréquence (TF) = (NB des accidents en premier règlement / heures travaillées) × 1 000 000*
- *Taux de gravité (TG) = (NB des journées perdues par incapacité temporaire / heures travaillées) × 1 000*
- *Indice de gravité (IG) = (somme des taux d'incapacité permanente / heures travaillées) × 1 000 000*

✓ Analyse des questionnaires

Les données recueillies sur 2012 et 2013 ont été analysées et comparées, en fonction du type de congés (maladies ordinaires, AT, MP, Congés Longue Maladie, Congés Longue Durée...) et de la durée de l'absence pour connaître l'évolution de la sinistralité.

Il apparaît une augmentation sensible du nombre de jours d'absence



Maladie ordinaire

→ Pour l'année 2012

14 collectivités sur 18 ont complété le questionnaire. Sur ces 14 collectivités, 3 ont déclaré ne pas avoir été confrontées aux arrêts pour maladie ordinaire.

11 collectivités ont été confrontées à des arrêts maladie ordinaire dont la durée totale varie de 281 jours à 1478 jours.

Le total cumulé est de 6472 jours soit une moyenne de 539 jours par collectivité, avec des durées variant de 5,8 jours/agent à plus de 22 jours.

Certaines collectivités ont dû absorber un absentéisme de l'ordre de 20 jours/agent pour une équipe de moins de 50 personnes, avec toutes les conséquences financières et humaines que cela comprend.

Absorber un tel taux d'absentéisme impose pour les responsables de structure une réorganisation permanente des emplois du temps des intervenants à domicile. Du point de vue des intervenantes, absorber en partie la charge de travail dévolue à une collègue (parce que celle-ci est en arrêt travail,) offre effectivement un complément de salaire, mais augmente sensiblement la pénibilité et la fatigabilité.

→ Pour l'année 2013

Ces mêmes 14 collectivités ont complété le questionnaire.

Sur ces 14 collectivités, une seule a déclaré ne pas avoir été confrontée aux arrêts pour maladie ordinaire.

Le total cumulé est de 10 646 jours d'arrêt soit une moyenne de 818 jours par collectivité avec des durées variant de 6 à plus de 80 jours.

Certaines collectivités ont été confrontées à l'absentéisme moyen pouvant aller jusqu'à 87 jours/agent pour une équipe de moins de 50 personnes.

Selon les données SOFCAP, la durée moyenne des arrêts en 2014 est de l'ordre de 22 jours, avec une fréquence de 54 % des agents employés. **Vérifier si donnée Nat ou ciblée**

Congés longue maladie

→ Pour l'année 2012

10 collectivités sur 18 ont complété le questionnaire.

Sur ces 10 collectivités, 5 ont déclaré avoir un ou plusieurs agents bénéficiant de congé longue maladie pour un total de 2893 jours ce qui représente une durée moyenne de 578,6 jours par collectivités ou 15,22 jours/agent.

→ Pour l'année 2013

11 collectivités sur 18 ont complété le questionnaire.

Sur ces 11 collectivités, 2 ont déclaré avoir eu un ou plusieurs agents bénéficiant de congé longue maladie pour un total de 2273 jours soit une moyenne de 1136 jours par collectivités ou 14,38 jours/agent.

2 collectivités avaient déjà des agents en congé longue maladie en 2012. Il s'agit potentiellement des mêmes agents.

Selon les données SOFCAP, le coût d'une longue maladie est d'environ 68 800 € pour un arrêt d'une durée de 1095 j dont 365 à plein traitement et 730 à demi traitement.

En extrapolant, le coût de la longue maladie peut être évalué à 181 158 € pour l'année 2012 et à 142 814 € pour l'année 2013.

Congé longue durée

→ Pour l'année 2012

10 collectivités sur 18 ont complété le questionnaire.

Sur ces 10 collectivités, 7 ont déclaré ne pas avoir d'agent bénéficiant de congé longue durée, les 3 autres totalisent 1111 jours d'arrêt soit une moyenne de 370 jours par collectivité.

→ Pour l'année 2013

Sur ces mêmes 10 collectivités, 6 ont déclaré ne pas avoir d'agent bénéficiant de congé longue durée, les 4 autres totalisent 901 journées en arrêt longue durée soit une moyenne de 225,25 jours par collectivité.

Congés Grave maladie :

→ Pour l'année 2012

10 collectivités sur 18 ont complété le questionnaire. Sur ces 10 collectivités, 8 ont déclaré ne pas avoir d'agent bénéficiant de congés grave maladie, les 2 autres collectivités totalisent 579 jours d'arrêt soit une moyenne de 289 jours par collectivités soit près de 3 jours par agent.

→ Pour l'année 2013

Sur ces mêmes 10 collectivités, 8 ont déclaré ne pas avoir d'agents bénéficiant de congés grave maladie, les 2 autres totalisent 609 jours d'absence soit 304 jours par collectivités et 7 jours par agent.

Accident de Travail et Maladie Professionnelle

→ Pour l'année 2012

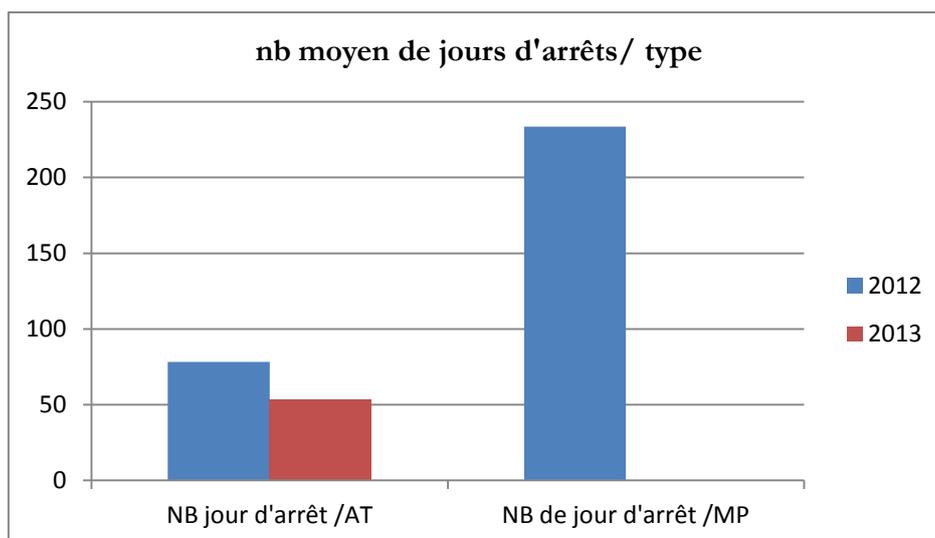
39 déclarations d'accidents de travail ont été à l'origine de 3055 jours d'arrêt soit environ 78 jours par accident.

→ Pour l'année 2013

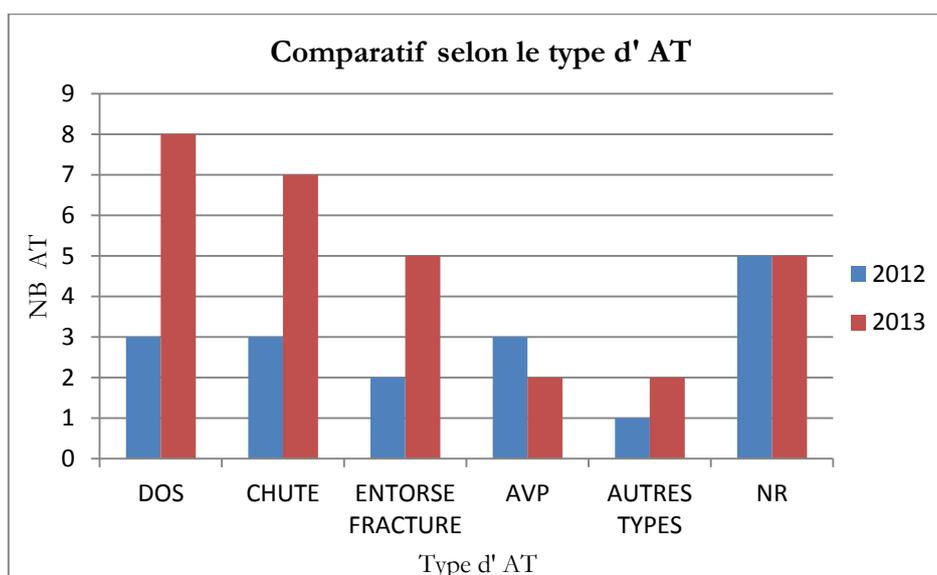
69 déclarations d'accidents de travail à l'origine de 3671 jours d'arrêt soit environ 53 jours/accident.

Il est possible de constater que le nombre de déclarations d'accidents de travail est presque supérieur de 77 % entre 2012 et 2013 alors que le nombre de jours d'arrêt par agent a baissé d'environ 32 %.

Est-ce à dire que la fréquence est plus importante, mais avec une gravité moindre ?



Un comparatif des principales causes d'Accident du Travail s'est imposé.



Selon les informations recueillies, les Accidents de Travail portent majoritairement sur des problématiques rachidiennes et de chutes.

Il est à noter que les entorses et fractures identifiées sont le plus souvent une conséquence des chutes.

Il est cohérent de penser que les chutes traduisent un travail sous contrainte temporelle.

Selon les données SOFCAP, sur l'ensemble des AT des collectivités affiliées, toutes catégories confondues :

- Les chutes ou glissades représentent près de 1 accident sur 3.

- Les efforts de soulèvement représentent près de 21 % des AT.
- Le coût d'un AT est évalué à 2500 euros par an avec un coût moyen de 316 euros par an et par agent.

L'accident du travail et la maladie professionnelle génèrent des coûts directs (coût des assurances) et indirects (coût non assuré) pour la collectivité. Le coût indirect est la partie immergée de l'iceberg, la plus importante, puisqu'il représente de 3 à 5 fois le coût direct.

Pour évaluer le coût d'un accident de travail, il est nécessaire de prendre en compte les coûts directs et indirects.

Coût d'un accident = coût direct + coût indirect

Coût direct :

- L'indemnisation des absences
- Frais médicaux

Coût indirect

- Frais de remplacements
- Augmentation des cotisations d'assurance
- Gestion administrative
- Perte de productivité

Les pathologies du rachis peuvent s'avérer évolutives et invalidantes.

En ce qui concerne les Maladies Professionnelles, les lésions portent essentiellement sur les articulations des membres supérieurs avec des pathologies d'hyper sollicitation, TMS (Troubles Musculo Squelettiques).

✓ Rappel sur les TMS

Les TMS résultent d'un déséquilibre entre les capacités physiques du corps et les sollicitations et contraintes auxquelles il est exposé. Le plus souvent les TMS s'installent de façon progressive suite à des sollicitations intensives.

Dans certains cas l'agent ne peut pas exercer son activité professionnelle, même sur un poste aménagé. Un reclassement est alors nécessaire, avec toute la difficulté que cela représente pour les collectivités.

1. L'origine des TMS est multi factorielle.

- **Les facteurs biomécaniques**

Il s'agit des mouvements de force, des postures extrêmes, une forte répétitivité du même geste, le travail statique, les vibrations et chocs mécaniques, le froid...

- **Les contraintes psychosociales**

Ces facteurs reposent sur la façon dont le travail est perçu par les salariés comme l'insatisfaction d'un travail monotone, la tension engendrée par les délais à respecter, le manque de reconnaissance professionnelle, les relations sociales dégradées, l'absence de soutien du supérieur hiérarchique et des collègues ou l'insécurité de l'emploi.

- **Les contraintes organisationnelles**

Elles sont liées à l'organisation et à l'environnement de travail.

Ce constat nous amène à étudier l'impact de l'activité de travail sur le risque d'apparition de maladies professionnelles.

2. Données chiffrées sur les TMS

Selon les données recueillies sur le site du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social :

- Le coût des TMS représente 40 % du coût total des maladies professionnelles, avec un coût moyen estimé de 21 300 € par TMS.
- Les activités les plus exposées en nombre de TMS déclarés et reconnus (avec ou sans arrêt) sont : en premier, la grande distribution, suivi en second plan par les salariés occupant un poste dans le secteur social et plus particulièrement celui du maintien à domicile.

Selon la CNAM, près de 40 % des salariés ayant présenté des TMS ont des séquelles (incapacité permanente partielle). Les TMS sont le 1^{er} facteur d'inaptitude professionnelle.

4.2 Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

Il entre dans les obligations de l'employeur d'identifier, d'évaluer et classer les risques professionnels pour la santé et la sécurité du personnel, afin de déterminer les actions de prévention à mettre en place.

Ce document est rendu obligatoire par décret, Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001.

Il doit être accessible à tous, doit être mis à jour annuellement ou dès qu'une modification technique, organisationnelle ou humaine intervient. (nouvel outil, nouveaux horaires...).

Sur les 18 collectivités interrogées, la moitié n'a pas rédigé le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DU).

Pour l'autre moitié, 4 collectivités ont un DU mais les agents de seulement 2 de celles-ci ont connaissance de son existence ; pour 5 collectivités, le DU est en cours de rédaction.

L'absence d'identification des risques et donc d'action de prévention ne peut que participer à l'augmentation de la sinistralité ou à l'apparition de pathologies plus ou moins invalidantes.

4.3 Les principaux risques

Au vu de la sinistralité dans cette branche les CARSAT de plusieurs régions, l'INRS, l'ANACT ont établi des grilles d'exposition aux risques professionnels.

Il apparaît plusieurs grandes familles de risques

- Les risques physiques
- Les risques biologiques
- Les risques chimiques
- Les risques routiers
- Les risques liés aux modalités organisationnelles et à la charge mentale

Outre les données concernant la sinistralité, les réponses aux questionnaires ont permis aux encadrants de prendre conscience des risques auxquels sont exposés les intervenants à domicile.

a) Les risques physiques

Les principaux risques sont liés aux :

- Efforts lors à la manutention ou la mobilisation à l'origine d'atteintes au niveau du rachis. (mobilisation des bénéficiaires ou manutention d'objets)
- Contraintes posturales
- Hyper sollicitations des articulations des membres supérieurs, à l'origine de pathologies des épaules, coudes et poignets. (lors de la réalisation d'actes auprès du bénéficiaire ou de certaines tâches d'entretien des locaux).
- Brûlures et coupures lors de la préparation des repas.
- Chutes, le plus souvent de plain-pied.

Selon les données recueillies :

12 collectivités estiment que les agents sont soumis à des risques de brûlure et 14 à des risques de coupure.

Toutes considèrent que les agents sont soumis à la manutention de personnes ou d'objet.

Efforts de manutention et pathologies d'hyper sollicitation

Il nous a semblé important de vous présenter quelques cas de figure pouvant être à l'origine d'efforts de manutention, de mobilisation, de traction/poussée, de mouvements hors des zones articulaires de confort pouvant être à l'origine d'apparition de pathologies.

Plusieurs situations peuvent être rencontrées :

Le bénéficiaire est dans l'incapacité physique partielle de se déplacer ou de se mouvoir.

Sans aide technique, le bénéficiaire risque :

- De s'écrouler lors de son déplacement. Dans ce cas l'agent doit impérativement être en capacité de le retenir pour éviter toutes chutes qui pourraient se révéler graves chez une

personne âgée. Des difficultés aux déplacements peuvent être liées à des problématiques physiques, aux craintes.

- D'être incapable de maintenir la posture dans le lit lorsque l'agent le pivote pour effectuer divers soins.

Dans ce cas l'agent doit maintenir le bénéficiaire d'une main alors qu'il effectue des soins, notamment la toilette, et le maintenir de l'autre main. Sans pratiquer ainsi, le bénéficiaire risque de basculer sur le bras de l'agent et de le lui coincer.

Le bénéficiaire est dans l'incapacité physique totale de se déplacer

Sans aide technique, l'intervenant serait obligé de le « porter ». Les efforts de manutention lors de toute mobilisation sont particulièrement importants. Ils impactent tout autant sur le rachis que les membres supérieurs (épaule).

Des aides techniques peuvent être mises en place pour éviter les efforts de manutention. Mais en fonction du type de domicile (marche, escaliers...) du dimensionnement des espaces de circulation, de la nature du sol (plus ou moins roulant), les efforts à produire sont plus ou moins importants.

Les efforts à produire et les postures à adopter pour manœuvrer avec du matériel peuvent être délétères pour le rachis et les articulations des membres supérieurs ; des mouvements de traction/poussée apparaissent.

Le choix du matériel visant à limiter les efforts de manutention dépend du bénéficiaire, mais également de la configuration architecturale des locaux.

Il n'existe pas de situation unique et reproductible.

Mettre en place du matériel inadapté aux locaux peut générer davantage de dégâts que de ne rien mettre.

Le bénéficiaire est opposant

Le bénéficiaire peut être opposant suite à :

- Des problèmes cognitifs.

Si les actes à réaliser imposent un déplacement, l'intervenant doit « motiver, voire forcer » le bénéficiaire. Les temps impartis à l'exécution des tâches ne permettent pas de s'attarder pour convaincre le bénéficiaire de la nécessité de se mobiliser.

Dans ce cas, outre le risque d'un comportement agressif, les efforts à produire seront particulièrement importants.

Les agents, qui sont majoritairement des femmes, ne peuvent pas « abandonner » le bénéficiaire ou passer le relais à un collègue (comme c'est le cas en secteur hospitalier). Si

certains actes (toilette) peuvent être délaissés, il est indispensable de mettre le bénéficiaire en sécurité.

Exemple : bénéficiaire qui refuse de s'habiller, de quitter la salle d'eau, impossible de partir en laissant la personne nue.

Il faut rappeler que les intervenants sont majoritairement des femmes.

_ Par crainte de tomber

Le bénéficiaire avancera à petits pas, traînant les pieds, « patinant » et adoptant une posture en rétropulsion. Les craintes du bénéficiaire sont disproportionnées par rapport au risque, voire irrationnelles, mais elles le tétanisent.

Le risque de chute est élevé ; l'intervenant doit le sécuriser physiquement et psychologiquement.

Les efforts en lien avec les tâches d'entretien.

Nettoyage des sols

En utilisant un aspirateur, les intervenants effectuent de nombreux mouvements sollicitant de manière intensive les articulations des épaules, antépulsion/rétropulsion des coudes avec une alternance de flexion/extension des bras.

Les tâches de balayage ou de lavage sollicitent également de manière importante les épaules et les coudes en rotation externe, prono-supination (mouvements de rotation de l'avant-bras autour d'un axe longitudinal), supination (mouvement qui fait tourner l'avant-bras vers le dehors), pronation (mouvement qui fait tourner l'avant-bras en dedans). L'ensemble de ces hyper sollicitations peut à terme, engendrer des pathologies articulaires.

A domicile, le lavage des sols est le plus souvent effectué avec des seaux plus ou moins remplis, divers produits ménagers et des toiles à pavé. Lors du transport des seaux, les agents portent des poids pouvant aller jusqu'à 10 kg selon le volume, adoptant en parallèle des postures en antéflexion en déposant le seau au sol.

Pour essorer les toiles à pavé, les agents exercent des pressions au niveau des mains, des flexions et des rotations des poignets, associées à des pressions importantes et des efforts de serrage.

Ces efforts peuvent générer des douleurs, voire des tendinites des membres supérieurs, notamment des poignets et doigts.

Mouvement de rotation du buste



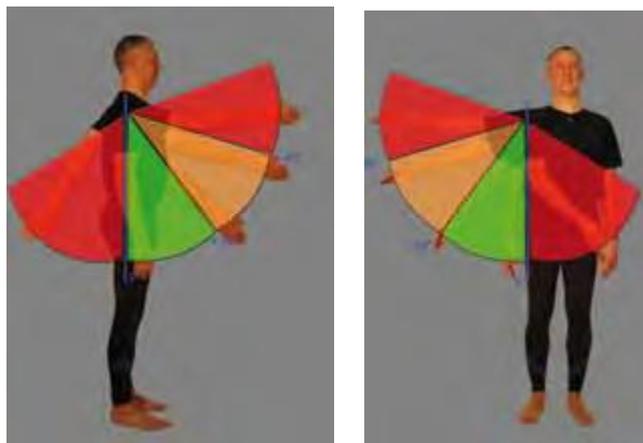
Posture en antéflexion



L'entretien des carreaux et surface en hauteur

Lors de l'entretien des carreaux, les intervenants travaillent bras au-dessus du niveau des épaules. Les mouvements effectués, de manière répétitive, hors des zones articulaires de confort peuvent engendrer l'apparition de douleurs et de maladies professionnelles.

Sur le schéma ci-dessous sont représentées en vert les zones articulaires de confort. Au-delà de ces zones, les gestes répétitifs peuvent engendrer des pathologies pouvant entrer dans le cadre des TMS (Troubles MusculoSqueletique) et être reconnus en maladie professionnelle. Le risque est majoré en présence de contraintes temporelles.



Il existe des aides techniques permettant de limiter les efforts liés à la mobilisation ou à la manutention du bénéficiaire.

Ces aides techniques sont plus ou moins connues, utilisées et préconisées selon la collectivité.

La mise en place de certaines de ces aides impose une prescription médicale et leur taux de remboursement est variable.

Certaines aides, notamment le petit matériel n'est pas pris en charge par la CPAM. Cependant, elles permettent de réduire les efforts de manutentions, donc les risques d'apparition de pathologies pour les agents, mais également les risques de « mauvaise » mobilisation pour les bénéficiaires.

Nous avons vu que le travail en binôme était très exceptionnel. Lorsqu'un agent rencontre des difficultés physiques, par investissement dans son métier et par nécessité financière, il poursuivra son activité jusqu'au seuil limite de la douleur.

En pratiquant ainsi, il majore le risque pour lui, mais également pour le bénéficiaire.

Conclusion

Ces douleurs, tout comme les Maladies Professionnelles, réduisent les capacités des agents à exercer pleinement leur activité professionnelle et amènent les médecins de prévention à poser des restrictions médicales. Dans certains cas, il peut être prononcé une inaptitude au poste de travail.

Si l'agent est titulaire, il apparaît alors une obligation de moyens pour la collectivité concernant les reclassements.

Les collectivités, de leur côté, sont confrontés à une situation complexe d'agents qui ne peuvent plus répondre au service attendu, aux exigences des bénéficiaires ou de leur entourage proche, aux contraintes économiques... et impossibilité de reclassement au vu de la spécificité du service et des missions.

Les données statiques ont permis de montrer que la tendance est aux recrutements par contrat ou des titularisations à moins de 28 h. Cependant toute augmentation de la sinistralité impacte nécessairement sur les budgets de la collectivité, d'autant que certaines sont auto- assureur, ou sur les dépenses de chacun lorsque les agents sont pris en charge par la CPAM.

Si la mise à disposition de petit matériel représente un investissement pour la collectivité, il peut contribuer à diminuer la sinistralité et améliorer la qualité de prise en charge des bénéficiaires.

Préconisations

Vous trouverez en pièce jointe un tableau non exhaustif de petit matériel dont les coûts pour certains sont inférieurs à 300 euros.

De même, certains équipements pour l'entretien des locaux visent à minimiser le port de charge et l'utilisation de produits chimiques.

Il est recommandé d'inscrire une obligation de mise à disposition de ce type de matériel au contrat, entre le bénéficiaire et la collectivité.

Il est également conseillé de mettre en place une formation de « formateur en Prévention des Risques liés à l'Activité Physique » (PRAP) souvent appelé gestes et postures, pour les encadrants ou un des agents du service. Ainsi formés, les contraintes posturales seront mieux identifiées et évaluées lors de la constitution du dossier de prise en charge et tout au long de cette dernière ; des actions préventives pourraient être mises en place.

Brûlures et coupures

Ces risques sont le plus souvent liés à la préparation des repas. Cependant le risque de brûlure reste présent, en particulier en secteur rural, selon le mode de chauffage (poêle).

Il peut être associé à un risque tant pour le bénéficiaire que l'intervenant d'intoxication au monoxyde de carbone.

Chutes

Il existe les chutes de plain-pied et les chutes de hauteur. Nombreux sont les aides à domicile qui montent sur un escabeau, un tabouret... pour nettoyer les carreaux... ou attraper un objet hors d'atteinte.

Les chutes de plain-pied peuvent avoir des origines multiples :

- Encombrement du domicile
- Exiguïté des lieux
- Présence d'un animal
- Mauvaise qualité de l'éclairage
- Pas hâtif pour gagner du temps entre 2 interventions
- Nature du sol extérieur et intérieur
- Présence de tapis, dénivelé, carrelage usé ou chemin herbeux...

Les données concernant les Accidents de Travail (AT) indiquent :

Pour l'année 2013, les chutes (plain pied et hauteur) représentent 7 AT/29.

Certains AT sont enregistrés non par le motif de l'AT, mais par sa conséquence, ainsi il apparaît 5 fractures ou entorses, qui sont vraisemblablement liées à des chutes.

Au total, les chutes et leur conséquence représentent près de 50 % des AT.

Il est à noter que s'il existe un risque de chute pour l'intervenant, il est également existant pour le bénéficiaire.

Il est cohérent de penser que si l'intervenant aide le bénéficiaire dans ses déplacements, il existe un risque de chute pour les 2.

Potentiellement, il apparaît également un risque de traumatisme pour le rachis ou les articulations des membres supérieurs si l'intervenant venait à tenter de retenir un bénéficiaire qui chute.

Le risque de chute est donc un élément primordial dont il est indispensable de tenir compte lors de la constitution du dossier de prise en charge, notamment limiter la sinistralité de la collectivité.

Préconisations

Pour prévenir le risque de chute, il sera nécessaire :

- D'interdire aux agents tout travail en hauteur sauf à utiliser du matériel sécurisé et de le stipuler dans le contrat de prise en charge.
- D'évaluer les risques de chute lors de la visite de prise en charge et si nécessaire demander au bénéficiaire ou à son entourage de libérer des espaces de circulation corrects.

Outre la formalisation sur le contrat, il est indispensable de cadrer ces obligations auprès du bénéficiaire, son entourage et les agents pour éviter toute dérive.

b) Les risques biologiques

Définition

L'article R. 4421-2 du Code du travail définit les agents biologiques comme étant des micro-organismes, y compris les micro-organismes génétiquement modifiés, des cultures cellulaires et des endoparasites humains susceptibles de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication.

Le risque biologique est lié à l'existence d'un virus, d'une bactérie, une toxine, un parasite susceptible de provoquer une infection chez un hôte.

Les principaux risques sont liés à

- Contact avec un bénéficiaire porteur d'une pathologie infectieuse, chronique ou non que ce soit au niveau urinaire, pulmonaire (bronchite, tuberculose...), cutané (gale), d'origine bactérienne (Bactérie multi résistante, avec le risque d'infection nosocomiale), virale ou parasitaire.
- Contact direct avec les sécrétions (urine, selles, sang)
- Entretien du linge contaminé
- Animaux porteurs d'une pathologie (zoonose)
- Evacuation des déchets.

Exemple : une protection souillée d'un bénéficiaire infecté, du matériel de soin contondant.

Selon les réponses à notre questionnaire, 8 des 18 collectivités déclarent que leurs agents sont soumis au contact du sang, les urines et les selles, les 10 autres excluent le contact avec le sang.

11 collectivités sur les 18 déclarent l'existence de procédures lorsque le bénéficiaire est infecté.

Cependant, si du matériel est parfois mis en place, cette procédure est essentiellement orale.

Il apparaît un risque élevé de contamination de l'agent.

Si celui-ci est contaminé, il est susceptible de transporter l'infection chez un autre bénéficiaire qui lui-même pourra le transmettre à un autre intervenant de son entourage.

Il existe plusieurs facteurs aggravants :

- Il est souvent opposé par les acteurs de santé un refus de transmission des informations médicales aux services d'aide à domicile, ces derniers n'ayant pas de compétences médicales et n'étant pas soumis au secret médical.
- La majorité des cas des encadrants des services de soins à domicile n'ont aucune compétence ni formation dans le domaine médical. Ils sont donc dans l'incapacité d'évaluer le risque et de mettre en place un dispositif de protection adaptée.
- Les intervenants n'ont aucune compétence médicale.

Il apparaît une situation ubuesque ; sous prétexte de garantir le secret médical et le bénéficiaire, il est choisi de prendre le risque de contaminer l'ensemble des bénéficiaires.

Vu de l'extérieur, la situation pourrait être « comique » si certains de ces risques infectieux ne pouvaient être vitaux.

Les risques de contamination par bactérie multi résistante

Les aides à domicile interviennent auprès de personnes fragilisées dont certaines ont déjà effectué de nombreux séjours en milieu hospitalier, notamment les personnes âgées souvent porteuses de plusieurs pathologies du fait de leur âge.

Plus le nombre de séjours en secteur hospitalier est important, plus il est subi d'actes invasifs, plus le risque d'infection nosocomiale par une bactérie multi résistante est important.

Outre ce risque, il existe une probabilité de blessures avec du matériel contaminé, notamment du matériel de soins.

Les risques liés au contact avec le sang

Si les intervenants n'effectuent aucun soin « médical », ils aident néanmoins le bénéficiaire dans les actes de la vie quotidienne.

Selon les informations recueillies, il n'est pas rare que les intervenants se piquent avec une aiguille souillée. Il peut s'agir d'une aiguille laissée en place par le bénéficiaire lui-même (test de glycémie) ou par un acteur de santé.

Il apparaît alors un risque de contamination directe suite à la blessure, avec une probabilité (même si elle est faible) d'infection par le virus de l'hépatite B ou du HIV.

En l'absence de connaissances et de capacité d'évaluer le risque et parce qu'il « connaît bien le bénéficiaire », il est probable que l'intervenant ne prendra aucune mesure adaptée et ne déclarera pas sa blessure.

Vous trouverez en annexe une fiche technique indiquant la procédure à suivre en cas de blessure/contact avec le sang. Il est vivement recommandé de former et informer les encadrants et les intervenants.

Autres risques infectieux

L'hygiène des locaux est parfois médiocre ; selon les informations recueillies, nombreux sont les logements ne bénéficiant pas de confort, salle d'eau, eau chaude au robinet...

Les personnes âgées sont parfois porteuses d'autres pathologies infectieuses.

Il existe un risque réel de contamination que ce soit par voie respiratoire (risque de pneumopathies, tuberculose non diagnostiquée chez le bénéficiaire), digestive ou cutanée avec la gale.

La prévention des risques biologiques

La prévention des risques biologiques est encadrée.

INRS : Les règles de prévention des risques biologiques relèvent des articles R. 4421-1 à R. 4427-5 du Code du travail. Elles s'appliquent aux établissements dans lesquels la nature de l'activité peut conduire à exposer les travailleurs à des agents biologiques.

La prévention passe par des mesures d'organisation du travail, de protection collective et individuelle, ainsi que d'information et de formation du personnel. Ces mesures de prévention doivent être adaptées à l'activité professionnelle considérée.

Plusieurs actions de prévention des risques biologiques peuvent être mises en place.

Outre les recommandations en matière de vaccination, quel que soit le risque, il est nécessaire de :

- Former les encadrants et les agents à se prémunir.
- Mettre en place les équipements (EPI) visant à ne pas exposer les intervenants et éviter la contamination en chaîne.
- À minima, il sera fourni des gants à usage unique, à volonté pour l'ensemble des intervenants. La mise à disposition de tenues de travail adaptées : blouses, tabliers plastiques à usage unique, permettront de limiter les risques de contamination et la transmission des germes manu-portés.
- Nous incitons les encadrants des services de soins à domicile à établir des relations privilégiées avec les acteurs de santé de leur secteur, afin d'être informés sans trahir le secret médical, des risques potentiels auxquels sont exposés les agents.

Exemple :

- Bénéficiaire porteur d'une bactérie multi résistante au niveau urinaire : porter des gants pour la toilette intime, le retrait des protections, le linge s'il est souillé d'urine...

- Bénéficiaire porteur d'une infection des bronches : faire porter un masque adapté.

S'il est impossible pour un praticien de déclarer que son patient est porteur d'une infection respiratoire, il peut cependant conseiller le port du masque pour les actes de proximité.

Pour les encadrants issus du milieu administratif, une formation de base aux différents risques biologiques semble utile. Formés et équipés d'un socle de compétences minimales, les encadrants pourraient mieux prendre « soin » des agents et contribuer à diminuer la sinistralité.

c) Le risque chimique

Les risques chimiques sont essentiellement liés à l'utilisation des produits lors de l'entretien des locaux.

Les lésions dues à l'exposition aux produits chimiques peuvent aller de simples irritations cutanées à des brûlures avec éventuellement des atteintes oculaires en cas de projection.

Il peut également exister des atteintes de l'appareil respiratoire en cas de mélange ou d'utilisation inadaptée des produits, ou encore le développement d'une allergie.

Selon les données recueillies, 13 des 18 collectivités estiment que les agents ont une parfaite connaissance des produits utilisés, seule une déclare émettre des conseils quant aux produits à utiliser.

Loin de vouloir mettre en doute la parole des collectivités, au vu des observations réalisées dans différents secteurs d'entretien des locaux, il existe parfois des lacunes quant à la bonne utilisation des produits ou leur dilution.

Exemple : eau de javel diluée dans de l'eau chaude, avec le risque d'émanation toxique et la perte de l'efficacité du produit.

Il existe des techniques permettant l'entretien des locaux avec un minimum ou sans produits chimiques.

Conclusion

Plus l'éventail de produits sera réduit moins il existera un risque de mélange inadapté, plus il sera facile de contrôler le degré d'exposition et de mettre en place les équipements et techniques de nettoyage adaptés.

Le système microfibre, cité dans le cadre de la prévention des efforts de manutention est adapté à ce type de technique.

Préconisations

- Il est suggéré d'établir une liste de techniques et produits nécessaires à l'entretien des locaux sans risque d'allergie ou toxicité particulière.

Cette liste pourrait être soumise au bénéficiaire et à son entourage, elle ferait partie intégrante du contrat.

→ Pour le cas où il serait impossible d'imposer une liste, malgré tous les avantages en matière de protection du personnel que cela représente, il est recommandé de lister les produits et équipements susceptibles d'être utilisés par les intervenants, de sélectionner ceux ne présentant pas de risque, et de joindre cette liste au contrat.

Ainsi l'intervenant effectuera les tâches d'entretien des locaux avec les produits et équipements sélectionnés, à charge pour le bénéficiaire ou son entourage de les lui mettre à disposition.

- Les EPI en adéquation avec les produits seront fournis par la collectivité.

Cette mesure peut paraître excessive, mais elle est nécessaire pour limiter les risques d'exposition aux produits chimiques. Des formations à l'entretien des locaux et au bon usage des produits peuvent également être intéressantes tant pour les intervenants que pour les encadrants, en charge de protéger leurs agents.

a) Les risques routiers

Les risques routiers sont liés :

- Aux temps prévus pour les trajets entre les domiciles de 2 bénéficiaires.

Le temps de trajet est calculé au plus juste, il n'est pas pris en compte les conditions météorologiques, l'intensité des flux de circulation, les dépassements de temps lors d'une intervention (pourtant un bénéficiaire peut être plus long certains jours)...

- Aux conditions météorologiques
- A l'état des routes
- A la connaissance du secteur, sans repères un intervenant peut se perdre.
- A l'état du véhicule de l'intervenant.
- Aux capacités de conduite de l'intervenant.

Conclusion

Il existe de multiples facteurs influant sur les risques routiers, tout aussi importants les uns que les autres et pouvant être associés.

Préconisation

- Il est souhaitable de prévoir des temps de trajet plus importants pour compenser à minima les aléas de circulation.
- Fournir des plans ou un GPS pour permettre à l'intervenant de s'orienter.
- La mise à disposition de véhicules de service serait idéale, mais utopique. Il peut néanmoins être recommandé un contrôle régulier des organes de sécurité du véhicule utilisé, à la charge de la collectivité.

Il est à rappeler qu'en 2013, il a été déclaré 2 Accidents de la circulation dont les conséquences n'ont pas été précisées.

Selon les informations recueillies sur le Dossier médico- technique (INRS, Document pour le médecin du travail N° 102 du 2e trimestre 2005) dans la base épicea (Etudes de Prévention par l'Informatisation des Comptes Rendus d'Accidents), il a été recensé 20 AT chez les aides à domicile, dont 12 accidents de la voie publique. 8 de ces accidents ont eu lieu lors de trajets entre les domiciles de 2 bénéficiaires ou lors de courses demandées par l'employeur.

b) Les risques liés aux modalités organisationnelles et la charge mentale

Les principaux risques sont liés à :

- Horaires contraignants.
- Travail à temps partiel contraint ; temps coupés.
- Travail « isolé ».
- Relation « conflictuelle » avec le bénéficiaire ou ses proches.
- Conflit de valeur.

Horaires contraignants et travail à temps partiel contraint ; temps coupés.

Pour répondre aux exigences de prise en charge notamment en matière d'hygiène de l'ensemble des bénéficiaires, la prise de fonction est très souvent matinale. De même, un certain nombre de bénéficiaires nécessitent une aide pour le coucher, dans ce cas la fin de service peut s'avérer tardive. Ces horaires contraignants sont difficilement compatibles avec une vie de famille. Il a été montré que les intervenants sont souvent des personnes en situation précaire, éventuellement des femmes seules avec enfants. Travailler avec des horaires contraignants impose une organisation de la vie personnelle sur les horaires de travail.

L'exigence de temps partiel contraint a un impact financier non négligeable sur les agents. Avec les temps coupés il devient difficile, voir impossible, d'exercer une activité professionnelle complémentaire afin d'avoir un salaire équivalent à minima au SMIC.

Travailleur isolé

Les agents interviennent seuls au domicile des bénéficiaires.

Est considéré comme « travailleur isolé » toute personne ayant des phases de travail qui se déroulent hors de la vue ou de l'ouïe d'autres travailleurs.

C'est le cas des intervenants pendant les trajets routiers où ils sont complètement isolés et au domicile des bénéficiaires présentant un déficit cognitif. Il est d'ailleurs à signaler que les bénéficiaires ayant des troubles du comportement peuvent s'avérer dangereux pour les intervenants.

Relations conflictuelles

Il peut exister des relations conflictuelles entre l'intervenant et le bénéficiaire ou son entourage. Si les attentes du bénéficiaire ou de son entourage ne sont pas clairement explicitées, si les modalités d'intervention, les horaires, les équipements, les tâches à exécuter sont imprécis, l'agent peut être soumis à des injonctions paradoxales entre les consignes de la collectivité et les attentes du bénéficiaire. Cette situation est source de conflits.

Cette situation peut également apparaître en cas de dérive des tâches exécutées. Si un des intervenants, par gentillesse, sympathie... exécute des tâches non prévues, il met le reste de l'équipe en difficulté. Le bénéficiaire et/ou son entourage peuvent ne pas comprendre pourquoi certaines tâches sont « agent dépendant ».

Le stress peut apparaître dans de nombreuses situations, il peut être lié à :

- _ La gestion du temps : la durée d'une intervention pouvant être légèrement différente de celle prévue, cependant il est nécessaire de respecter un cadre horaire. Pour avoir suivi les agents exerçant cette profession, les bénéficiaires sont à tel point en attente de leur passage, qu'ils se montrent très vite impatients. Il ne faut pas oublier que l'aide à domicile participe à la réalisation technique des mets et donc qu'elle a également un rôle social indéniable, beaucoup de personnes étant isolées.
- _ La gestion ou confrontation à des situations d'urgence : nul l'intervenant n'est à l'abri de trouver un bénéficiaire en situation de danger vital. En l'absence de formation, de compétences et d'autorisation pour intervenir, l'agent est nécessairement en situation de stress.
- _ La dégradation physique ou cognitive du bénéficiaire ou à son décès : des liens affectifs se sont nécessairement créés au fil du temps.
- _ Distribution des médicaments

Dans l'absolu, les agents sont habilités à distribuer les médicaments préparés par autrui. Il n'entre pas dans leurs attributions de préparer les piluliers des bénéficiaires. Cependant, les agents « contrôlent » souvent le contenu des piluliers lorsqu'ils savent qu'ils sont réalisés par une personne n'ayant pas toutes les compétences à cet acte (conjoint du bénéficiaire présentant par exemple des troubles de la vision...)

La charge mentale peut être liée à :

Un manque de reconnaissance par les encadrants et les acteurs du secteur soin.

Si les agents n'effectuent aucun soin « médicaux », les aides à la toilette, l'habillage, l'alimentation... participent au maintien du bon état santé des bénéficiaires. De par leur rôle social, ils maintiennent le lien entre un bénéficiaire isolé et l'extérieur. Souvent les agents exécutent un travail masqué, comme remplir des feuilles de sécurité sociale, s'arrêter à la

pharmacie prendre les médicaments sur leur temps personnel, prendre rendez-vous auprès du médecin... autant de petites tâches « anodines », chronophages, mais nécessaires au maintien à domicile.

Très souvent, ces tâches ne sont pas valorisées ou valorisantes contrairement à un acte médical.

La définition de la mission

Les intervenants n'ont pas pour mission de « faire à la place de » mais d' « accompagner » en stimulant les bénéficiaires pour maintenir un degré maximal d'autonomie.

Les temps impartis à l'exécution des tâches ne prennent pas en compte cette donnée. Le calcul est fait « mécaniquement » sur le temps nécessaire à l'exécution d'une toilette, la réfection d'un lit...

Hors le besoin du bénéficiaire est tout autant technique que de l'ordre du maintien de la vie sociale. Ce rôle social est très souvent méconnu donc non reconnu.

Peut être serait-il temps de se questionner sur les vrais objectifs du maintien à domicile et sur la qualité de vie proposée ?

Le conflit de valeur

Définition : le conflit de valeur correspond à une souffrance éthique ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs, qu'elles soient personnelles, professionnelles, humaines ou sociales.

Les situations où les conflits de valeur apparaissent peuvent être multiples.

Il peut s'agir d'une obligation de « bousculer » le bénéficiaire pour effectuer les tâches attendues alors que celui-ci n'a pas envie. Ce peut être le cas des bénéficiaires qui voudraient simplement « discuter » alors qu'il est prévu une toilette.

Toute situation où il existe une prescription de travail qui s'oppose aux soins du bénéficiaire, ou que l'agent estime contraire à la bienveillance du bénéficiaire.

Le conflit de valeur peut également apparaître lors de l'exécution d'actes non autorisés.

Les aides à domicile ne sont pas habilitées à exécuter des soins « médicaux » ; cependant ce sont souvent les premières personnes intervenantes au domicile du bénéficiaire. Il arrive régulièrement que les intervenants soient confrontés à des bénéficiaires nécessitant un acte médical qu'ils ne devraient pas exécuter, mais pour lequel aucun soignant n'est disponible dans l'immédiat.

Quelques exemples

Pose de bandes de contention. La pose de bandes de contention doit être réalisée par du personnel soignant. Cependant, il est contre indiqué de lever le bénéficiaire tant que celles-ci ne

sont pas posées. Si l'intervenant est le premier au domicile, il ne peut « théoriquement » pas lever le bénéficiaire. Il est alors soumis à une injonction paradoxale : ne pas lever le bénéficiaire et ne pas réaliser les actes prévus, sachant qu'il ne pourra pas repasser plus tard dans la matinée, ou lever le bénéficiaire sans bandes ou poser lui-même les bandes de contention pour pouvoir rester en situation d'aidant face au bénéficiaire.

Problématiques de poche de colostomie. Les changements de poche de colostomie sont également des actes médicaux que les aides à domicile ne sont pas autorisées à réaliser. Il arrive, assez fréquemment, que la poche posée par l'infirmière se décolle lors de la toilette ou de la mobilisation du bénéficiaire. Si aucun personnel soignant n'est disponible immédiatement, l'intervenant a le choix entre laisser le bénéficiaire tel que, sachant qu'il est impossible de contrôler un anus artificiel et que par conséquent le bénéficiaire risque d'être souillé par ses excréments ou intervenir et poser une poche propre.

Ces situations peuvent être apparentées au conflit de valeur : exécuter des actes interdits, et devoir les masquer, a nécessairement un impact psychologique sur l'intervenant.

Conclusion

Les contraintes organisationnelles et la charge mentale sont très importantes.

Si aucune marge de manœuvre et espace de liberté n'est laissée aux intervenants, tout en « cadrant et encadrant le travail », il apparaîtra des dérives, tant du côté des intervenants que des bénéficiaires ou de leur entourage.

Il est reconnu à demi-mot que les intervenants dépassent parfois les limites de leur fonction en exécutant des actes non autorisés. Mais dans la mesure où ils sont « interdits », ces actes restent masqués, la parole ne peut être libérée. Outre l'impact psychologique, il peut exister un risque si ces actes ne sont pas exécutés comme il se doit.

Selon les réponses à notre questionnaire, 16 collectivités déclarent organiser des réunions régulières, mais celles-ci sont essentiellement axées sur le planning et l'approche « administrative/fonctionnement ». Leur périodicité est très variable, de bimensuelle à annuelle. Seules 6 collectivités ont créé des groupes de travail interne sur diverses thématiques, dont la limite des actes, les pathologies... 5 collectivités sollicitent des intervenants extérieurs : psychologue, sophrologue, kinésithérapeute, SIAD, HAD...

Préconisations

Pour éviter toute dérive, il est nécessaire de cadrer les limites de l'action de l'aide à domicile. Les tâches à exécuter doivent être stipulées dans le contrat, un document signé engageant le bénéficiaire et la collectivité doit exister. Il doit également être indiqué qu'aucune

tâche non prévue ne pourra être effectuée sans l'aval des responsables du service et que cet accord fera l'objet d'un avenant.

Il est impératif de définir avec précision le rôle fondamental des intervenants à domicile et peut être de valider qu'une discussion, un temps d'échange autour d'un café peut être tout aussi indispensable que des soins d'hygiène, tout étant question de dosage. Cette nouvelle approche du soin est développée dans le cadre des formations humanité.

Lorsque celles-ci sont amenées à exécuter des actes « interdits », il est indispensable qu'elles puissent le formuler pour qu'une solution soit trouvée, afin d'éviter d'être confrontées à nouveau à ce type de situation.

Il est nécessaire de mettre en place des réunions régulières avec des intervenants extérieurs pour que les aides à domicile, qui rappelons le, n'ont pas toujours de formation, puissent exprimer leurs problématiques, et acquérir des compétences utilisables sur le terrain.

VI. Diagnostic :

De nombreux intervenants exercent cette profession pour échapper à une situation précaire. Les modes organisationnels, les temps de travail (temps coupés, horaires, travail 7 j/7...) tendent à maintenir les intervenants dans cette situation.

Le niveau de professionnalisation de ces intervenants à domicile est très variable, mais il est extrêmement difficile pour les collectivités d'organiser des formations sur des thèmes précis du fait :

- Des problématiques de déplacement : beaucoup d'agents ne veulent pas sortir de leur territoire,
- Du fait que les agents appréhendent d'aller en formation, en souvenir du système scolaire où ils ont souvent été en échec.
- Des contraintes liées à la continuité des soins : il est difficile de faire partir plusieurs agents en formation sans interrompre les soins auprès des bénéficiaires.

Pourtant, une professionnalisation conduirait à une meilleure reconnaissance de ce métier.

La prise en charge à domicile d'un public fragilisé est amenée à se développer. Selon les données CARSAT de 2012, 400 000 postes étaient attendus à l'aune de 2015 alors qu'ils étaient au nombre de 120 000 en 2006.

Au vu des chiffres présentés ci-dessus et de leurs conséquences économiques, il apparaît la nécessité de mettre en place une prévention primaire.

Cette prévention primaire vise à maintenir une offre de service public de qualité tout en prenant en compte la situation des professionnels travaillant au domicile des bénéficiaires.

En l'absence de prévention primaire, seuls les agents ayant réussi à « tenir », soit parce que leur santé le leur a permis ; ceux qui ne seront pas atteints pas des TMS et déclarés inaptes, donc exclus du monde du travail, qui auront échappé aux accidents de la voie publique, qui auront réussi à maintenir un équilibre psychologique...seuls« les survivants » pourront faire carrière

VII. Piste de réflexion

L'amélioration des conditions de travail des Aides à Domicile se décline selon 3 axes : l'axe technique, organisationnel et la formation/professionnalisation.

Concernant l'axe technique, les aides à apporter s'organisent autour du bénéficiaire et autour de son environnement.

1. Axe technique

Autour du bénéficiaire

Les aides techniques à apporter sont en fonction du degré de dépendance du bénéficiaire et de l'espace dans lequel l'aide à domicile évolue pour la prise en charge du bénéficiaire.

Il s'avère donc indispensable qu'une évaluation précise de l'état cognitif et physique du bénéficiaire dans son environnement (entourage familial ou proche, domicile-espace de vie) puisse être réalisée par une personne compétente ;

La situation étant susceptible d'évoluer, des évaluations régulières doivent être programmées.

Matériel	Actions	Prévention des rachialgies	Prévention des TMS membres supérieurs	avantages pour le bénéficiaire
Disque de transfert	Aider à pivoter en position verticale	X	X	fluidité du pivotement
Planche slide,	faire pivoter seul le bénéficiaire dans le lit et le maintenir dans cette position	X		Latéralisation sans contrainte
Drap multi glisse	remonter le bénéficiaire dans le lit	X	X	supprimer la prise axillaire forcée
coussin easy turn	pivoter en position assise		X	faciliter la rotation

sangle poulie	remonter le bénéficiaire dans le lit	X	X	supprimer la prise axillaire forcée
Planche de transfert lit/chaise	faciliter les transferts	X	X	Eviter la verticalisation lors du passage lit/fauteuil ou fauteuil/toilettes...
Guidon de transfert	Passage de position assise à verticale, faciliter les déplacements	X	X	Sécuriser les transferts et les déplacements
Lève malade		X	X	
Ceinture multiprise	facilite les changements de position	X	X	Sécuriser le bénéficiaire

Autour de l'environnement

Les aides à domicile évoluent au domicile du bénéficiaire. La prise en charge se veut globale tant en matière de soins à la personne qu'en préparation des repas et traitement de l'environnement. Les agents sont alors confrontés à l'utilisation de produits chimiques (les produits d'entretien), au traitement des déchets et au traitement du linge.

Il apparaît des risques de coupure et de brûlure, d'intoxication ou d'allergie aux produits et de contamination virale et/ou bactérienne (contact avec les urines, les selles et parfois le sang).

Matériel	Coupure et brûlure	Dos/TMS	Intoxication ou d'allergie	Contamination virale et/ou bactérienne
Tablier plastique				X
Gants usage unique			X	X
Solution hydro alcoolique				X
Balai et équipement micro fibre		X	X	
Pelle aéroport		X		
Gants anti brûlure	X			
Produits ménagers non corrosifs/uniformisation			X	

des produits				
Chariot ou guéridon		X		
Mouilleur/raclette à manche télescopique		X		

Certains équipements d'aide à la manutention (type lève malade, Verticalisateur...) sont intégralement pris en charge par la CPAM sous réserve d'une prescription médicale.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), par le biais du Conseil Départemental, peut éventuellement aider à l'acquisition de petits matériels, chaque situation étant étudiée individuellement.

Comme cela est précisé dans le chapitre risques liés à la manutention, il existe de nombreux petits matériels qui sont susceptibles d'améliorer la qualité de la prise en charge du bénéficiaire ainsi que les conditions de travail des agents.

Les modalités de financement du matériel et équipements

L'achat de matériel représente un coût tant pour les collectivités que pour les bénéficiaires ou leur famille.

Conscients de l'intérêt que vous portez à la qualité du service rendu auprès de vos bénéficiaires, nous vous suggérons plusieurs pistes de financement.

⇒ Financement par la collectivité :

Il n'est pas prévu, dans les textes, de tarification spécifique liée à la mise à disposition de petits matériels achetés par la collectivité.

En conséquence, tout achat de matériel par la collectivité est acheté sur son budget propre et ne peut être répercuté.

Le matériel nécessaire à la prise en charge de chaque bénéficiaire est en fonction de son état de santé et degré de dépendance.

L'état de santé et les besoins du bénéficiaire peuvent varier dans le temps.

En conclusion, le petit matériel doit être mutualisé ; à charge pour la collectivité d'organiser son utilisation par les agents en fonction des besoins des bénéficiaires.

L'acquisition de petit matériel doit être incluse dans une démarche d'investissement sur le long terme. Elle entre dans le cadre de la prévention primaire pour éviter le risque d'apparition de Maladie Professionnelle, plus coûteuse ou de mise en place de restrictions médicales.

⇒ Financement par les bénéficiaires et/ou les familles :

Chaque situation est spécifique ; à charge pour la coordinatrice lorsqu'elle établit le plan d'aide au domicile, de suggérer à chaque bénéficiaire et/ou sa famille le petit matériel permettant une

meilleure qualité de prise en charge. Dans ce cas, le petit matériel ne serait pas mutualisé et resterait la propriété du bénéficiaire et/ou de sa famille.

⇒ ***Financement par le biais du FIPHFP :***

Les collectivités sont confrontées à des problématiques de retour à l'emploi d'agents victimes de maladies professionnelles, accidents de service ou présentant des restrictions médicales. De même, lors des visites périodiques, les médecins de prévention émettent des avis de compatibilité avec restrictions sur le constat d'une altération de l'état de santé des agents.

En matière d'organisation du travail, la situation devient vite complexe pour la collectivité, au risque de faire supporter par les agents les « mieux portants », la prise en charge des bénéficiaires les plus lourds.

La mise à disposition de petit matériel peut permettre le maintien dans l'emploi d'un agent présentant un handicap à l'exercice de ses missions. Sur prescription du médecin de prévention, une étude de la situation de travail peut être réalisée. Suite à cette étude et en fonction de chaque situation, la mise à disposition de petit matériel peut être conseillée. Dans ce cas, ce petit matériel peut être pris en charge par le FIPHFP en compensation du handicap de l'agent. Sur le principe, ce matériel est lié à un agent et à sa situation de handicap, il ne devrait pas être mutualisé.

2. L'axe organisationnel

- La prévention passe par le cadrage des missions.
 - _ Il est nécessaire d'inscrire aux contrats les limites précises et détaillées des tâches à exécuter, avec quels équipements, quels produits, quelles techniques.
 - _ Il est nécessaire de réaliser des évaluations intermédiaires de l'état de santé physique et cognitif du bénéficiaire, pour éviter tout phénomène d'adaptation de la part des intervenants. De même, la visite de prise en charge mériterait d'être réalisée en présence d'un intervenant, plus aguerri aux problématiques de terrain.
- Intégrer systématiquement et intégralement les contraintes de trajet inter domiciles dans le temps de travail ; à ce jour, 14 collectivités le prennent en compte avec parfois des limites temporelles (1 / 4 h)
- Organiser des réunions « obligatoires » pour rompre l'isolement, partager les pratiques, échanger avec des intervenants extérieurs sur des thèmes précis... ces réunions permettraient des échanges avec l'équipe d'encadrement et contribueraient également à développer leurs connaissances des réalités de terrain.

3. La formation

Au vu des résultats de notre enquête et de nos échanges, il apparaît un déficit parfois crucial de qualification et de formation.

Il est à noter que les encadrants sont majoritairement issus du milieu administratif et n'ont aucune connaissance et compétence en matière de soins, prise en charge...

Selon leur propre aveu, il leur est difficile d'évaluer la réalité du terrain et les difficultés rencontrées par leurs agents dans l'exercice de leurs missions.

Certains encadrants se sont vu refuser des formations PRAP (gestes et postures).

Encadrer une équipe de personnes intervenant à domicile pour des actes touchant à l'intimité (toilette, entretien du linge...) demande une compréhension du métier et des difficultés de terrain qui ne s'improvise pas, il est nécessaire de former l'encadrement.

La qualité de la prise en charge des bénéficiaires et la prévention primaire des risques professionnels passent également par une qualification des agents et leur formation tout au long de leur vie professionnelle.

L'utilisation de certains matériels exige également une formation.

La sécurité de l'utilisateur et du bénéficiaire ainsi que la qualité du travail exécuté auprès de ce dernier en dépendent.

Divers thèmes méritent d'être traités, tant sur les techniques de soin que sur celles concernant la mobilisation des bénéficiaires (PRAP), les techniques d'entretien et l'hygiène...

Il semble nécessaire que chaque collectivité mette en place un plan de formation pluriannuel.

Nous déroulerons les formations souhaitables, par catégories, diplômantes ou non et par thèmes.

⇒ *Formations diplômantes*

BEP ASSP: BEP Accompagnement Soins et Services à la Personne

ADVF: Titre d'Assistant De Vie aux Familles

DEAVS: Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale qui remplace le CAFAD (Certificat d'Aptitude Aux Fonctions D'aide à Domicile)

⇒ *Formations non diplômantes*

Ces formations, classées par thèmes, sont complémentaires.

-Thématique Prévention Sécurité

- PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique): dénomination ancienne « gestes et postures ». Cette formation enseigne les techniques de manutention à mettre en place dans un secteur d'activité donné. Les techniques acquises permettent de :
- limiter le risque de TMS ou de pathologies du rachis chez l'agent

-améliorer le confort du bénéficiaire lors de sa mobilisation.

En conclusion, cette formation est doublement bénéfique.

- Formateur PRAP : l'agent reconnu formateur PRAP peut accompagner l'ensemble de l'équipe lors de la prise en charge de bénéficiaires dont la mobilisation est complexe. Ses compétences et son expertise lui permettent d'intervenir en soutien à l'équipe, quelles que soient les conditions d'hébergement du bénéficiaire. Il est le garant pour ses collègues des techniques acquises lors de la formation.
- Formation à l'utilisation du matériel mis à disposition à domicile.

-Thématique Hygiène

- Les bonnes pratiques de l'hygiène dans le soin (lavage des mains, chronologie des soins...)
- Soins d'hygiène et de bien-être au domicile (toilette, confort, installation, mobilisation...)
- Entretien du cadre de vie (techniques de « ménage » et bonne utilisation des produits et du matériel)

-Thématique médicale

- Les principales pathologies du grand âge
- Prise en charge d'un bénéficiaire en situation de handicap
- Prise en charge d'un bénéficiaire âgé dépendant
- Repérage des signes d'alerte
- Les troubles du comportement de la personne âgée (Maladie d'Alzheimer...)

-Thématique psychologie :

- Rôle, place et limites de l'aide à domicile (bon positionnement de l'aide à domicile dans la relation au bénéficiaire et à son entourage...)
- Relation d'aide
- Syndrome de glissement, soutien et stimulation

Définition : Le syndrome de glissement est une décompensation rapide de l'état général faisant suite à une affection aiguë qui est en voie de guérison et qui paraît guérir. La personne semble ne plus avoir envie de vivre.

- Gérer les situations de conflit
- Gérer la violence et l'agressivité du bénéficiaire et/ou de son entourage
- Accompagnement de la fin de vie auprès du bénéficiaire et/ou de son entourage

-Thématique pratique professionnelle

- Les sujets de cette thématique doivent être abordés lors de réunions d'équipe. Elles doivent intégrer les retours d'expériences, la théorie et si possible bénéficier de l'accompagnement d'intervenants extérieurs [médecin, infirmière, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute...];
- Gestion d'une situation d'urgence [qui appeler, qui contacter, les limites des actions de l'aide à domicile...]
- Echanges et analyses de pratiques
- Prévenir et gérer le stress au travail
- Gérer le deuil

Des parcours de formation peuvent être organisés, via le CNFPT.

La principale difficulté rencontrée par les collectivités, outre les problématiques budgétaires, porte sur l'obligation de la continuité des soins. Il s'avère donc difficile de laisser plusieurs agents partir en formation simultanément, même si l'ensemble de l'équipe pourrait en bénéficier.

Le CNFPT peut organiser des formations sur sites et thématiques choisis, sous réserve de constituer des groupes de 10 participants minimum.

Il appartient aux différentes collectivités de mutualiser leurs demandes sur une thématique donnée.

Ainsi la continuité des soins peut être maintenue, différentes thématiques pourraient être abordées dans le cadre du plan de formation pluriannuel en réduisant pour chaque collectivité le coût des formations.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

Schéma départemental en direction des personnes âgées, conseil département de l'Eure
<http://www.eure-en-ligne.fr/>

Insee : Schéma départemental de l'Eure en direction des personnes âgées - Contribution de l'Insee
<http://www.insee.fr/>