**** 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mastère Spécialisé en management des structures**

**d’action sociale et de santé**

**- MS MSAS -**

**Promotion 2017 – 2018**

**COMMENT METTRE EN PLACE UNE DEMARCHE DE MAITRISE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN COHERENCE AVEC LE MANAGEMENT D’UNE STRUCTURE DE SERVICES A LA PERSONNE**

**DESCLERC Corinne**

**Sous la direction de : BRUNET Sylvie**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comment mettre en place une démarche de maîtrise des risques psychosociaux en cohérence avec le management d’une structure de services à la personne**

***REMERCIEMENTS***

***J’avais hâte d’atteindre cette étape, celle des remerciements !***

***Enfin je peux exprimer par écrit toute ma gratitude aux personnes qui ont donné de leur temps pour m’accompagner, me soutenir et m’encourager dans cet exercice difficile mais au combien riche qu’a été cette formation.***

***Mes remerciements sont adressés naturellement à :***

* ***Sylvie Brunet pour ses conseils avisés et pour son encadrement dans ce travail en me guidant par son niveau d’expertise et d’analyse,***
* ***Alain pour sa relecture à chaque chapitre et qui m’a sans aucun doute permis de préciser et affiner mon propos,***
* ***Thierry pour sa relecture et minutieuse correction,***
* ***Mon père, ma sœur et mes nièces pour leurs encouragements à chaque note obtenue.***
* ***A l’ensemble des salariés interviewés,***
* ***Et…..***
* ***Marie-Hélène, celle qui ne saura jamais qu’elle a été mon leitmotiv.***

ENGAGEMENT

***Je, DESCLERC Corinne, certifie que le contenu de cette thèse est le résultat de mon travail personnel. Je certifie également que toutes les données, raisonnements, et conclusions empruntés à la littérature existante sont exactement rapportés, cités et mentionnés, en particulier dans Référence. Je certifie finalement que cette thèse professionnelle, totalement ou partiellement, n’a jamais été évaluée auparavant, et n’a jamais été éditée »***

TABLE DES MATIERES

**LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

INTRODUCTION : Santé, sécurité et bien-être : nouveaux enjeux pour le monde du travail 8

1-Enjeux juridiques et règlementaires 10

2 -Enjeu économique 12

3- Enjeux humains, éthiques et sociaux 12

4- Enjeux de santé dans une structure de services à la personne 14

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE 17

1. Le Risque professionnel 17

1.1. Les risques physiques 17

1.2. Les risques psychosociaux 18

2. La prévention des risques 21

2.1. L’évaluation des risques 21

2.2. Les acteurs de la prévention 22

3. Le secteur de l’aide à domicile 25

3.1. Evolution règlementaire 25

3.2. Pratique professionnelle de l’intervenant à domicile 28

3.3. Les risques professionnels 29

4. Cas d’une structure d’aide à domicile : l’OMIAL 35

4.1. Présentation 35

4.2. Statut et conditions de travail des intervenants à domicile 36

4.3. Plan de prévention 39

PARTIE 2 : PRESENTATION DES MODALITES ET DU TERRAIN DE RECHERCHE 46

1. Méthodologie de recherche 46

2. Présentation du terrain de recherche 49

PARTIE 3 : OBSERVATIONS, ANALYSE DES CONSTATS 53

1. Observations sur le choix des personnes interrogées 53

2. Analyse des constats 55

PARTIE 4 : RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE D’UNE DEMARCHE DE MAITRISE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN COHERENCE AVEC LE MANAGEMENT D’UNE STRUCTURE DE SERVICE A LA PERSONNE 60

1. Développer le rôle en sécurité et santé au travail des responsables de secteurs 61

2. Mettre en place les « bonnes pratiques » de la remontée d’informations et de son traitement 64

3. Refonte des modes d’organisation interne 66

3.1. Organisation d’une équipe itinérante d’urgence 68

3.2. Organisation de deux équipes matin / après-midi 69

3.3. Refonte des plannings en co-construction avec les intervenants. 71

4. Négociation budgétaire des actions à mettre en œuvre 72

5. Fiches d’actions 73

CONCLUSION 79

**BIBLOGRAPHIE**

**LISTE DES ANNEXES**

Liste des sigles utilisés

**ACOSS** : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale

**ANACT** : Agence Nationale pour l’Amélioration des Conditions de Travail

**ARACT :** Agence Régionale pour l’Amélioration des Conditions de Travail

**ANI**: Accord National Interprofessionnel

**INRS** : Institut National de Recherche et Sécurité

**AMP** : Aide Médico-psychologique

**ASV** : Adaptation de la Société au Vieillissement

**AVS**: Auxiliaire de Vie Sociale

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**AT** : Accident du travail

**CASF**: Code de l’Action Sociale et des Familles

**CESE** : Conseil Economique Social et Environnemental

**CESU** : Chèque Emploi Service Universel

**CDD** : Contrat à Durée Déterminée

**CDI** : Contrat à Durée Indéterminée

**CHSCT** : Comité d’Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

**CSE :** Comité social et économique

**DEAES** : Diplôme d’Etat d’Accompagnement Educatif et Social

**DUER** : Document Unique d’Evaluation des Risques

**EHPAD** : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**HPST**: Hôpital, Patients, Santé et Territoires

**INRS:** Institut National de Recherche et de sécurité

**MP** : Maladie Professionnelle

**OVAT** : Observatoire de la Vie Au Travail

**QTV :** Qualité de Vie au Travail

**RPS**: Risques Psychosociaux

**SAAD** : Service d’Aide A Domicile

**TMS**: Trouble Musculo-Squelettique

# INTRODUCTION : Santé, sécurité et bien-être : nouveaux enjeux pour le monde du travail

Ce travail de thèse professionnelle s’inscrit dans une perspective de recherche visant à questionner sur l’existence d’un lien intrinsèque entre prestation de qualité, bien-être et santé au travail des professionnels intervenants à domicile.

Au regard des risques spécifiques inhérents aux Intervenants à domicile, la prévention des risques psychosociaux constitue un élément déterminant de la politique RH d’une structure de Services à la personne. Les besoins d’interventions à domicile augmentent et pourtant, les difficultés de recrutement ou encore le fort turn-over constatés pénalisent la souplesse ou la réactivité demandées au service. D’où l’urgence de renouveler les modes d’organisation internes et la nécessité de devoir les adapter aux nouvelles exigences de la loi ASV et des financements contraints.

Une nouvelle approche des conditions de travail constitue aujourd’hui un maillon essentiel dans la prévention des risques psychosociaux. C’est pourquoi, cette prévention ne doit plus être une simple exigence règlementaire, mais doit nous permettre de satisfaire à des prestations de qualité, permettant également la pérennisation de notre activité.

L’amélioration des conditions de travail est un enjeu de santé et de performance. La performance n’est pas, pour moi, une notion inadaptée aux réalités du secteur médico-social et ne doit pas être perçue comme étrangère aux valeurs de ce secteur.

Ainsi, une approche attentive à la diversité des situations qui peuvent être rencontrées à domicile, liant la santé et la performance, ne peut qu’avoir des conséquences sur le bien-être des salariés et sur la qualité des prestations servies.

L’objet de cette étude permettra de répondre à cette question : **comment mettre en place une démarche de maîtrise des risques psychosociaux en cohérence avec le management d’une structure de services à la personne** pour lutter contre les effets négatifs, prévenir les difficultés et diminuer la sinistralité dans une structure de services à la personne ? Je questionnerai dans une première partie intitulée « cadre théorique » les notions et les concepts qui fondent ma problématique et sur lesquels je me suis basée pour engager une démarche de prévention faite d’évaluation des risques et d’un type précis de management à appliquer. Cet examen débouchera sur la formulation de questions de recherche qui guideront ma collecte de données sur le terrain. La seconde partie « méthodologie de travail » présentera le terrain sur lequel j’ai mené ma démarche de prévention des risques professionnels et psychosociaux, à savoir une structure d’aide à domicile, ici l’association OMIAL (Office Méditerranéen d’Information Animation Loisirs) dont je suis la chef de service. Je présenterai l’ensemble du matériau empirique collecté (entretien, observation, rapport) ainsi que la méthode d’analyse de ces données. Une troisième partie sera consacrée à l’analyse de ces résultats que je présenterai et discuterai. Enfin, dans une quatrième partie, je formulerai des propositions et des recommandations pour une mise en œuvre d’une démarche de prévention des risques professionnels au sein d’une structure d’aide à domicile. Cette démarche devra s’inscrire dans un projet plus global et ambitieux, orientant les politiques publiques de prévention vers une approche plus managériale et non plus seulement médicale.

Santé, sécurité et bien-être : nouveaux enjeux pour le monde du travail

Depuis les années 70, l’action conjuguée des entreprises, des partenaires sociaux et des pouvoirs publics – sous l’impulsion décisive de l’Union européenne – a permis d’améliorer la santé, la sécurité et les conditions de travail des salariés en France. De réels progrès ont été accomplis dans notre pays comme en Europe en matière de sécurité, de prévention et de protection de la santé des travailleurs. Les entreprises conçoivent aujourd’hui que l’investissement dans l’amélioration des conditions de travail, pour une bonne qualité du travail, est une condition de durabilité de la performance économique.

Sous l’influence des textes internationaux et européens, la santé au travail est devenue un enjeu majeur de nos politiques publiques en France à la lumière des textes règlementaires récents qui lui ont été consacrés comme  l’accord[[1]](#footnote-1) national interprofessionnel sur le stress au travail (2008), ainsi que le plan[[2]](#footnote-2) d’urgence sur la prévention du stress en France (2009).

L’Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 vers une politique d’amélioration de la qualité de vie au travail et l’égalité professionnel constitue une étape supplémentaire dans ce processus et donne dans son article 1, la définition suivante :

« *La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l’entreprise. Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe, l’ambiance, la culture de l’entreprise, l’intérêt au travail, les conditions de travail, le sentiment d’implication, le degré d’autonomie et de responsabilisation, l’égalité, un droit à l’erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ».

Après deux plans, le troisième Plan de Santé au Travail 2016-2020 donne la priorité à la prévention primaire et développe la culture de prévention, améliore la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l’entreprise. **C**e plan traduit, aussi bien dans sa méthode d’élaboration que dans son contenu, l’ambition d’un renouvellement de la politique de santé au travail entre l’état, les partenaires sociaux, la sécurité sociale et les acteurs de la prévention. Ce plan donne la priorité à la prévention primaire et se tourne vers une approche positive du travail, facteur de santé. En effet, si l’activité professionnelle est susceptible d’exposer à des risques et donc de dégrader l’état de santé des travailleurs, elle peut également constituer pour eux une ressource en faveur de leur santé.

La lutte contre la pénibilité est un enjeu majeur partagé qui doit s’inscrire dans une politique plus globale d’amélioration des conditions de travail, de développement des compétences et des potentiels afin de valoriser l’homme au travail et par le travail. La prévention des risques professionnels permet d’améliorer non seulement les taux d’activité de la population en âge de travailler et l’état de santé des travailleurs, mais aussi la compétitivité des entreprises.

A ce sujet, le gouvernement vient de publier le 23 septembre 2017 un projet d’ordonnance transformant le « compte de pénibilité » en « compte professionnel de prévention » qui succède au C3P. Il est destiné à libérer les employeurs d’une partie de leurs obligations. Quatre risques sont sortis du dispositif et traités en retraite anticipée. Les cotisations pénibilité seront bientôt supprimées*.*

# 1-Enjeux juridiques et règlementaires

Ces textes se sont ajoutés aux obligations de l’employeur visées par le code du travail en matière de préservation de la santé physique et mentale de tous ses salariés (articles L.4121-1 à 5 du code du travail).

L’employeur est ainsi responsable devant la loi de la santé et de la sécurité des salariés dans son entreprise. Il est tenu à une obligation de sécurité et au titre d’une obligation de résultat, il est le garant de la politique de prévention et de sa mise en œuvre. Il s’entoure de compétences nécessaires et peut-être conseillé par le médecin du travail. Par son article R. 4224-14 et suivants, le code du travail lui fait obligation d’organiser dans son entreprise les soins d’urgence à donner aux salariés (obligation de secours). Par l’article R 412-1 dudit code**,** l’employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l’évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs en tenant compte de la nature des activités de l’établissement, du choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l’aménagement ou le réaménagement des lieux de travail et dans la définition des postes de travail.

Le cadre règlementaire de la prévention des risques professionnels est défini par la quatrième partie du code du travail. Un élément clé est l’obligation de moyens et de résultats en matière de sécurité (art. 4121-1). L’employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés. Depuis 1994, l'évolution du Code Pénal et de la jurisprudence a aggravé les sanctions encourues par les employeurs en cas d'accidents de travail ou de maladies professionnelles. Notons en particulier que la faute inexcusable est désormais reconnue dans le cas de manquement à l'obligation de sécurité.

En France, l'obligation générale de sécurité qui incombe à l'employeur doit le conduire à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs[[3]](#footnote-3). Conçue comme une véritable "boîte à outils", cette disposition générale prévoit la mise en œuvre de mesures de prévention, bâties sur des principes généraux qui doivent aider et guider l’employeur dans sa démarche globale de prévention[[4]](#footnote-4).

Figurant au nombre de ces principes généraux, l’évaluation des risques constitue un élément clé de cette démarche. Elle en est le point de départ et permet, dans un environnement à évolution rapide, de choisir des actions de prévention appropriées et d’apporter, face à des risques déterminés, des réponses et des solutions complètes qui ne soient pas uniquement "techniques". Les résultats de l’évaluation doivent être transcrits dans un "document unique" (articles R. 4121-1 et suivants). L’absence de formalisation des résultats de l’évaluation des risques dans un « document unique » est passible d’une amende de 1500 euros (doublée en cas de récidive). La [circulaire n° 6 de la Direction des relations du travail du 18 avril 2002](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_1951.pdf) est venu apporter des éléments utiles pour élaborer le document unique d'évaluation des risques.

La prévention est l’outil central pour piloter la qualité de l’emploi, la qualité de vie au travail et nécessairement la qualité de services et de soins. L’absentéisme et le turnover rendent plus compliquées les interventions auprès des bénéficiaires : nécessité de revoir dans l’urgence les plannings d’intervention, augmentation de la charge de travail des salariés présents, actions de recrutement, perte de la relation de confiance tissée entre le bénéficiaire et le salarié intervenant.

La maîtrise des risques professionnels est un enjeu à la fois pour les hommes, l'entreprise et la société.

# 2 -Enjeu économique

Les coûts directement liés à la prise en charge des réparations au titre des accidents et des maladies professionnelles déterminent le taux de cotisation annuel. Pour les entreprises à effectif important, ce taux sera directement lié au nombre d’accidents et de maladies professionnelles. A cela il faut ajouter les couts indirects comme : le temps passé pour secourir la victime, celui pour réaliser l’enquête d’accident et gérer les formalités administratives et le travail supplémentaire pour trouver un remplaçant et réorganiser le travail.

En 2006, la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (AT/MP) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a indemnisé 1,4 million accidents du travail[[5]](#footnote-5). Parmi ces accidents près de 700 000 ont donné lieu à un arrêt de travail. La branche AT/MP a la charge de gérer les risques professionnels auxquels sont confrontés les salariés des entreprises de l’industrie, du commerce et des services ainsi que quelques autres catégories (élèves de l’enseignement technique, stagiaires de la formation professionnelle, adhérents à l’assurance volontaire...)

2 à 3 M€ par an[[6]](#footnote-6), c’est l'estimation du coût social du stress professionnel en France. Ces chiffres, qui intègrent les dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés, constituent une évaluation à minima. Le coût réel du stress est vraisemblablement nettement supérieur. Diminuer le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles est une nécessité d’autant plus qu’un salarié en bonne santé augmente son efficacité au service de l'entreprise. Et réduire l'absentéisme accroît la disponibilité des équipes.

# 3- Enjeux humains, éthiques et sociaux

Les accidents du travail ou les maladies professionnelles sont les symboles d’une dégradation de la santé lors d’une activité professionnelle. En effet, dans ce cas précis, le travail n’est pas un facteur d’épanouissement mais rend malade, inapte, invalide, fatigue ou tue. Les enjeux humains sont donc considérables et les risques professionnels constituent à l’heure actuelle une priorité de Santé Publique compte tenu de leur impact sur l’état sanitaire de la population française.

A l’exception de la responsabilité pénale du chef d’établissement liée au respect de la règlementation en la matière, la santé et la sécurité au travail font l’objet d’enjeux très importants. En effet, assurer la santé et la sécurité des salariés, anticiper l’usure professionnelle et diminuer les pénibilités physiques et morales des travailleurs permettent de maintenir dans leurs fonctions des salariés vieillissants ou handicapés, une fidélisation du personnel, la diminution de l'apparition des accidents et des maladies professionnelles.

Un article[[7]](#footnote-7) du 11 octobre 2017 paru dans « le Monde » évoque les effets très bénéfiques du management bienveillant. « *On amène les gens plus loin en leur mettant la main sur l’épaule et en les accompagnant qu’avec un coup de pied aux fesses !*» C’est la conviction d’Antoine Belot, directeur des ressources humaines d’Eugène Perma (produits capillaires), qui se décrit comme « *un farouche militant* » de la bienveillance en entreprise. Une pratique qui s’est imposée face à un constat : « *Le stress en entreprise ne cesse d’augmenter et la motivation de chuter*», explique le Docteur Philippe Rodet, spécialiste du stress au travail et coauteur, avec Yves Desjacques, Directeur des ressources humaines de Casino, de l’ouvrage « Management bienveillant ».

« *Depuis 2009, l’engagement des salariés diminue* » constate Anne-Sophie Godon, directrice de l’innovation chez le groupe mutualiste Malakoff Médéric[[8]](#footnote-8), qui a publié une étude sur la qualité de vie au travail d’où il ressort que « *42 % des personnes interrogées pour notre étude annuelle “Santé et bien-être des salariés” se disaient très engagées dans leur travail en 2009, elles n’étaient plus que 36 % en 2012 et 28 % cette année*».

Selon l’édition 2011 du baromètre annuel de l’Observatoire de la vie au travail (OVAT), 40,7 % des salariés se sentent exposés au stress dans leur entreprise (contre 65 % en 2010). De nombreuses enquêtes sont en cours au niveau mondial pour tenter de mieux préciser l’importance de ce facteur de risque. La plupart des facteurs des RPS ont aussi des conséquences sur les effets que pourraient avoir un stress durable sur le fonctionnement du système immunitaire et donc à terme sur les risques d’apparition de cancer ou de maladies auto-immunes.

L'INRS a ouvert récemment une thématique de recherche centrée sur le bien-être et la santé au travail. Cette préoccupation pour le bien-être prend de l'ampleur, à la fois dans les institutions concernées par la santé au travail, dans les thèmes de recherches au niveau européen et dans un certain nombre d'entreprises.

A l'heure où les atteintes manifestes à la santé continuent de concerner un nombre important de salariés, qu'il s'agisse des pathologies émergentes ou des accidents du travail, il n'est pas inutile de préciser les raisons de l'intérêt pour cette thématique. Le concept de bien-être est de nature à proposer un horizon consensuel et constructif pour l'entreprise et ses partenaires, afin de dépasser certaines difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé au travail dans un monde caractérisé aujourd'hui par une recherche constante d'amélioration de la productivité, souvent synonyme d'un accroissement des exigences vis-à-vis des salariés.

Enfin, le champ de la santé et de la sécurité au travail constitue un lieu privilégié de dialogue social. La mise en place d'une politique de maîtrise des risques est pour l'entreprise l'occasion de renforcer et de renouveler le dialogue avec son personnel en donnant un rôle majeur à ses salariés et en les fédérant autour d’un projet commun et en améliorant leurs conditions de travail.

# 4- Enjeux de santé dans une structure de services à la personne

Les types de situations de travail à domicile et les risques professionnels liés sont amenés à se multiplier en raison du vieillissement général de la population et de la volonté des politiques publiques de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d’autonomie.

Chef de service au sein d’une association assurant des services d’aide et de soins à domicile, auprès d’un public fragilisé par l’âge et/ou le handicap, j’ai parmi mes missions, le management des ressources humaines. Dans cette mission, mon objectif est de recruter des salariés compétents pour répondre aux besoins des usagers, fidéliser ces salariés et améliorer leurs conditions de travail en favorisant le développement de leurs compétences.

Il est à mon sens essentiel de connaitre quelles sont les causes d’un fort absentéisme, d’accidents du travail répétés ou de démissions successives. Ces paramètres sont importants car la santé et le bien-être des professionnels doivent être pris en compte afin d’optimiser le pilotage des ressources humaines. Cela me parait un enjeu clé également pour pouvoir apporter la réponse la plus adaptée aux usagers de notre structure.

Les risques professionnels sont devenus une problématique importante à prendre en compte dans la gestion d’un établissement. Aujourd’hui, inscrire sa structure dans une démarche spécifique de gestion des risques en repensant l’usure professionnelle des professionnels dans le secteur des « services à la personne », afin d’améliorer leur conditions de travail et la continuité des interventions via la prévention des risques professionnels me parait un enjeu clé dans le pilotage de ces établissements.

En tant que mutuelle de protection sociale complémentaire, la mutuelle CHORUM a réalisé une étude[[9]](#footnote-9) sur les absences au travail dans l’ESS : pourquoi, pour qui ? Les salariés de l’économie sociale et solidaire exercent des métiers dans lesquels ils s’impliquent – émotionnellement comme physiquement – peut-être plus que les autres. En effet, pour beaucoup, travailler signifie accompagner des êtres humains à tous les âges de la vie, dans leurs difficultés sociales ou de santé. Cette implication forte, louable, est aussi une source potentielle de risques à tous les niveaux, surtout dans un secteur où la pyramide des âges est vieillissante. Dans ce contexte, on constate une importante augmentation de l’absentéisme lié à des arrêts pour incapacité de travail qui renchérissent le coût de la protection sociale complémentaire. Cette dégradation a un impact direct sur les structures : coût humain, économique et de fonctionnement du collectif.

La relation intervenants/usagers est cadrée par des exigences organisationnelles qui poussent à standardiser les « bonnes pratiques » ; de ce fait l’intervenant se trouve pris en contradiction entre le temps « prescrit » par les encadrants et le temps réel nécessaire à son intervention.

Les symptômes caractérisant l’épuisement professionnel restent peu visibles. L’embarras de la pratique se joue dans la relation d’aide avec le public. Des bouleversements déstabilisent les salariés du secteur sanitaire social et médico-social dans l’exercice de leur métier. Il faut entendre leurs plaintes : diversification des publics avec une extension de la vulnérabilité, multiplication des procédures et dispositifs, juxtaposition de règles de droit, renforcement de la logique de gestion et de contrôle.

Le travail des intervenants à domicile nécessite des compétences techniques mais aussi des compétences émotionnelles. Ils travaillent de façon isolée dans un lieu qui est le domicile privé et doivent, à partir de ce lieu et des personnes qu’ils accompagnent, s’adapter. Cette adaptation repose sur des ressources informelles et implicites. Leurs missions sont réalisées sous contrainte temporelle, et ils élaborent un travail émotionnel qui, en fonction des cas, renvoie à l’expression ou à la dissimulation d’émotions. Cette confrontation permanente entre la recherche d’empathie et la préservation de soi est source de risques pour leur santé.

Les intervenants à domicile sont confrontés à la fois à des risques physiques et à des risques psycho-sociaux spécifiques liés aux fréquents changements de lieux d’activité. Cette multiplicité de lieux introduit d’autres éléments à prendre en compte, le risque routier et les temps de déplacement peuvent être importants.

La santé et la sécurité au travail sont dans notre société de véritables enjeux éthiques et sociaux. Le secteur social et médico-social est touché comme les autres secteurs professionnels par des enjeux de qualité prégnants qui invitent à traiter de la pérennisation des emplois, de l’évolution des organisations de travail, de la professionnalisation de salarié, de l’évolution de leurs conditions de travail et de la prévention des risques professionnels.

# PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE

## Le Risque professionnel

Des travaux de l’INRS[[10]](#footnote-10) explicitent la définition du risque par :

*« une notion abstraite, inobservable directement, une catégorie de statut intermédiaire entre celle des dangers et celle des dommages ».*

C’est un évènement à venir, donc incertain. Cette incertitude est fondamentalement irréductible mais elle est plus ou moins grande selon la qualité des informations disponibles. La définition suivante semble faire l’unanimité :

*« Le risque est l’éventualité d’une rencontre entre l’homme et un danger auquel il est exposé ».*

Deux composantes caractérisent le risque : la probabilité de la survenance d’un dommage liée à la fréquence d’exposition et/ou la durée d’exposition au danger et la probabilité d’apparition du phénomène dangereux.

Les risques professionnels sont les risques liés à l’activité professionnelle, c’est-à-dire les risques auxquels sont confrontées les personnes sur leur lieu de travail, ou en se rendant/repartant du lieu de travail. Ils sont de nature diverses.

### Les risques physiques

Les facteurs[[11]](#footnote-11) qui influencent les risques liés à l’activité physique de travail dépendent de l’individu, de l’environnement physique et psychosocial ainsi que de l’organisation du travail. La prévention des risques liés à l'activité physique nécessite pour l'entreprise, la mise en place de moyens, d'outils, de méthode, pour conduire l'action et pour l’évaluer à chaque étape de son avancement.

En matière de santé et sécurité au travail, la règlementation française a intégré des règles visant à prévenir les risques liés à l’activité physique. Il s’agit de prévenir les conséquences des tensions physiques liées, par exemple, aux postures de travail contraignantes, aux efforts prolongés ou brutaux, aux gestes répétitifs ou encore aux effets des modifications de l’organisation du travail.

De manière générale, l’article L. 4121-1 du Code du travail impose à l’employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent, entre autres, des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail. C’est l’évaluation des risques qui déterminera les différents types d’activités ou de postes qui sont susceptibles de provoquer des contraintes physiques pour le salarié. De cette évaluation découleront les actions de prévention à mettre en œuvre.

### Les risques psychosociaux

« *Aujourd’hui les risques professionnels ont changé de nature*, écrit Yves Clot dans son ouvrage « Le travail à cœur ». *Le passage d’une société industrialisée à une société de services a entrainé l’apparition de nouveaux risques : ce sont les risques chroniques, les violences psychologiques, le harcèlement. Ces risques psychosociaux, nous les avons longtemps sous-estimés, parce qu’il est plus facile de repérer quelqu’un qui tombe dans un haut fourneau que quelqu’un qui souffre*». Ainsi ont été reconnus les risques psychosociaux (RPS) qui se sont ajoutés aux risques professionnels déjà connus, leur apparition étant due à l’évolution du monde du travail avec l’explosion des services.

Les risques psychosociaux (RPS) sont difficiles à identifier. Ils ne sont définis ni en droit, ni en fait et ne figurent pas dans le Code du travail. Ce dernier n’aborde la question de ces risques que de manière générale en prohibant les comportements de harcèlement individuel (moral ou sexuel). Ces dispositions ne font pas référence à l’incidence des organisations et méthodes de travail mises en œuvre sur la santé des travailleurs. Cependant l’employeur a l’obligation au même titre que les autres risques professionnels, de les intégrer dans le document unique d’évaluation des risques professionnels (DUER).

Ces risques correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

* le stress : déséquilibre entre la perception qu’une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu’elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
* des violences internes commises au sein de l’entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
* des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l’entreprise (insultes, menaces, agressions…).

Ce sont des risques qui peuvent être induits par l’activité elle-même ou générés par l’organisation et les relations de travail.

L’exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé des salariés, notamment en termes de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculo-squelettiques, de troubles anxio-dépressifs, d’épuisement professionnel, voire de suicide.

Un nombre grandissant de salariés déclare souffrir de symptômes liés à des risques psychosociaux. En France, 47 % des actifs occupés déclarent devoir toujours ou souvent se dépêcher ; 31 % déclarent devoir cacher leurs émotions, faire semblant d’être de bonne humeur ; 36 % signalent avoir subi au moins un comportement hostile dans le cadre de leur travail au cours des 12 derniers mois ; 33 % disent ne pas éprouver la fierté du travail bien fait et 24% craignent de perdre leur emploi[[12]](#footnote-12).

A côté de cette obligation de prévention, d’autres pratiques se développent dans les entreprises. Elles cherchent à développer le bien-être ou la qualité de vie au travail. La définition de l’Organisation Mondiale de la Santé sur la QVT est :

*« état de complet bien-être physique, mental ou social… ».*

Cette définition renvoie à l’organisation du travail, l’équilibre de vie professionnelle et personnelle et à l’engagement et les valeurs de l’institution, son management et le respect porté aux personnes.

Si l’absence de risques psychosociaux est une condition nécessaire au bien-être ou à la QVT, la mise en œuvre de ces pratiques en entreprise relève d’enjeux de performance, d’égalité hommes/femmes, de conciliation des temps de vie personnelle et professionnelle et aussi de démocratie sociale dans l’entreprise.

Les risques psychosociaux sont souvent résumés sous le terme de « stress », qui n’est en fait qu’une manifestation de ce risque. Ils recouvrent en réalité des risques professionnels d’origine et de nature variés, qui mettent en jeu l’intégrité physique et mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. On les appelle « psycho-sociaux » car ils sont à l’interface de l’individu : le « psycho », et de sa situation de travail : le contact avec les autres (encadrement, collègues, clients…), c’est-à-dire le « social ». Ainsi plusieurs facteurs, lorsqu’ils sont subis et éprouvés dans la durée, individuellement ou ensemble, aboutissent à l’apparition des risques psychosociaux[[13]](#footnote-13).

Ces facteurs sont principalement les exigences excessives du travail, la charge émotionnelle liée au travail, le manque d’autonomie, la déficience des rapports sociaux, les conflits de valeur et l’insécurité des emplois et des carrières.

Les causes de ces risques psychosociaux sont à chercher dans les mutations du monde du travail qui rendent de plus en plus complexes les tâches de travail. Dans l’entreprise, le développement des risques psychosociaux peut être lié à la charge de travail, ou à son intensification. Dans un contexte de mondialisation et de concurrence entre les entreprises, les salariés sont confrontés à une augmentation de leur charge de travail.

Face à des contraintes économiques et budgétaires toujours plus fortes, certaines entreprises mettent en place des démarches et outils « Lean[[14]](#footnote-14) » pour améliorer la performance. Les objectifs visent à améliorer les résultats en matière de qualité, de productivité, de délais et de réduction des coûts. De nombreux chercheurs[[15]](#footnote-15) ont montré que cette organisation de travail aggravait les risques de dégradation des conditions de travail et d’atteintes à la santé, notamment les risques psychosociaux et les TMS.

Certaines pratiques d’évaluation individuelle des performances peuvent être également avoir des effets néfastes sur la santé mentale. La technique du « Benchmark » qui consiste à comparer la performance individuelle des salariés peut-être source de risques psychosociaux.

La perte du sens au travail et les conflits de valeurs. Parfois les salariés ont l’impression de faire un travail inutile ou en contradiction avec ce qu’ils estiment légitime d’un point de vue technique ou moral. L’insatisfaction au travail et les tensions relatives aux conflits de valeur peuvent également constituer un facteur de risques psychosociaux.

Les restructurations, fusions, absorptions font quasiment partie du quotidien de l’actualité économique et sociale en France. Elles apportent des changements organisationnels de nature à générer une insécurité et un mal-être qui, s’ils ne sont pas suffisamment anticipés, peuvent produire un impact sur la santé des salariés.

Outre les RPS résultant des organisations et des méthodes de travail, des causes extérieures liées au contexte économique, social et environnemental de l’entreprise peuvent entrainer également une dégradation de la santé au travail comme par exemple un environnement économique de plus en plus compétitif, la crise et la peur du chômage, les temps de transport, des problèmes environnementaux…

Indépendamment de leurs effets sur la santé des individus, les risques psychosociaux ont un impact sur le fonctionnement des entreprises (absentéisme, turnover, ambiance de travail…).

## La prévention des risques

En matière de risques professionnels, la prévention est une succession d’actions réalisées en amont afin d’éviter tout accident ou maladie.

L’OMS (Organisation Mondiale de la Santé) distingue 3 niveaux de prévention :

1-La prévention primaire « *ensemble des actes destinés à diminuer l’incidence d’une maladie, donc à réduire l’apparition des nouveaux cas ».*

2-La prévention secondaire « *ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d’une maladie, donc à réduire sa durée d’évolution* ».

3-La prévention tertiaire « *ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie* ».

### L’évaluation des risques

L’évaluation des risques professionnels relève de la responsabilité de l’employeur, et s’inscrit dans le cadre de son obligation générale d’assurer la sécurité et de protéger la santé des salariés. Elle figure parmi les principes généraux de prévention énoncés dans le Code du travail : ([articles L.4121-2](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006903148&cidTexte=LEGITEXT000006072050) et [L.4121-3](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%25253A%25252F%25252Fwww.legifrance.gouv.fr%25252FrechCodeArticle.do%25253FchampCode%25253DLEGITEXT000006072050%252526champNumArticle%25253DL4121-3&ei=DyYXU4f5EKWQ5ASSqIHwBA&usg=AFQjCNE2Dgj79izhLSEdG500ZX36_-WLBg&sig2=7criLRwGfFMN998qIHFt4g&bvm=bv.62286460,d.bGE)). Celle-ci englobe des actions d’identification et de classement des risques et aussi de mise en place d’actions de prévention. Elle est utile à l’entreprise puisqu’elle contribue à améliorer son fonctionnement tout au long de son évolution.

La santé et la sécurité des salariés ne doivent donc pas être dissociées. La mise en place d’une démarche de prévention contribue à améliorer la performance de l’entreprise sur le plan humain et économique.

L’évaluation des risques professionnels consiste à identifier les risques auxquels sont soumis les salariés d'un établissement, en vue de mettre en place des actions de prévention pertinentes couvrant les dimensions techniques, humaines et organisationnelles. Les résultats de cette démarche de prévention et sécurité au travail doivent être formalisés dans un « document unique[[16]](#footnote-16) ». Ce document est mis à la disposition des salariés, des membres du CHSCT, des délégués du personnel, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale.

La circulaire relative au DUER cite 5 grandes étapes à suivre pour réaliser une politique de prévention des risques professionnels :

1. Préparer la démarche
2. Evaluer les risques professionnels
3. Elaborer un programme d’actions
4. Mettre en œuvre les actions
5. Réévaluer les risques professionnels

Tous les secteurs d’activité sont concernés par ces textes et, de ce fait, les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux doivent se soumettre à leurs dispositions.

### Les acteurs de la prévention

Selon les recommandations du CESE[[17]](#footnote-17), la prévention des risques psychosociaux dans l’entreprise doit s’inscrire dans une démarche d’ensemble qui touche à la gestion des ressources humaines, à l’organisation du travail et à la qualité des conditions de travail. Cette prévention mobilise plusieurs acteurs.

*- Comité social et économique*

Depuis les ordonnances MACRON du 23 septembre 2017 on ne parle plus de comité d'entreprise, de CHSCT et de délégués du personnel, mais de comité social et économique (CSE). Ces 3 instances sont regroupées.

Le comité contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés et à l’amélioration de leurs conditions de travail, notamment par l’analyse des conditions de travail et des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés et, en particulier, les femmes enceintes. Il vérifie, par des inspections et des enquêtes, le respect des prescriptions législatives et règlementaires et la mise en œuvre des mesures de prévention préconisées. Le comité développe la prévention par des actions de sensibilisation et d’information et analyse les circonstances et les causes des accidents du travail ou des maladies professionnelles ou à caractère professionnel, par le biais d’enquêtes.

L’article L.4612-16, abrogé par l’article 1 de l’ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017 et modifié par son article 2, prévoit, au moins un fois par an, une obligation pour l’employeur de présenter au comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail un rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des action menées au cours de l’année écoulée.

Il est également prévu un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir qui comprennent les mesures de prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

*- Les services de santé au travail*

L’article L4622-2 du code du travail, modifié par l’article 2 de l’ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017, prévoit que les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel.

Ces services conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs.

Ils assurent aussi la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et de leur âge.

Enfin, ils participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Le rôle du Médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail.

Les actions sur le milieu du travail sont effectuées par l’équipe pluridisciplinaire des services de santé au travail interentreprises. C’est le médecin du travail qui anime et coordonne l’équipe pluridisciplinaire : collaborateurs médecins, internes en médecine du travail, infirmiers, IPRP, assistants de services de santé au travail. Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que transformations de postes, relatives à l’état de santé physique et mentale des travailleurs. Dès lors, l’employeur est tenu de prendre en considération ces propositions. En cas de refus, il doit faire connaitre les motifs qui s’opposent à ce qu’il y soit donné suite.

La réforme de la médecine du travail de 2016 apporte d’importants changements dans le suivi de l’état de santé des salariés.  Les changements essentiels apportés par la loi travail concernent la visite médicale d’embauche, remplacée par une visite d’information et de prévention non systématique. Les visites médicales deviennent plus espacées, la procédure de contestation de l’inaptitude est modifiée en profondeur et la procédure de contestation de l’avis médical connait également des changements.

- Autres acteurs

Avec le décret du 31 juillet 2015 les missions de l’Agence Nationale pour l’Amélioration des Conditions de Travail sont précisées afin de renforcer ses actions pour l’amélioration des conditions de travail. Ces champs d’intervention couvrent la promotion de la santé au travail et de la qualité de vie au travail, la prévention des risques professionnels et l’amélioration de l’environnement de travail par l’adaptation des postes, des lieux et des situations de travail.

L’Institut National de Recherche et de Sécurité est une association loi 1901, sans but lucratif. Sa principale ambition est de développer et de promouvoir une culture de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ses actions sont destinées aux spécialistes de la prévention et aux salariés du régime général de la sécurité sociale.

Selon l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, la branche AT/MP est une des quatre branches du régime général gérées par la caisse nationale d’assurance maladie. La première mission de cette branche est de prévenir et réduire les risques professionnels, reconnaître les sinistres et indemniser les victimes des conséquences des préjudices subis et assurer l’équilibre financier de la branche.

Après avoir souligné l’importance de la notion de santé au travail, au point de devenir un enjeu majeur de nos politiques publiques qui se dotent désormais d’outils de prévention des risques, nous allons voir comment cette obligation de santé s’intègre dans le secteur précis de l’aide à domicile.

*Les paradigmes de la prévention.*

Le premier paradigme situe la problématique de la santé au travail du côté de la responsabilité pénale pour l’entreprise. Les nombreuses obligations législatives et contraintes règlementaires sont parfois mal ressenties par les entreprises et peuvent être un frein à la mise en œuvre de démarches précoces.

Le second paradigme sur lequel les pratiques de prévention prennent appui procède d’une logique soustractive, c’est-à-dire l’employeur pense faire œuvre de prévention en supprimant un danger identifié ou la cause de ce danger. Cette pratique présente des limites face à l’émergence de nouvelles situations de travail dans lesquelles aucun des dangers pris isolément ne peut expliquer, à lui seul la nature du risque auquel un salarie est exposé.

## Le secteur de l’aide à domicile

### Evolution règlementaire

Les associations d’aide à domicile sont inscrites depuis plus de 60 ans dans le paysage de l’économie sociale française.

Les premiers services de maintien à domicile furent créés en 1955. Le travail était assuré par des bénévoles au sein d’associations de type « loi 1901 ». Un décret[[18]](#footnote-18) de 1962 fait de l’aide à domicile une prestation sociale au titre de l’aide sociale aux plus démunis. La convention collective des aides ménagères[[19]](#footnote-19), signée en 1983, vient confirmer le rôle social de cette profession.

Les Services d’Aide A Domicile (SAAD) s’inscrivent dans le cadre de l’Article L 312-1 du CASF et sont définis comme des établissements, services sociaux et médico-sociaux. Ils appartiennent à la liste des établissements et des services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes ordinaires de la vie courante (entretien de la maison, du linge, courses...), un accompagnement et une aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l’alimentation…) ou une aide à l'insertion sociale (stimulation des relations sociales, accompagnement dans les activités de loisirs, ...)

L’aide à domicile a pour mission d’accomplir dans les familles, chez les personnes âgées ou handicapées en état de fragilité, de dépendance, ou éprouvant des difficultés passagères dues à l’âge, la maladie, le handicap ou des difficultés sociales, un travail matériel, moral et social contribuant à leur maintien à domicile.

Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 précise que les services d’aide et d’accompagnement à domicile concourent notamment :

* Au soutien à domicile
* A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne.
* Au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Depuis la loi BORLOO[[20]](#footnote-20), le secteur privé a pris pied sur ce qui devient le « marché des services à la personne » et entre en concurrence avec un secteur associatif souvent moins bien structuré et dépendant de financeurs institutionnels. Le développement du secteur des [services à la personne](http://www.salon-services-personne.com/) est devenu une priorité gouvernementale.

Sur la base des données publiées par l'ACOSS, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, montrant la croissance continue des emplois familiaux, il fut décidé de soutenir et d'accompagner ce développement. Jean-Louis Borloo, alors ministre de la Cohésion sociale, élabora un plan, appelé ["plan Borloo"](http://www.salon-services-personne.com/aide-services-a-la-personne/loi-borloo-services-personne.php). Ce plan visait plus particulièrement à développer les services d'aide-ménagère, de garde-malade, d'aide aux personnes âgées, de soutien scolaire et de garde d'enfants. L'objectif initial était de créer de nombreux emplois, et de mettre en place une législation pour encadrer le secteur des [services à la personne](http://www.salon-services-personne.com/services-a-la-personne-a-domicile.php).

En 2004, c’est la mise en place de la caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA), puis en 2005, la mise en place de politiques publiques en direction des personnes en incapacité (loi du 11 février 2005).

En 2006 arrive le plan solidarité-grand âge (2006-2012), le plan Alzheimer (2008-2012), la mise en place des agences régionales de santé (ARS) dans la loi HPST.

Au 1er janvier 2016 entre en vigueur la loi ASV (adaptation de la société au vieillissement), fruit d’une large concertation qui a permis à l’ensemble des acteurs du vieillissement en France de participer à sa co-construction.

Ce secteur a fait face à de nombreux changements touchant à la fois l’environnement règlementaire, l’organisation des structures et l’activité de travail. Plusieurs textes clés structurent ces changements : la loi du 2 janvier 2002 qui marque l’entrée du secteur de l’aide à domicile dans le secteur médico-social, la Convention nationale pour le développement des services à la personne du 22 novembre 2004 qui pose la première définition reconnue des « services à la personne », la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Notamment la création du chèque emploi service universel (CESU), la simplification des agréments, des mesures sociales et fiscales à destination des particuliers employeurs et des structures prestataires de services à la personne.

*Une intervention à domicile peut se réaliser sous différentes formes juridiques :*

En prestataire : dans ce cas, le bénéficiaire reçoit des prestations fournies par un organisme qui les définit, les organise et les contrôle. Cet organisme emploie les intervenants, les encadre, les évalue et les forme, garantissant ainsi la qualité des interventions (application des textes conventionnels de la branche).

En mandataire : un organisme propose à un particulier un intervenant professionnel à domicile. Cet organisme assure un service de placement et prend en charge les démarches administratives, mais c’est le bénéficiaire qui est l’employeur de l’intervenant (application de la convention collective du particulier employeur).

La relation de gré à gré ou d’emploi direct : le particulier recherche lui-même et recrute directement un intervenant (application de la convention collective du particulier employeur).

Ces évolutions règlementaires modifient progressivement le paysage de ce secteur. Les enjeux de qualité sont plus prégnants : ils invitent à traiter de la pérennisation des emplois, de l’évolution des organisations du travail, de la professionnalisation des salariés, de l’évolution de leurs conditions de travail et de la prévention des risques professionnels.

### Pratique professionnelle de l’intervenant à domicile

Les métiers d’interventions à domicile sont des métiers souvent confrontés à des situations difficiles, mobilisant des compétences spécifiques.

Le rôle de l’aide à domicile est d’accomplir un travail matériel, moral et social contribuant au maintien à domicile de personnes ayant des difficultés à effectuer seules les gestes de la vie quotidienne. Leurs interventions ne se limitent pas à la population âgée, même si elle est majoritaire, mais concernent aussi des personnes en situation de handicap physique ou moral.

Au-delà de l’aide matérielle, l’aide à domicile a un role social et relationnel important. La partie matérielle du travail à accomplir est clairement définie, en revanche, la partie de soutien à la personne et relations avec les familles est plus difficile à définir.

L’ANACT[[21]](#footnote-21), dans son étude de 2002 pour la Direction Générale de l’Action Sociale sur « les freins à l’embauche et l’amélioration des conditions de travail dans le secteur de l’aide à domicile », cite à titre d’illustrations un certain nombre de définitions du rôle de l’aide à domicile trouvées dans les documents diffusés aux bénéficiaires par différentes structures.

Structure 1 : "Elle intervient à votre domicile pour les travaux ménagers courants, l'entretien du linge, faire les courses, préparer les repas."

Structure 2 : "Elle effectue, à raison de quelques heures par semaine, les travaux quotidiens et l'aide aux soins d'hygiène élémentaire. Elle apporte par sa présence un réconfort moral et favorise le maintien de la personne dans l'environnement social de sa commune."

Structure 3 : "Elle a pour mission d'accomplir chez les personnes aidées un travail matériel, moral et social contribuant au maintien à domicile. (...) Les activités de l'aide à domicile ne sauraient se limiter à des travaux ménagers, elles permettent notamment aux bénéficiaires d'assurer leur indépendance et de maintenir des relations avec l'extérieur."

Cette diversité des définitions reflète assez bien la difficulté rencontrée par le secteur pour positionner clairement le service d'aide à domicile dans les dimensions immatérielles.

Aide-ménagère, Auxiliaire de vie sociale[[22]](#footnote-22), Aide familiale, Technicienne[[23]](#footnote-23) en intervention sociale et familiale,…. Les appellations des intervenants à domicile sont nombreuses, tout comme les diplômes et les formations qui conduisent à ce métier. Les métiers de l’aide à domicile sont encore souvent connotés négativement. Le parallèle est très souvent fait soit avec les métiers d’employées de maison qui renvoie à une image de « domesticité », soit avec les activités « domestiques » que les femmes sont censées maitriser « naturellement ». Les compétences techniques et relationnelles, individuelles et collectives, sont souvent sous-estimées. Ce phénomène est renforcé par le lieu de réalisation de l’activité : le domicile du bénéficiaire. Elles peuvent alors ressentir un « sentiment d’épuisement professionnel, tendance à la déshumanisation de la relation, diminution de l’accomplissement personnel ». (Pezet et al. 1993, p. 77).

Ainsi, la reconnaissance de service fourni est insuffisante dans de nombreux cas, l’activité d’aide à domicile n’est pas considérée et appréciée comme un métier à part entière qui nécessite des compétences spécifiques multiples « devoir se débrouiller souvent seuls, jusqu’à parfois perdre le sens de leur métier ». (RAVON et al, 2008).

Ce secteur d’activité est fortement dominé par l’emploi direct. Le modèle le plus répandu est celui du gré à gré. La personne qui a besoin d’aide choisi son salarié et devient ainsi l’employeur de cet intervenant. Une formule intéressante à condition que l’employeur soit en capacité de gérer sa situation d’employeur et l’ensemble de ses obligations et conséquences.

### Les risques professionnels

Les lieux de travail comportent une multitude de risques pouvant affecter la sécurité et la santé de l’ensemble des acteurs. Dans le cas du secteur de l’aide à domicile, le lieu de travail correspond à un domicile privé, ce qui complexifie la réponse à apporter et limite les moyens d’action.

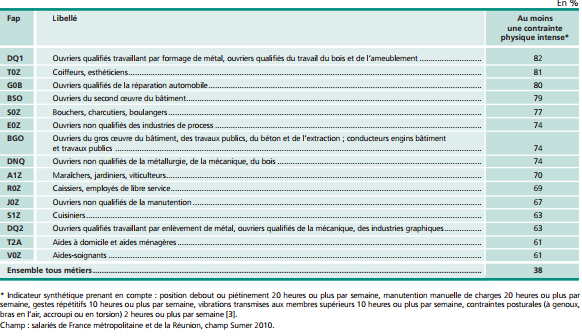
*Les risques physiques.*

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

Ils sont également confrontés à la question des déplacements sur la voie publique, que ce soit avec un véhicule, à pied ou par les transports en commun, en fonction de l’environnement de travail.

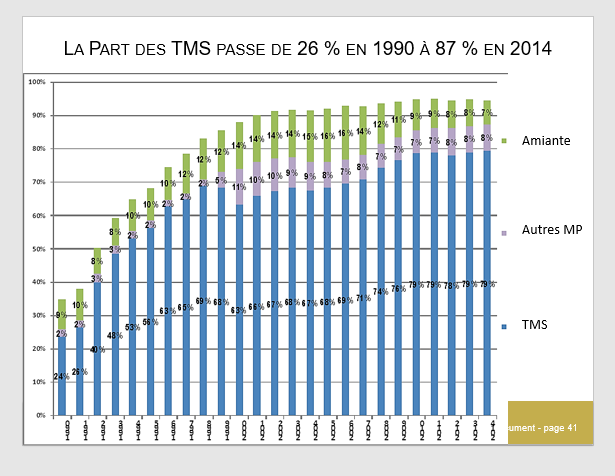
De nombreux facteurs liés à l’organisation du travail peuvent aggraver les risques d’accidents de la route (temps de déplacement programmés trop courts, retards pris dans les tournées, nécessité de communiquer par téléphone avec la structure…).

L’enquête SUMER 2010 place les Aides à domicile dans la liste des 15 métiers les plus exposés à des contraintes physiques intenses.[[24]](#footnote-24)



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

Les conséquences de ces risques, en termes de santé, peuvent être lourdes et diverses : dépression, troubles musculosquelettiques (TMS), maladies cardiovasculaires, sont des pathologies dans le déclenchement desquelles les facteurs de risques psychosociaux jouent un rôle notoire.



En lien avec ces différents risques, le stress, le mal-être, la souffrance au travail et leurs conséquences pour la santé représente une part importante des risques professionnels.

Face à ces situations, un constat s’impose : il s’agit de risques complexes, liés à des facteurs multiples, et les démarches de prévention ne sont pas simples à concevoir et mettre en œuvre, notamment dans un environnement où les moyens à disposition des structures de ce secteur sont limités.

*Les risques psychosociaux*

Les risques dits « psychosociaux », parce que leurs manifestations sont d’ordre psychologique et leurs causes d’ordre social, sont une réalité. Dans le secteur de l’aide, ils ont des causes directement liées aux spécificités de l’activité conduite par les émotions au travail des intervenants à domicile

Si le secteur de l’aide à la personne est largement développé, plusieurs aspects de la société actuelle laissent à penser qu’il le deviendra de plus en plus. La pyramide des âges et l’élévation de la durée de vie de la population d’une part, la politique sociale favorisant le maintien au domicile d’autre part, en constituent des éléments de prédilection. Néanmoins, même si les enjeux de développement du secteur sont majeurs, et les pouvoirs publics mobilisés sur ce sujet, les métiers sont encore insuffisamment reconnus économiquement et socialement.

Le travail des professionnels est pourtant bien plus compliqué qu’il n’y parait à première vue. Une publication scientifique[[25]](#footnote-25) montre à travers une étude de cas menée dans une structure d’aide à domicile, que le travail des intervenants requiert, outre une grande technicité, des compétences émotionnelles complexes. Celles-ci ont la particularité d’être fortement mobilisées, bien souvent de façon isolée, dans un cadre discret, sur un mode adaptatif, et reposant sur des ressources informelles, et implicites. Nous verrons que même si les intervenants gèrent leur activité sous contrainte temporelle, ils élaborent un travail émotionnel, renvoyant à l’expression ou à la dissimulation d’émotions selon le cas. Ce travail émotionnel leur permet de favoriser la relation et le bien-être des personnes dont ils s’occupent et d’alléger momentanément la charge de travail. Mais la confrontation permanente entre la recherche d’empathie et la préservation de soi est source de risques pour leur santé.

Des situations de travail à forte charge émotionnelle et pratiques organisationnelles de prévention[[26]](#footnote-26)

« Depuis une quinzaine d’années, on sait que les émotions sont nécessaires à la cognition. Les émotions au travail font l’objet de plus en plus d’attention, surtout dans le secteur tertiaire où la qualité de service est centrale. Les salariés de ce secteur sont confrontés à de fortes exigences émotionnelles. Cette étude a consisté à étudier les émotions au travail en lien avec la santé et à tester sur le terrain la démarche de prévention construite spécifiquement.

Premièrement, une exploitation des résultats de l’étude précédente a été réalisée pour produire un modèle de processus de régulation émotionnelle. Deuxièmement, une méthodologie psycho-ergonomique centrée sur les émotions au travail a été bâtie et appliquée dans une PME d’aide à domicile, au moyen d’entretiens, d’observations, d’échelles d’émotions et d’auto-confrontations collectives. Troisièmement, les résultats ont été exploités pour caractériser des critères de généralisation et de spécificité. Ils ont ensuite été mis en débat entre six chercheurs et institutionnels, avec un guidage de l’INRS, accompagné d’un enregistrement vidéo.

Il ressort que la charge émotionnelle émane de relations interpersonnelles et de conditions de travail vécues comme défavorables. La charge émotionnelle spécifique aux situations provient de l’accumulation d’émotions rares mais de forte intensité et d’émotions de faible intensité mais fréquentes. Elle agit sur la charge émotionnelle globale, entraînant à terme des effets néfastes sur la santé et influençant négativement l’engagement au travail. Les régulations émotionnelles appliquées par les salariés modèrent ces effets. La mise en place d’actions de prévention, co-construites dans les espaces de discussion initiés, a permis le renforcement des ressources individuelles, collectives et organisationnelles, facilitant les régulations émotionnelles ».

*Les autres risques professionnels*

Le risque électrique peut se manifester lors de l’utilisation d’appareils ou de simples interrupteurs. Les risques liés à l’utilisation de matériel, d’outils, dans l’exécution de certaines tâches ménagères comme lors de la préparation des repas ou le repassage. L’intervenant à domicile peut-être confronté à des risques d’incendie et d’explosion dans sa pratique professionnelle, comme par exemple à un départ de feu chez la personne aidée. L’exposition à divers produits irritants, corrosifs, inflammables ou de combustion peuvent être la cause de nuisances chimiques.

Les risques biologiques infectieux peuvent apparaître en fonction de la situation médicale de la personne aidée mais également de son environnement (présence d’animaux ou d’agents infectieux et parasitaires). Les quelques chiffres[[27]](#footnote-27) relatifs aux accidents du travail et maladies professionnelles du secteur démontrent la nécessité de mettre en place un dispositif précoce de prévention des risques psychosociaux dans les structures de services à la personne.

L’indice de fréquence (nombre d’accidents avec arrêt pour 1 000 salariés) est de 85.9 contre 34 pour toutes branches d’activités confondues. Le taux de fréquence (nombre d’accidents avec arrêt par millions d’heures travaillées) est de 58.3 contre 22.9 pour toutes branches d’activités confondues).

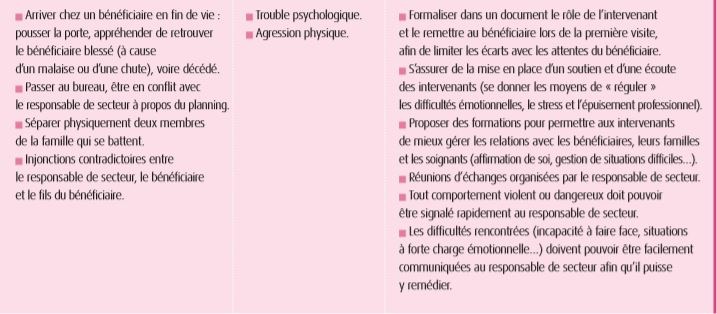
Parmi les causes d’accidents de travail sont prédominants :

* Les manutentions manuelles : 55 % (49 % toutes branches)
* Les accidents de plain-pied : 16 % (13% toutes branches)
* Les chutes en hauteur : 17 % (13 % toutes branches)

La fréquence des accidents de trajet de ce secteur (13 accidents pour 1 000 salariés) est parmi les plus élevées de l’ensemble des branches d’activités.

Parmi les maladies professionnelles prédominantes dans le secteur de l’aide à domicile, on compte les affections articulaires à 95% (79,3% tous secteurs confondus). Celles-ci recouvrent les pathologies (tendinopathie, tendinite, syndrome du canal carpien…) des membres supérieurs (épaule, coude, poignet, main, doigt) et inférieurs (genou, cheville, pied). Au total pour 2014, près de 15 000 accidents du travail, 1 150 maladies professionnelles et 22 250 accidents du trajet sont à l’origine de 1 552 632 journées de travail perdues.

**Les risques professionnels auquels peuvent-être exposés les Aides à domicile.



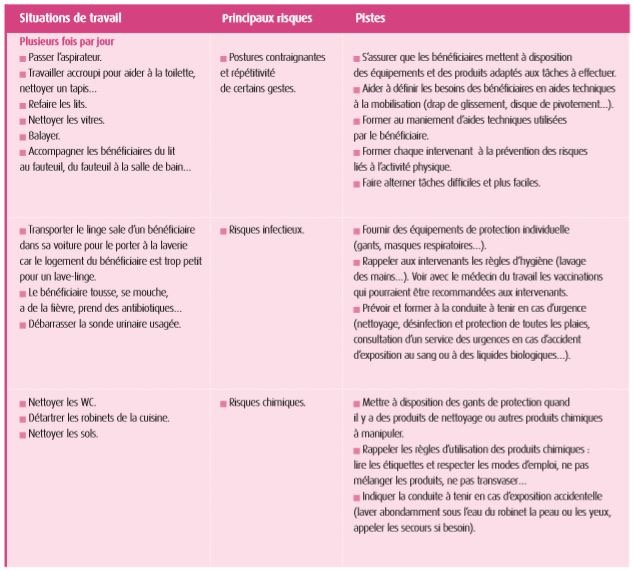


Tableau tiré du document INRS édition novembre 2016 Aide accompagnement, soin et services à domicile. (P.13)

## Cas d’une structure d’aide à domicile : l’OMIAL

### Présentation

L’Office Méditerranéen d’Information Animation Loisirs (OMIAL), est une association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901, créée en 1971 sous l’égide des Petits Frères des Pauvres. Sa mission initiale visait à développer la formation et la recherche en gérontologie sociale, l’information des personnes âgées en particulier sur les loisirs.

L’évolution des politiques sociales, le vieillissement de notre société et les perspectives démographiques, ont amené l’association à s’ouvrir vers des personnes de plus en plus âgées et dépendantes en s’éloignant de l’action d’information, d’animation et de loisirs auprès de retraités valides.

De ce fait, elle a créé de nouveaux services qui constituent aujourd’hui son activité principale. L’ensemble des activités historiques a cédé le pas à de nouvelles réponses institutionnelles en direction des personnes âgées centrées sur des prestations de services à la personne :

* le Service de soins infirmiers à domicile disposant de 95 lits,
* l’Equipe spécialisée alzheimer disposant de 30 lits
* le Service d’aide et d’accompagnement à domicile avec une activité annuelle de 150 000 heures
* ainsi qu’un service formation.

L’OMIAL développe son action dans le respect du Schéma départemental d’organisation sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées des Bouches-du-Rhône. L’aide et l’accompagnement des personnes âgées et handicapées à domicile sont un des dispositifs prioritaires de la politique qui est développée dans le cadre de ce schéma. Le schéma départemental 2009-2013 et ses avenants 2014-2015, ne s’inscrivent plus en opposition avec une prise en charge en établissements mais en complémentarité grâce au développement d’accueils alternatifs (accueil de jour en EHPAD, accueil de jour en établissement spécialisé, accueil en court séjour, accueil de nuit). Le département vise à promouvoir une notion de parcours de vie se substituant aux prises en charges spécifiques isolées, vectrices de ruptures dans l’accompagnement et les soins. L’entourage social et familial de la personne âgée est pris en compte. L’étude effectuée par les services du département en prévision du prochain schéma nous donne une photographie des grandes caractéristiques du secteur de l’aide à domicile dans les Bouches-du-Rhône.

L’OMIAL fait partie des structures du secteur privé à but non lucratif qui assurent 76,4% des heures effectuées, dans le cadre du paysage social des SAAD dressé par le département.

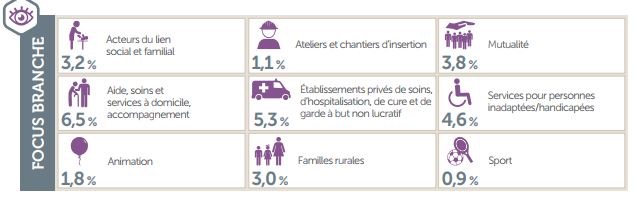
### Statut et conditions de travail des intervenants à domicile

Bien qu’en pleine croissance, les services à la personne sont encore marqués par la précarité. C’est le cas pour notre service, la majorité des salariés travaillant à temps partiel. Les niveaux de rémunération sont plutôt faibles, de 1 à 1,2 fois le SMIC[[28]](#footnote-28). Par ailleurs, les salariés de notre service restent essentiellement féminins, puisque 97% des emplois sont occupés par des femmes, dont une grande partie démarre sans qualification.

Sur le plan de la santé au travail, les licenciements pour inaptitude sont loin d’être des exceptions. Le service d’aide à domicile enregistre de très nombreux accidents du travail. La fréquence des accidents de trajet est aussi nettement en hausse. Tout cela avec une population vieillissante, puisque la majorité des salariés a entre 45 à 54 ans.

Tous ces facteurs contribuent à un fort absentéisme des intervenants à domicile et constitue une des difficultés les plus importantes pour le fonctionnement quotidien de notre service. Il pèse sur la qualité des services rendus aux personnes aidées, il désorganise le travail des encadrants par la recherche de solutions de remplacement et fait peser un risque d’épuisement sur les intervenants appelés en remplacement des personnes absentes. Cette question de l’absentéisme est considérée aujourd’hui encore comme un fatalisme et ne fait pas l’objet d’actions correctives dans le service. Or tout le monde est concerné car l’absentéisme touche à la à fois la santé, au travail des personnels, à l’organisation du travail, à la formation et à la gestion des carrières.

Une étude publiée en 2016 par CHORUM-CIDES montre que l’absentéisme dans ce secteur (6.5 % en 2014) est plus élevé que la moyenne de l’économie sociale (4.3 %).



Si ces métiers sont aujourd’hui un peu plus attractifs du fait de la refondation de la branche, ils restent parmi les métiers les moins rémunérés. Les premiers niveaux des grilles de rémunération de l’aide à domicile sont immergés sous le seuil du Smic. C’est donc le Smic qui s’applique pour les sept premières années des salariés en grille A[[29]](#footnote-29) et les six premières années des salariés en grille B[[30]](#footnote-30), soit un tiers de la branche. Le problème réside dans le fait que le Smic augmente plus rapidement que le point d’indice de la branche, qui a seulement progressé de 1 % depuis 2009. La loi Vieillissement va dans le bon sens, mais s’avère nettement insuffisante au niveau des financements.

Le secteur de l’aide à domicile est un secteur qui recrute avec ou sans diplôme. Le vieillissement de la population française conduisant dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, il pourrait recruter 30 000 nouveaux professionnels d’ici 2030. Pour valoriser ce métier, le gouvernement, dans le cadre de la loi Vieillissement a lancé en 2017 une campagne nationale de promotion de l’aide à domicile. Depuis 2016 les diplômes d’Etat d’auxiliaire de vie sociale (AVS) et d’aide médico-psychologique (AMP) ont été regroupés en un seul : le diplôme d’Etat d’accompagnement éducatif et social (DEAES). Les aides à domicile peuvent donc aujourd’hui emprunter des passerelles de formation pour changer de métier et accompagner différents publics.

Cependant, intervenir à domicile renvoie inexorablement à des notions de domesticité. L’histoire de ce secteur d’activité reste pesante. Le secteur peine à trouver de la main d'œuvre qualifiée et doit faire face à un nombre important de cessations anticipées d’activité pour inaptitude.

La mission des professionnels de l’aide à domicile est avant tout de permettre à des personnes âgées, handicapées ou malades de rester dans leur cadre de vie. Le ménage, les courses, la cuisine et l’aide aux démarches administratives font partie des tâches quotidiennes pour lesquels on fait appel à une aide à domicile. Exerçant son activité chez une ou plusieurs personnes, l’intervenant à domicile est aussi là pour l’aide à la réalisation des gestes du quotidien : le bain, la prise des médicaments, la toilette. Aider les personnes fragiles à maintenir un lien social, savoir écouter, comprendre les besoins de la personne, partager des activités ou encore l’accompagner dans ses sorties sont autant d’actions qui permettent aux personnes seules ou dépendantes d’avoir une vie sociale. L’intervenant à domicile fait le lien entre la personne et les autres intervenants qui la suivent (infirmier, assistante sociale…) en faisant remonter les besoins et en avertissant sur l’évolution de la situation.

Le fait qu’il s’agisse de services de la vie quotidienne signifie que les prestations de service tiennent compte des contraintes temporelles de la demande, c’est à dire des rythmes de la vie des bénéficiaires. Cette synchronisation peut induire des horaires décalés et/ou des temps de travail fragmentés pour les salariés.

Les services d’aide à domicile s'adressent à des personnes dépendantes et concernent des fonctions à remplir à des moments déterminés de la journée : lever, déjeuner, dîner, coucher. Les situations de temps fragmentés sont également liées aux situations multi-bénéficiaires, c’est à dire quand un salarié intervient au domicile de plusieurs bénéficiaires. Cela se traduit par des horaires atypiques le soir ou le week-end, un temps de travail fragmenté qui se caractérise par des interruptions de travail.

Les conditions de travail des intervenants à domicile se caractérisent aussi par une problématique d’isolement au travail liée à des questions d’organisation. Il est en effet possible de constater un sentiment de manque de soutien et d’accompagnement dans le travail de la part de l’encadrement. Cela se traduit par des carences en termes de communication dans la transmission des informations nécessaires pour réaliser le travail, peu de réactualisation du travail à faire au regard de l’évolution des besoins des bénéficiaires, peu de temps d’échange avec l’encadrant et rareté des temps de réunions collectives, échanges de pratiques, partage de connaissance, retour d’expérience.

Les intervenants à domicile sont encadrés par un responsable de secteur qui est chargé de coordonner et d’organiser la prestation à domicile. En premier lieu, il évalue les besoins du bénéficiaire en se rendant à son domicile. Il définit les tâches à effectuer, détermine ensuite qui intervient chez la personne, selon son expérience et ses compétences, et s’assure enfin de la qualité des services rendus. En tant que responsable d’équipe, il est chargé du planning des aides à domicile, de leur recrutement ou de leur formation.

Cet encadrement intermédiaire est confronté lui-même à des problématiques de charge de travail. Des conditions de travail des responsables de secteur dépendent les conditions de travail des intervenants à domicile. Les responsables de secteur, face à la montée en puissance du secteur et de la demande de service à domicile, se retrouvent "happés" par des activités de gestion et des tâches administratives : facturation, paie, gestion des plannings, recrutement. De plus la gestion des remplacements des aides à domicile, liée au [taux important d’absentéisme dans le secteur des services à la personne](https://www.anact.fr/web/dossiers/mutations-changements-organisationnels/services-a-la-personne?p_thingIdToShow=23589596), constitue une activité chronophage qui prend le pas sur le soutien au travail d’aide à domicile.

Par conséquent, leurs missions initiales d’évaluation des besoins des bénéficiaires et d’encadrement de proximité s’en trouvent affectées, et génèrent le sentiment d’isolement des aides à domiciles décrit précédemment.

### Plan de prévention

*La nécessaire articulation d’une politique de RPS avec un management de projet.*

La prévention des risques professionnels nécessite une évaluation, certes, mais cette procédure n’est pas suffisante. Pour que l’amélioration des conditions de travail soit réelle, une véritable politique de prévention des RPS démarche de projet doit être conduite. Admettre que des facteurs de risque sont présents à l’OMIAL est déjà un premier pas pour agir. Savoir que l’association est en recherche de solutions est déterminant pour favoriser la mise en confiance des salariés et obtenir leur adhésion à la construction d’une démarche partagée.

*Du diagnostic à un repositionnement de la gestion des ressources humaines :*

L’ensemble des services de l’OMIAL emploie 200 salariés. L’association s’est engagée depuis de nombreuses années dans une démarche qualité qui était déjà un axe fort de son premier projet de service élaboré en 2008 et repris plus largement dans sa réactualisation en 2017. La participation et la formation du personnel est un élément central du processus, mais le niveau de formation initiale des salariés reste bas.

Les modalités d’encadrement des aides à domicile reposent, en plus des entretiens professionnels, sur des formes d’écoute, d’appui et de soutien aux intervenantes à domicile, notamment par la mise en place de réunions de coordination et d’information. Ces réunions permettent de règler toute difficulté organisationnelle ou de travail, de discuter sur les difficultés qu’elles peuvent avoir. Des organisations comme des équipes de fin de semaine et des binômes ont été mise en place dans la structure OMIAL afin d’améliorer les conditions de travail et réduire la pénibilité.

Il existe une politique de prévention au sein de l’établissement. Ce dernier est doté d’un CHSCT, un bilan social est réalisé chaque année. Une personne référente aux questions de sécurité au travail est désignée. Le document unique d’évaluation des risques (DUER) est mis à jour chaque année, il comprend une évaluation des facteurs de risques physiques psychosociaux par unité de travail. Les partenaires sociaux de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile ont mis en place, à destination de l’ensemble des salariés de la branche, un service d’écoute, d’aide et de soutien psychologique. Chaque salarié peut dialoguer par téléphone avec un psychologue pour aborder toute problématique d’ordre professionnel ou personnel.

Le service d’aide et d’accompagnement à domicile de l’OMIAL, fait face à un absentéisme croissant des aides à domicile. Cet absentéisme a un impact sur l’organisation et le fonctionnement du service. Il rend instable la gestion des ressources humaines avec des recrutements multiples et dans l’urgence. Des difficultés de planification des prestations engendrant des modifications permanentes des plannings sans délai et en conséquence une situation de stress pour les responsables de secteur et des contraintes supplémentaires pour les aides à domicile dans l’organisation de leur travail (remplacement « au pied levé », amplitude de travail importante, report de la charge de travail, fatigue).

Cet absentéisme questionne quant à la santé des intervenants. Un outil a été créé en 2015 en interne, permettant d’identifier des indicateurs qui semblent pertinents à suivre : les maladies hors affections de longue durée et maladies professionnelles, les accidents du travail, les accidents de trajet et les absences injustifiées. Ces indicateurs sont détaillés selon les critères : âge, ancienneté des salariés, type de bénéficiaires en fonction du niveau de dépendance. Ce suivi est assuré avec les représentants du personnel et en cas de dégradation des indicateurs, une démarche est menée avec le CHSCT.

La nature des arrêts est due principalement à des troubles musculo-squelettiques et des états dépressifs (usure physique et psychologique). Le profil des intervenants en arrêt de travail, toutes les tranches d’âge sont touchées. Des actions de prévention sont déjà mises en œuvre (formations spécifiques, sécurisation des contrats, soutien à l’exercice du métier, etc.) mais elles n’ont pas permis d’enrayer durablement ces phénomènes.

Un suivi régulier du turn-over est effectué. Cet indicateur important en matière de prévention des risques psychosociaux est observé pour les CDD et les CDI. Dans un contexte de pénurie de main-d’œuvre dans ce secteur, des axes prioritaires ont été mis en place afin que les employées recrutés n’aillent pas voir ailleurs. (Intégration des nouveaux salariés, prise en charge des dossiers en binômes…)

Sont abordés régulièrement, lors des réunions avec les intervenants à domicile et avec les instances représentatives du personnel, la nécessité de signaler tout conflit ou violence verbale ou physique sur un outil de recueil.

Le directeur doit avoir le souci permanent de rendre sa démarche de prévention transparente et accessible à l’ensemble des acteurs, ce qui nécessite de mettre en place des outils adaptés (réunions d’information, notes de services, formations …). Par ailleurs, il ne faut pas négliger la communication externe. Il apparait nécessaire de montrer aux partenaires institutionnels, aux familles et aux usagers que l’établissement se préoccupe de la santé de son personnel.

Une méthode à adopter

Autour de cette démarche de prévention, un cadre doit être organisé. Je m’appuierai sur la logique de la Roue de Deming[[31]](#footnote-31), aussi connue sous le nom de méthode PDCA[[32]](#footnote-32) (Plan, Do, Check et Act).

**Plan** : tout d’abord, il est nécessaire de clairement définir l’objet de la démarche, ses enjeux, les risques et les moyens nécessaires pour atteindre des objectifs précis. Puis il apparait indispensable d’analyser l’existant et de recenser les acteurs internes et externes concernés par le projet. La participation du personnel motivé sera requise mais, en amont, il faudra cerner le positionnement et les attentes de chacun et identifier les personnes qui risquent éventuellement de faire obstacle à notre démarche. Enfin, il convient de communiquer au personnel les informations relatives au projet afin qu’il s’en imprègne. Promouvoir un dialogue social de qualité autour de la santé au travail et du bien-être au travail est une orientation fondamentale.

Cette première phase sera menée par un groupe de pilotage composé du directeur, des responsables de service, d’intervenants à domicile, du médecin du travail et des représentants du personnel. L’objectif de ce groupe sera de réunir tous les éléments nécessaires pour aboutir à la mise en œuvre et à la réalisation du plan de prévention (organisation, déroulement, feuille de route, calendrier).

**Do** : la mise en œuvre du projet consistera à organiser des réunions, mettre en application les règles fixées dans la précédente phase, organiser la réalisation des actions et communiquer sur l’avancement de ce projet.

**Check** : une vérification régulière des actions réalisées permettra de vérifier si ces actions sont conformes au programme initial. Des tableaux de bords et des indicateurs permettront d’analyser des éléments en comparaison avec les chiffres existants avant le début du projet. Une évaluation sera effectuée à différentes étapes, permettant ainsi des corrections si nécessaire.

**Act** : grâce aux retours d’expérience, améliorer la conduite du projet en lui apportant des corrections.

Un style de management adapté à la démarche de prévention

Il est évident que l’implication du directeur est indispensable. Il devra faire preuve d’un très grand intérêt de la démarche et intervenir pour relancer une dynamique après chaque étape du projet. Il est nécessaire qu’il soit perçu comme une personne de confiance et à l’écoute du personnel en cas de difficultés. Il doit être à la fois, initiateur, coordinateur, guide en laissant une marge d’autonomie au personnel participant.

La mise en place d’un dispositif précoce de prévention des risques psychosociaux dans la structure des aides à domicile ne réside pas principalement dans des évolutions règlementaires mais plutôt dans le changement des pratiques de management et dans une bonne gouvernance, ce qui nécessite de se questionner sur le style de management à employer. Il sera une des clés de réussite du dispositif. Il existe plusieurs styles de management :

- Le management directif : technique de management qui consiste à diriger une équipe de manière simple, hiérarchisée et structurée. Le management directif s’oppose au management participatif. A la tête du projet se trouve le manager, il supervise seul le projet, il prend les décisions donne les directives. Sous sa supervision, on retrouve l’équipe projet considérée comme simple exécutante.

- Le management persuasif : centré sur le relationnel avec une forte implication du manager, il reste autoritaire. Il est plus tourné vers les collaborateurs qui disposent d’un peu d’autonomie et auxquels le manager demande parfois un avis, même s’il garde le pouvoir décisionnel complet. Le management persuasif repose sur la participation des collaborateurs à qui le manager fait davantage confiance.

- Le management délégatif : il repose sur la confiance envers les collaborateurs qui sont fréquemment consultés pour la prise de décision et sur l’esprit d’équipe. Il fait une large place à l’implication de chacun des membres de l’équipe et à leur responsabilisation. Les résultats attendus et les méthodes sont définis par l’ensemble du système et la communication, tant verticale qu’horizontale, passe plutôt bien.

Sera privilégié ici le management participatif, mode de gestion qui consiste à susciter l’engagement et la prise d’initiative des équipes de travail, en les responsabilisant et en les intégrant dans la vie quotidienne de l’entreprise, et surtout lors de la prise des décisions. Quel que soit son statut, l’employé se sent important et influent et se voit offrir une autonomie et une liberté dans l’action.

Les bénéfices d’une démarche de maîtrise des risques psychosociaux.

Les bénéfices d’une démarche de prévention apparaissent nombreux, tant pour le personnel que pour l’établissement. Pour le personnel, ils résident dans :

* une amélioration ou une préservation d’un bon état de santé,
* une réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles,
* une qualité meilleure de vie au travail,
* une confiance accrue envers le dirigeant,
* un meilleur climat social

Pour l’établissement, les bénéfices attendus sont également nombreux :

* un gain socio-économique par la réduction des coûts engendrés par les accidents de travail,
* une augmentation de la rentabilité par la performance retrouvée de l’établissement en termes d’offre de service plus fiable et de qualité, du fait d’une plus grande implication du personnel,
* une gestion des ressources humaines facilitée et permettant un meilleur management productif de l’établissement, permettant aux intervenants de se sentir pleinement reconnus dans leur travail,
* Une amélioration de l’image de l’établissement, facilitant les relations avec les organismes institutionnels (Conseil Départemental et Agence Régionale de Santé).

Dimension « affective » des métiers de l’aide à domicile nécessitant une approche managériale spécifique

Les politiques générales d’amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail des salariés telles qu’elles existent en France aujourd’hui ne semblent pas être adaptées à tous les secteurs d’activités, notamment au secteur de l’aide à domicile. En effet, elles ne prévoient pas la mise en place d’actions ciblées par métier. La transcription de normes générales de prévention des risques professionnels et psycho-sociaux dans un secteur aussi spécifique que le nôtre pose nécessairement des interrogations. Comment appliquer une règlementation valable pour des entreprises employant en nombre des salariés à une structure d’aide à domicile où l’intervenant se retrouve seul face à un bénéficiaire au sein d’un espace privé ? Les moyens humains, matériels et financiers mobilisés diffèrent forcément.

Dans le secteur de l’aide à domicile, la relation de service qui s'établit entre l’intervenant et le bénéficiaire présente des caractéristiques spécifiques qui peuvent difficilement répondre aux obligations décrites dans les textes règlementaires. C’est une relation qui se réalise aux confins du professionnel et du privé. Les dispositifs qui habituellement cadrent une relation professionnelle (lieux, outils, gestes) appartiennent à la sphère privée, celle du domicile du bénéficiaire.

Au-delà des besoins formulés, l'aide constitue souvent le seul lien social pour le bénéficiaire. La nature même du service proposé change car, au-delà de ce qui peut être défini explicitement lors de l’évaluation des besoins (faire le ménage, le repassage, les repas …), les personnes âgées ont bien d'autres attentes difficiles à formuler, notamment celles relevant plutôt d'une dimension relationnelle et affective. Le volet émotionnel de l’activité d’aide à domicile occupe ainsi une place centrale. Or, cette dimension émotionnelle et affective n’est pas suffisamment prise en compte par les politiques publiques de prévention.

Même exposition émotionnelle du côté de l’intervenant à domicile. Celui-ci est confronté quotidiennement à la dégradation de l’état de santé du bénéficiaire de l’aide, aux diverses formes de pathologies neuro-dégénératives et dépressives dont peuvent souffrir les usagers. L’ensemble de ces facteurs auquel sont soumis les intervenants à domicile dans le cadre de leur travail génèrent de façon générale chez eux du stress et des troubles psychosociaux. Ce qui explique que leur métier est souvent ressenti comme « usant ». Enfin, au-delà de l’organisation du travail, il y a les représentations sociales liées à ce métier jugé peu « valorisant ».

L’une des exigences de ma fonction me parait donc résider dans la nécessité de prendre en charge ces spécificités difficilement relayées jusqu’à présent par les textes règlementaires et non suffisamment prises en compte par les politiques publiques de prévention des risques. Il s’agira pour moi d’articuler une politique de prévention des risques psycho-sociaux avec la conduite d’un projet soumis à des règles et à des outils. Le management est une technique de direction, une stratégie où se conjuguera volonté du directeur et participation du personnel. La prévention des risques psycho-sociaux nécessite une évaluation mais doit aussi aboutir à un type précis de management. Une démarche structurée s’appuyant sur des règles de management et tenant compte des spécificités liées à notre secteur doit donc devenir le levier d’amélioration des conditions de travail au sein d’une structure d’aide à domicile.

# PARTIE 2 : PRESENTATION DES MODALITES ET DU TERRAIN DE RECHERCHE

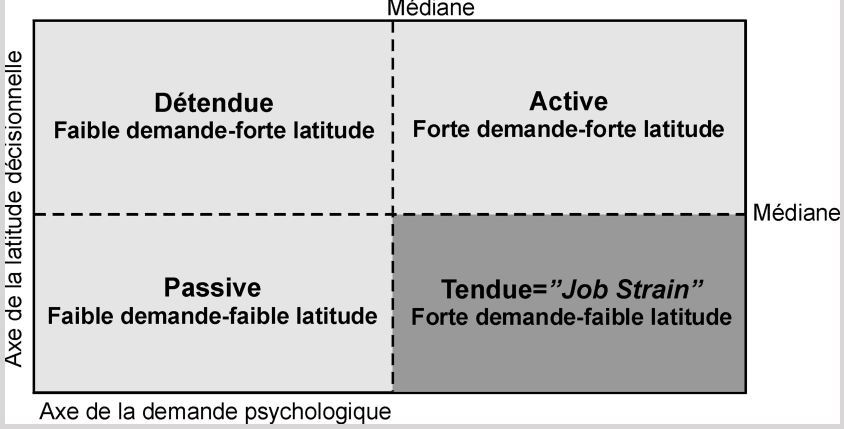
Comme évoqué précédemment, il relève de ma responsabilité en tant qu’employeur, d’évaluer les risques psychosociaux au sein de ma structure en effectuant une collecte de données à travers une méthode et des outils décrits ci-après. Présentées et condensées, ces données seront observées et analysées afin d’aboutir à un constat. De ce constat devra se dégager la mise en **place une démarche de maîtrise des risques psychosociaux en cohérence avec le management d’une structure de services à la personne** à appliquer à tous les acteurs qui composent ma structure.

## Méthodologie de recherche

Deux modèles d’analyse des relations entre le travail et la santé mentale ont vu le jour entre 1970 et 1990 :

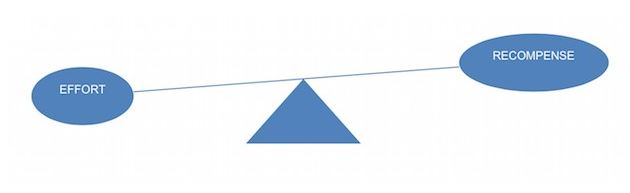
- Le modèle KARASEK

-Conçu par le sociologue américain Robert KARASEK en 1979, appelé en anglais « Job strain model » ou « demand control support model » et en français « demande-latitude-support », ce modèle analyse une association entre des problèmes de santé et une tension professionnelle émanant de demandes psychologiques élevées et d’une faible latitude de décision.



* Le modèle SIEGRIST

Le modèle proposé par un professeur de sociologie médicale, Johannes SIEGRIST[[33]](#footnote-33) à la fin des années 1980, est un modèle majeur dans la compréhension des mécanismes de stress au travail. Il est appelé le modèle « déséquilibre-effort-reconnaissance » (DER) et en anglais « effort-reward-imbalance ». Ce modèle analyse une situation caractérisée par une combinaison d’efforts intenses et de faible reconnaissance pouvant provoquer des situations de grande détresse psychologique.



L’intérêt de ces modèles est de mettre en avant le fait que le stress professionnel ne résulte pas uniquement de la charge de travail et des contraintes qui y sont associées : d’une part la possibilité de contrôle, de latitude et de marge de manœuvre ainsi que le support social (modèle de Karasek) et d’autre part le sentiment d’être « récompensé » de l’effort fourni (modèle de Siegrist) sont de puissantes variables réduisant ou au contraire augmentant considérablement le stress.

Ces deux modèles ont contribué en France à enrichir le questionnaire du Collège d’expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail.

Ce Collège, constitué de chercheurs de différentes disciplines, français et internationaux, à la demande du ministère du travail, a été constitué en 2008, afin d’élaborer un système de suivi statistique sur les RPS.

Réuni à la demande du Ministère du Travail, de l’emploi et de la santé, le Collège d’expertise, composé de plusieurs chercheurs français et internationaux de disciplines différentes (sociologues, économistes, statisticiens, psychologues, ergonomes, épidémiologistes, médecins...) bénéficiant d’une reconnaissance scientifique attestée, fait des propositions précises concernant la méthodologie de l’enquête et recommande de rédiger le questionnaire sur le suivi des risques psychosociaux à partir des principaux questionnaires internationaux. L’enquête est conduite sur un échantillon de 20 000 à 25 000 actifs, suivi sur 9 ans pour mesurer la continuité ou la répétition au risque.

Le rapport du Collège d’expertise s’est fondé sur une vaste revue de la littérature scientifique internationale dans différents domaines et sur des auditions de personnalités scientifiques et de membres d’organisations représentant les salariés et les employeurs pour aboutir à une grille d’évaluation[[34]](#footnote-34) des facteurs de risques psychosociaux.

**A) Grille d’évaluation**

Afin d’observer, d’identifier les risques auxquels sont soumis les acteurs de mon unité de travail et d’apprécier les conditions et les circonstances d’exposition à ces facteurs, il convient à partir de cette grille d’évaluation de repérer et d’évaluer les risques psychosociaux par catégorisation de différents facteurs de risque.

Cette grille d’évaluation recense sept grandes familles de facteurs de risques psychosociaux :

* Intensité du travail et complexité de travail,
* Horaires de travail difficiles,
* Exigences émotionnelles
* Faible autonomie au travail
* Rapports sociaux au travail dégradés
* Conflits de valeurs,
* Insécurité de l’emploi et du travail

A chaque famille de facteurs de risques psychosociaux est attribué un niveau d’intensité allant de non concerné à faible, de faible à modéré et de modéré à élevé.

**B) Guide d’entretien**

A partir du repérage par famille des risques psychosociaux par la grille d’évaluation, risques moins visibles que les risques professionnels, à la fois multiformes et pluri factoriels, j’ai questionné, lors d’un entretien en face à face, d’une durée d’une heure à une heure et demie environ, chaque acteur interne et externe à ma structure sur les dimensions concrètes du travail effectué au sein de mon service d’aide à domicile.

Deux grilles d’entretien ont été construites :

L’une s’adressant aux acteurs internes à ma structure (intervenantes à domicile et responsable de secteur, représentant du personnel et membre du CHSCT) et l’autre aux acteurs externes (contrôleur CARSAT et médecin du travail)

Lors de ces échanges, j’ai été attentive à la libre expression de chacun. L’évaluation des facteurs de risques psychosociaux doit être issue des échanges portant sur les situations réelles de travail au sein de ma structure. Elle implique que les personnes interrogées puissent s’exprimer, sans entrave ni censure, sur les dimensions concrètes du travail évoquées dans la grille d’évaluation. Dans la conduite des échanges, j’ai maintenu une position neutre et impartiale et rechercher le consensus. La richesse des échanges peut conduire à des digressions. Mon rôle a été de recentrer les échanges sur la question posée et de renseigner la grille d’évaluation dans son intégralité.

Pour avoir une vision d’ensemble de l’évaluation des facteurs de risque, les réponses à chacune des questions sont reportées dans un tableau de synthèse par unité de travail où figure le niveau d’intensité de ces facteurs. Ce tableau permet de repérer aisément les facteurs de risques psychosociaux sur lesquels il sera sans doute nécessaire de travailler en priorité.

L’inventaire des facteurs de risque et l’évaluation des conditions d’exposition pour chaque unité de travail sont ensuite reportés dans le document unique d’évaluation des risques professionnels (DUER) mis à ce jour à cette occasion. Ils serviront à l’élaboration du plan d’actions.

## Présentation du terrain de recherche

Il est important de préciser les spécificités du terrain de recherche afin d’éclairer l’analyse des résultats ci-après.

L’OMIAL gère à la fois un SSIAD et un SAD, mais seul le dernier est l’objet de mon travail de recherche. Association à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901, elle a été créée en 1971 conventionnée par les Petits Frères des Pauvres (PF) pour développer initialement une association de formation et de recherche en gérontologie sociale plus axée sur l’information aux personnes âgées et sur les loisirs.

L’évolution des politiques sociales, le vieillissement de notre société actuelle et les perspectives démographiques à venir, ont amené l’association à s’ouvrir vers des personnes de plus en plus âgées et dépendantes.

Les missions de l’OMIAL sont clairement définies :

- Accompagner la personne à domicile, en situation de besoin d’aide dans le respect de ses choix de vie, avec pour objectif de maintenir et/ou restaurer et/ou stimuler son autonomie,

- Accomplir un travail de soutien moral, matériel et social auprès des personnes qui ne peuvent plus assurer seules certains gestes de la vie quotidienne.

- Prévenir les risques sociaux et médico-sociaux des personnes en situation de demande d’aide,

- Éviter l’hospitalisation, faciliter le retour à domicile à la suite d’une hospitalisation, prévenir ou retarder l’aggravation de l’état des personnes et leur admission dans les services de long séjour ou dans les établissements d’hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

- Optimiser l’autonomie et la qualité de vie de personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée et assurer un rôle de soutien auprès des aidants,

- Favoriser le maintien du lien social.

Les salariés de ce secteur exercent des métiers dans lesquels ils s’impliquent émotionnellement comme physiquement, peut-être plus que les autres. En effet, pour beaucoup, travailler signifie accompagner des êtres humains à tous les âges de la vie, dans leurs difficultés sociales ou de santé.

Cette implication forte est une source potentielle de risques à tous les niveaux, surtout dans un secteur où la pyramide des âges est vieillissante. Dans ce contexte, nous constatons une importante augmentation de l’absentéisme lié à des arrêts pour incapacité de travail qui renchérissent le coût de la protection sociale complémentaire. Cette dégradation a un impact direct sur notre structure : coût humain, économique et de fonctionnement.

La relation intervenants/usagers est cadrée par des exigences organisationnelles qui poussent à standardiser les « bonnes pratiques » ; de ce fait l’intervenant se trouve pris en contradiction entre le temps « prescrit » par les encadrants et le temps réel nécessaire à son intervention.

Les symptômes caractérisant l’épuisement professionnel restent peu visibles. L’embarras de la pratique se joue dans la relation d’aide avec le public. Des bouleversements déstabilisent les salariés du secteur sanitaire social et médico-social dans l’exercice de leur métier.

Le travail des intervenants à domicile nécessite des compétences techniques mais aussi des compétences émotionnelles. Ils travaillent de façon isolée dans un lieu qui est le domicile privé et doivent, à partir de ce lieu et des personnes qu’ils accompagnent, s’adapter. Cette adaptation repose sur des ressources informelles et implicites. Leurs missions sont réalisées sous contrainte temporelle, et ils élaborent un travail émotionnel qui, en fonction des cas, renvoie à l’expression ou à la dissimulation d’émotions.

Ces types de situations de travail à domicile et les risques professionnels liés sont amenés à se multiplier en raison du vieillissement général de la population et de la volonté des politiques publiques de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d’autonomie. Il convient donc pour l’association de réagir en mettant en place des mesures adaptées permettant la réduction des accidents du travail, des maladies professionnelles et l’amélioration des conditions de travail.

Personnes interrogées et format de l’éhange :

Mon étude de recherche est centrée sur l’apport des connaissances et des savoirs faire des salariés, des représentants du personnel et d’acteurs extérieurs engagés dans une approche pluridisciplinaire de la prévention des risques professionnels.

J’ai ainsi effectué un recueil de données primaires auprès des organisations ci-dessous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORGANISATION** | **FONCTION** | **NOMBRE D’ENTRETIENS REALISES** |
| Intervenants à domicile | Agent à domicile  Employé(e) à domicile  Auxiliaire de Vie Sociale | 1  1  1 |
| Responsable de secteur | Encadrant des intervenants | 1 |
| Représentant du personnel et membre Comité d’hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). | Déléguée du personnel et déléguée syndical | 1 |
| Association interprofessionnelle de santé et de médecine au travail (AISMT 13) | Médecin du travail | 1 |
| Service de prévention de la Caisse d’assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT Sud-est). | Contrôleur sécurité | 1 |

J’ai également effectué un recueil de données secondaires, après la lecture des documents ci-après : Littérature « grise »

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Document** | **Titre** | **Auteur** |
| ARACT Bretagne, association régionale de l’ANACT[[35]](#footnote-35) | Guide-amelioration-conditions-travail-aide-a-domicile Publication - 11 décembre 2017 | UNA, ARACT Bretagne |
| Les avis du Conseil Economique Social et Environnemental[[36]](#footnote-36) | La prévention des RPS  (mai 2013) | Sylvie BRUNET |

# PARTIE 3 : OBSERVATIONS, ANALYSE DES CONSTATS

## Observations sur le choix des personnes interrogées

L’entretien est une technique destinée à collecter des données discursives reflétant notamment l’univers mental conscient de l’individu. Les thèmes élaborés dans le guide d’entretien l’ont été en lien avec le cadre théorique et la problématique d’évaluation des facteurs des risques psychosociaux. Par ce mode de collecte, j’ai observé de moi-même, de visu, des processus ou des comportements se déroulant au sein de ma structure pendant une période délimitée. J’ai pu étudier des données à la fois factuelles et verbales qui ont permis de faire émerger les conditions de travail réel au sein de l’OMIAL.

*« Mes missions sont fixées par la responsable de secteur mais au final c’est la personne aidée qui dicte mes missions et je dois m’adapter ».*

Associer les **Intervenants à domicile** à l’analyse des risques psychosociaux va me permettre de rendre plus visible le travail réel de chaque situation et relation de travail effectué en toute singularité par rapport au travail prescrit. C’est cette perception exprimée qui va permettre d’éclairer les écarts entre le prescrit et le réel. Les facteurs de risques psychosociaux s’en trouvent ainsi révélés et permettront de garantir la pertinence et l’efficacité des solutions à mettre en œuvre.

*« Aujourd’hui, comme beaucoup d’autres jours, j’ai géré l’arrêt maladie de deux Intervenantes à domicile»*

Les **Responsables de secteurs**, interlocuteurs des intervenants à domicile, répondent de la politique de l’association vis-à-vis d’eux et se font l’écho d’éventuelles lacunes ou dysfonctionnement. Dans ce secteur, les risques en lien avec l’organisation du travail peuvent être liés à l’organisation du travail par le Responsable de secteur qui définit le travail de chaque intervenante à domicile. Cet encadrement intermédiaire est lui-même confronté à des problématiques de charge de travail, leurs conditions de travail dépendent des conditions de travail des intervenants. La gestion des remplacements des aides à domicile liée au taux important d’absentéisme constitue une activité chronophage qui prend le pas sur le soutien au travail d’aide à domicile.

*« les intervenants se sentent isolés à domicile. Il y a peu de temps d’échange avec les responsables de secteur et les réunions collectives sont inexistantes».*

Les **représentants du personnel** et membre du **Comité d’hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)** :

Dans notre structure, en l’absence du CHSCT, ce sont les représentants du personnel qui en assurent le rôle et dont la mission est de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés et à l’amélioration des conditions de travail.

*« Des déclarations d’inaptitudes fréquentes sont causées par la charge physique (manutentions, postures, efforts) mais aussi par une forte charge psychologique ressentie par l’intervenant face aux pathologies que présentent le bénéficiaire (alzheimer difficultés personnelles, confrontation à la mort et au vieillissement) »*

**L’Association interprofessionnelle de santé et de médecine au travail (AISMT 13)** développe une approche pluridisciplinaire de la prévention des risques professionnels en associant des compétences médicales, techniques et organisationnelles, l’association interprofessionnelle de santé et médecine au travail contribue, dans notre association, à l’évaluation des risques liés et à la réalisation des actions de prévention. Le médecin du travail, conseille l’employeur, les salariés et leur représentant, il analyse le milieu de travail et élabore une fiche d’entreprise qui consigne les risques professionnels et les moyens préconisés pour les prévenir.

*« Pour moi, la situation précaire des salariés est aussi un facteur supplémentaire de risque. Cette précarité peut-être un frein pour la remontée d’information, car elles vivent parfois les mêmes situations* *»*

**Le service de prévention de la Caisse d’assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT Sud-est)** contribue à l’amélioration de la sécurité, de l’hygiène et des conditions de travail au sein des entreprises en les accompagnant dans leurs démarches de prévention des risques professionnels afin de diminuer la fréquence et la gravité des accidents et des maladies professionnelles.

Il existe en Ile et Vilaine, une association d’aide à domicile adhérente à **l’Union Nationale des Associations d’aide et de soins à domicile,** qui au regard des risques spécifiques inhérents aux services à domicile et avec l’appui de **l’Agence Régionale d’Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) Bretagne**, a rédigé un guide méthodologique d’amélioration des conditions de travail pour les métiers de l’aide à domicile. L’essentiel du travail accompli à travers ce guide vise la promotion d’une culture de travail où le facteur humain constitue le socle indéfectible de toutes nos activités.

Le **Conseil Economique Social et Environnemental (CESE),** assemblée consultative de compétence générale, a souhaité procéder à un état des lieux des risques psychosociaux tant de la connaissance de ces risques que des initiatives déjà prises pour les combattre et a formuler des recommandations afin de mieux les prévenir visant à accroître l’effort de prévention en amont des réorganisations et restructurations, à mobiliser les différents acteurs de prévention, notamment le CHSCT et les services de santé au travail et à développer le dialogue social sur la santé et les conditions de travail.

La dynamique des lectures de ces données secondaires devraient être modélisant pour définir la stratégie du plan d’action proposé dans la partie 4 « recommandations ».

## Analyse des constats

Les données collectées à partir de ces entretiens ont été reportées dans un tableau de synthèse de l’évaluation des risques psychosociaux joint en annexe 4 et converties en niveau d’intensité. Ce tableau permet de repérer aisément les facteurs de risques psychosociaux sur lesquels il sera nécessaire de travailler en priorité. Il s’agit de donner du sens aux données recueillies et de comprendre la réalité et ses enjeux, repérer les problèmes et les points d’amélioration, faire émerger les idées, les classer, les hiérarchiser et les formaliser.

Il ressort des entretiens avec les différents acteurs de ma structure les conclusions suivantes présentées par famille de facteurs de risques psychosociaux :

*Sur les entretiens avec les intervenantes à domicile*

**Intensité et complexité au travail**

Même si l’organisation du travail est en théorie formalisée sur une fiche de mission rédigée par le responsable de secteur suite à l’évaluation à domicile des besoins de la personne aidée, dans les faits l’intervenante est amenée à organiser elle-même la prestation à sa façon ce qui peut générer des risques professionnels. En fonction de ses marges de manœuvre dans ses prestations, elle va s’exposer à certains risques et va devoir gérer l’urgence de certaines demandes en priorisant certaines tâches au détriment d’autres.

Cela me permet de mesurer des écarts entre le travail formel prescrit sur les fiches de missions et la réalité des tâches effectuées. J’ai pu repérer des tâches exécutées qui ne figurent pas sur la fiche de mission comme par exemple, le changement de la couche d’une personne aidée. Cette mission ne figure pas dans la fiche de mission d’une Aide à domicile catégorie A ou B, mais l’intervenant va être amenée à la réaliser car elle sait que l’infirmier ne passera que le soir.

J’ai observé aussi que les aides à domicile expérimentées associent plus facilement, aux tâches ménagères, des tâches d’écoute et d’accompagnement (prendre le temps de boire un café ou de sortir avec le bénéficiaire).

Analyser le travail réel me permet de comprendre pourquoi les tâches peuvent être réalisées différemment par deux aides à domicile chez le même bénéficiaire. La première va privilégier la stimulation, l’écoute de la personne ou les sorties à l’extérieur et la seconde intervenante va faire le choix de privilégier les tâches ménagères. Ces différences semblent liées à la relation construite entre elles et le bénéficiaire, mais également au sens qu’elles donnent à leur travail.

**Horaires de travail difficiles**

L’organisation du travail de l’OMIAL n’est pas toujours favorable pour les intervenants à domicile : des amplitudes horaires importantes avec des interruptions d’activité fréquentes dans la journée ; un temps de travail partiel pas toujours choisi ; des temps de réunion peu fréquent et des perspectives d’évolution professionnelle très limitées par les contraintes financières.

**Exigences émotionnelles**

Confier à une même intervenante plusieurs bénéficiaires qui souffrent d’une pathologie de type Alzheimer a une forte incidence sur sa charge psychologique. Selon l’autonomie des personnes aidées, il y a plus de risques encourus de lombalgies. Enfin, le nombre de bénéficiaires affectés à une aide à domicile, la durée des interventions et les missions à effectuer ont une incidence sur la charge de travail de l’intervenante en terme physique et psychique.

**Rapports sociaux au travail dégradés**

Les salariés de l’association sont majoritairement des femmes seules avec des enfants à charge, avec de faible niveau de qualification et sont souvent confrontés à des problèmes de discrimination. Les salariés recrutés rentrent après 45 ans dans la profession et deviennent rapidement des « salariés vieillissants ».

**Conflits de valeurs**

L’intervenant est amené à mettre en œuvre des modes opératoires ou des stratégies pour faire face aux aléas ou dysfonctionnements qui surviennent pendant le travail. Selon le cas l’intervenant peut être amené soit à prendre un risque soit à l’éviter.

*Sur les entretiens avec le Responsable de secteur et le représentant du personnel*

**Intensité et complexité au travail**

Le Responsable de secteur qui se déplace la première fois à domicile va faire un repérage des situations à risques du point de vue de l’état du domicile, de la pathologie, du contexte familial et dans le cadre de la visite de suivi des prestations, elle pourra également réguler certains incidents avant qu’ils ne s’aggravent. Sans cela, il aura probablement à gérer des situations de conflits nuisibles pour l’intervenant et la structure en termes d’image.

*Sur les entretiens avec le contrôleur sécurité CARSAT de l’OMIAL et le médecin du travail*

**Intensité et complexité au travail**

Chaque année un tableau de bord des ressources humaines au sein de l’OMIAL permet de faire un bilan en matière d’arrêts de travail, d’accidents de travail et de maladies professionnelles.

Nous constatons que l’absentéisme s’est dégradé depuis ces 3 dernières années, jusqu’à atteindre un taux moyen en 2017 de 19 %, alors que la moyenne dans notre secteur est de 6,5 %.Nous constatons qu’un nombre important d’intervenants s’arrête peu longtemps, mais souvent en maladie ordinaire, qui constitue le principal motif des arrêts. Le deuxième motif concerne les accidents du travail.

L’activité directement exercée au domicile des bénéficiaires est source de troubles musculo-squelettiques, de chutes de plain-pied, de manipulations manuelles, de pénibilité accrue par la multiplication des lieux de travail et les nombreux déplacements et d’isolement avec un management exercé à distance et sans sentiment d’appartenance à une équipe. Les aides à domicile sont exposées à des risques en lien avec l’état des domiciles, mais aussi en lien avec les outils de travail parfois défectueux ou inexistants. Chaque intervention d’aide à domicile se déroule sur un lieu de travail spécifique et introduit une variabilité de travail inévitable.

Les salariés de l’aide à domicile sont particulièrement exposés à l’usure professionnelle, mais cette usure concerne également les personnels d’encadrement (responsable de secteur) soumis à une forte pression lorsqu’on leur demande de répondre dans l’urgence aux besoins des usagers, aux difficultés rencontrées par les aides à domicile, ou lorsqu’ils doivent remplacer au pied levé des absences inopinées.

Dans ma structure, les motifs d’usure et de stress sont connus : multiplication des déplacements, et des vacations dans une semaine, remplacements demandés au dernier moment pour palier à l’absence d’un intervenant, dégradation relationnelle, de l’environnement de travail, vieillissement des bénéficiaires comme des salariés, exigences physiques et émotionnelles…

D’autres facteurs individuels ou contextuels amplifient le risque d’usure professionnelle dans ce secteur : l’ancienneté dans la fonction, le faible niveau de qualification des intervenants, les faibles perspectives d’évolution professionnelle ou encore les problèmes d’un management insuffisamment préparé à aborder les risques psychosociaux, et anticiper les situations d’exposition au risque d’usure.

A l’OMIAL, l’organisation santé et sécurité mise en place n’améliore pas la situation : de nouveaux accidents surviennent et l’absentéisme progresse. Les salariés ne se sentent pas concernés par la santé et la sécurité au travail. Le responsable de secteur intervient peu en sécurité et santé au travail, le CHSCT est peu impliqué dans cette organisation. Les questions de santé ne sont pas prioritaires.

De cette organisation du travail découlent des conséquences négatives, comme un absentéisme et un turn-over important, des accidents de travail fréquents, des licenciements pour inaptitude en nombre important, du stress, un impact sur la qualité de la prestation et la dégradation de l’image de la structure.

\*\*\*\*\*

C’est pourquoi, face à cette situation, un processus de créativité structurée doit s’engager, au sein de mon service d’aide à domicile, autour de préconisations divisées en objectifs stratégiques et opérationnels, de manière à aboutir à un plan d’action pertinent et réalisable visant à développer :

* une optique de prévention primaire afin d’éliminer les sources des risques psychosociaux liés au travail ;
* La promotion d’une approche positive au travail ;
* Une approche innovante des conditions de travail.

# PARTIE 4 : RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE D’UNE DEMARCHE DE MAITRISE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN COHERENCE AVEC LE MANAGEMENT D’UNE STRUCTURE DE SERVICE A LA PERSONNE

Les actions de prévention des risques professionnels sont une priorité pour l’association face à l’enjeu du maintien dans l’emploi de nos salariés. Comme nous l’avons démontré prédédemment, l’organisation du travail a un impact sur les risques professionnels et psychosociaux et sur l’absentéisme qui en découle.

Devant ce constat, une dynamique d’amélioration des conditions de travail doit être créée comme pouvoir d’agir du collectif de travail. En matière de conduite de projet, seule une véritable implication des équipes donne du sens et de la continuité à ce qui est entrepris. Articuler les recommandations avec le projet de service afin de produire une cohérence d’ensemble est absolument indispensable pour que l’action produise des impacts durables.

**Mise en place d’un comité de pilotage**

Le comité de pilotage aura pour objectif d’accompagner cette **démarche de maîtrise des risques psychosociaux en cohérence avec le management** en informant les salariés, en participant au choix des outils d’investigation, en aidant à l’interprétation des données, en élaborant un plan d’action et un suivi de l’action.

Il comportera des membres de la direction, des acteurs de prévention interne et des salariés des différentes catégories professionnelles de l’association. Sa mise en place est une des conditions indispensables pour pérenniser cette démarche.

Il s’agit d’impulser chez les dirigeants de ma structure et les responsables de secteur une envie d’agir différemment grâce à un pilotage de projet concret et pragmatique dans lequel ils se sentent impliqués et mobilisés.

Mes recommandations visent 3 niveaux :

**ACTIONS GENERALES ACTIONS CONCRÈTES**

## Développer le rôle en sécurité et santé au travail des responsables de secteurs

A travers mes entretiens, j’ai constaté qu’un accent particulier devait être apporté au « responsable de secteur » en matière de sécurité et de santé au travail. En effet, il joue un rôle essentiel dans l’articulation de la vision de la culture de sécurité menée par la direction et la réalité du terrain.

Le Responsable de secteur doit ainsi être un leadership, c’est-à-dire être en capacité de mobiliser les intervenants afin d’organiser et de faciliter leur planning de travail tout en respectant les règles et les procédures. Il doit veiller à leur sécurité en signalant une situation dangereuse, en se posant des questions et en faisant des suggestions.

Il doit adopter un comportement cohérent entre son discours et ses actes. Dans le cadre de ses arbitrages entre l’intervenant et le bénéficiaire ou les aidants familiaux, il ne doit pas ordonner des opérations contraires aux enjeux de la sécurité et de la santé au travail, même dans l’objectif de la continuité de nos interventions. Il doit interrompre l’intervention de l’intervenant si la situation dérive et faire remonter à la hiérarchie les situations à risque qui dépassent son périmètre de décision.

Ses interactions avec les intervenants à domicile auront pour objectifs de donner du sens aux enjeux de la sécurité et santé au travail, d’opérer un mangement positif en félicitant les bonnes initiatives prises par les intervenants, d’être régulièrement sur le terrain pour observer les conditions réelles de réalisation des missions données et discuter avec l’aide à domicile.

Il doit être attentif à l’état de santé de son équipe et veiller également à l’intégration des enjeux de la sécurité et de la santé au travail dans le parcours de professionnalisation des nouveaux salariés par la mise en place d’un tutorat lors de la prise de poste et le soutien du développement du professionnalisme des salariés en alimentant le plan d’action de formation continue. Il prend soin d’affecter les intervenants aux différentes missions en tenant compte de leurs compétences et de leur état de santé.

L’enjeu de la mise en œuvre du développement de ce rôle en matière de sécurité et de santé au travail réside dans un ensemble de manières de faire et de manières de penser largement partagées par les encadrants. La question se pose dès lors : comment faire évoluer ce « rôle » aux réalités du secteur des services à la personne ?

**Faire un diagnostic**

Ce diagnostic sera réalisé à l’aide d’un questionnaire visant à identifier la perception des principaux risques par chaque encadrant, la façon dont ils sont maîtrisés, la cohérence des discours avec les actes, la qualité de la circulation de l’information et du traitement des signalements.

Afin de mieux comprendre les résultats de ce questionnaire, des échanges collectifs seront organisés. Des observations de certaines situations de travail permettront de comprendre les formes de contraintes rencontrées sur le terrain, les raisons des écarts entre le prescrit et le réel, les difficultés d’application des règles, les formes de sécurité gérées et mises en œuvre par les différents encadrants.

**Rôle du comité de pilotage**

Ce diagnostic sera mis en place par le comité de pilotage et bénéficiera des compétences externes, celles du contrôleur sécurité de la CARSAT Sud-Est interrogé durant les entretiens, et qui a participé à une formation INRS sur le secteur de l’aide à domicile.

Les faiblesses et les forces issues de ce diagnostic serviront de base à des discussions, permettant ainsi de parvenir à un constat partagé sur la situation actuelle et la nécessité de certaines évolutions.

**Intégrer des enseignements au développement du rôle en sécurité et santé au travail des Responsables de secteur dans des formations spécifiques.**

Le management est un levier d’action essentiel pour prévenir ou du moins, réduire les risques psychosociaux. Intégrer les Responsables de secteur dans des programmes de formation dispensés dans les écoles de management permet de les sensibiliser aux facteurs de risques et aux situations à risque. Le manque de connaissance sur les risques psychosociaux est un des premiers obstacles auxquels sont confrontés les Responsables de secteur.

Cette recommandation est destinée aux prochaines personnes recrutées.

Pour celles qui sont déjà en poste et qui ne souhaitent pas s’inscrire dans une formation longue, la formation « Devenir animateur prévention dans le secteur de l’aide et du soin à domicile » leur sera dispensée. A l’issue de la formation, elles se verront délivrer un certificat d’«Animateur prévention ASD» validant les acquis par l’Assurance maladie - Risques professionnels et l’INRS. Cette formation est assurée par un formateur certifié faisant partie d’une entreprise ou d’un organisme de formation habilités par l’Assurance Maladie – Risques Professionnels et l’INRS.

**Associer les intervenants à l’évaluation des risques lors des visites à domicile.**

Le développement du rôle en sécurité et santé au travail des Responsables de secteur initiera une prise de conscience et permettra de favoriser l’écoute, le dialogue et l’implication de l’équipe en développant un climat de confiance, en associant les intervenants à l’évaluation des risques lors des visites à domicile.

Pour favoriser la confiance, l’encadrant doit appliquer les principes d’une « culture » sécurité et santé au travail et favoriser la reconnaissance positive des contributions des intervenants à la sécurité. La sollicitation des intervenants à domicile dans l’évaluation des risques professionnels permettra ainsi de valoriser la remontée d’informations sur les situations à risques et d’animer une approche participative des mesures à prendre pour traiter ces risques.

## Mettre en place les « bonnes pratiques » de la remontée d’informations et de son traitement

L’amélioration des conditions de travail est reconnue comme une « bonne pratique » par l’Etat. Le Ministère des affaires sociales et de la santé a publié en novembre 2016 un « guide des bonnes pratiques », prévoyant des axes d’amélioration, dont un axe sur les conditions de travail des professionnels qui travaillent dans les métiers de l’aide à domicile et l’organisation des services. Ce qui signifie pour moi qu’un changement de paradigme est désormais reconnu par les pouvoirs publics.

Notre politique des ressources humaines s’appuiera sur l’un des trois axes du « guide des bonnes pratiques » publié par le ministère des affaires sociales et de la santé : « Amélioration des conditions de travail des professionnels qui travaillent dans les métiers de l’aide à domicile et l’organisation des services ». En effet, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi sur l’adaptation de la société au vieillissement (loi ASV), un véritable travail de fond a été mené par l’Etat afin de pouvoir identifier les pistes d’amélioration dans l’accompagnement et la prise en charge des publics fragilisés en perte d’autonomie.

**Rôle du comité de pilotage**

Le comité de pilotage accompagnera :

**A-la création d’un guide**

Il aura pour objectif l’identification des « mauvaises pratiques », celles qui ont un impact négatif sur la qualité de vie au travail (longueur excessive des temps d’intervention et de déplacement, fragmentation du temps de travail, manque de formation et de qualification du personnel). Cet outil pertinent permettra le développement d’une communication efficace et attentionnée auprès des intervenants qui se sentiront soutenus malgré leur isolement au travail, favorisant ainsi la motivation, la fidélisation et une répercussion sur la qualité des services rendus.

**B- la création d’indicateurs : (Tableau mensuel de veille, de suivi et d’alerte)**

Ce tableau aura pour objectif le repérage immédiat des situations qui se dégradent, susceptibles de générer de l’usure professionnelle et sera utilisé en support aux réunions d’équipe, au dialogue social lors des réunions du CHSCT.

La mise à jour de ce tableau sera effectuée mensuellement et permettra de suivre l’absentéisme compressible et son évolution, les indicateurs d’alerte et les écarts révélateurs de situation qui se dégradent. La mise à jour mensuelle de ce tableau permettra de visualiser immédiatement les changements.

**Mise en œuvre de la remontée d’information**

Lorsque les informations sur des situations dangereuses sont connues sur le terrain mais ne remontent pas, les risques s’amplifient. L’instauration de « bonnes pratiques » de la remontée d’information et de son traitement dans l’association permettra à tous les intervenants confrontés à un potentiel risque de l’identifier, de l’analyser et de l’enregistrer sur un support adapté afin que le danger identifié et le risque qui en découle soient traités.

Ainsi, les conditions de travail ne seront plus considérées comme des contraintes mais comme une opportunité dans une stratégie d’évolution de notre association et l’impact positif de la santé et de la satisfaction des salariés sur la performance économique de l’association sera désormais reconnu par les acteurs publics.

Le Responsable de secteur doit traiter le risque et faire un retour aux intervenants à domicile. La remontée et le traitement du signalement doivent se faire rapidement afin d’éviter l’accident. Ils doivent devenir pour l’encadrant une responsabilité morale, un automatisme et une marque de professionnalisme.

Ainsi la remontée d’information permet de traiter au plus vite les risques identifiés et le retour rapide vers les intervenants à l’origine du signalement témoigne de l’importance accordée par les encadrants aux enjeux santé et sécurité au travail. Cela contribue à la culture de sécurité de l’association.

**Le formalisme à mettre en place, traitement et retour.**

Le formalisme de remontée d’informations sera léger pour ne pas faire obstacle à son usage. Après un signalement oral à son Responsable de secteur, les éléments seront enregistrés sur une fiche de « remontée d’informations ».

Après un signalement oral à son encadrant, l’intervenant aidé de ce dernier décrit sur la fiche l’ensemble des points : date et lieu, la situation dangereuse rencontrée, l’estimation de la gravité, les points négatifs à améliorer, l’action immédiate qui est menée, les causes de la situation dangereuse si elles sont identifiées.

Le fait d’obliger l’intervenant à décrire l’ensemble des points peut le décourager. Le soutien de l’encadrant est donc indispensable. Une discussion en équipe permet de favoriser la remontée de l’information.

Pour assurer l’analyse approfondie et le traitement de fond des situations dangereuses signalées, l’encadrant mettra en place les interactions nécessaires avec l’intervenant émetteur du signalement et sa hiérarchie. Ces situations dangereuses seront discutées lors des réunions d’équipe.

Le retour systématique vers les intervenants émetteurs du signalement et les équipes devra être une condition pour entretenir la remontée d’informations.

**Les résultats attendus**

La remontée et le traitement d’informations permettent de fédérer les différents niveaux hiérarchiques autour des enjeux de la santé et de la sécurité au travail et favorise une amélioration continue de la prévention des risques et de la qualité de travail. Le partage du retour d’expérience va contribuer au développement du professionnalisme de tous les intervenants.

## Refonte des modes d’organisation interne

Comme nous l’avons déjà dit, l’approche innovante des conditions de travail est un maillon essentiel de la performance de l’association. Les modèles d’organisation existants dans notre structure n’étant pas adaptés pour favoriser l’ouverture et la souplesse des modalités de travail, il convient de repenser le management et d’en réviser le concept afin qu’il demeure en phase avec les grandes mutations socio-économiques qui entourent et impactent les entreprises.

Pour cela, nous nous inspirerons de la lecture de l’article rédigé par Arnaud LACAN[[37]](#footnote-37) figurant dans l’ouvrage « Management & Sciences Sociales » [[38]](#footnote-38) sur l’émergence de la postmodernité et dont voici un extrait :

*« La période moderne est à présent achevée. Nos schémas de pensées qui ont fondé tout le management rationnel sont à changer. Les valeurs de cette modernité sont aujourd’hui saturées et le vieux modèle taylorien n’est plus en mesure d’organiser la vie dans l’entreprise. Nous sommes à l’aube d’un changement de paradigme majeur avec l’avènement de la postmodernité et de ses valeurs émergentes répondant à des logiques plus émotionnelles et communautaires. De grandes mutations socio-économiques sont en cours.  
Dans ce contexte d’émergence postmoderne, les entreprises doivent-elles changer leur façon d’envisager leur organisation et leur management ? Quel type de manager pourra relever le défi de la prise en compte de la postmodernité dans ses pratiques quotidiennes ? »*

Cette innovation organisationnelle déclinée en 3 propositions vise à donner aux dirigeants de ma structure et aux responsables de secteur une impulsion, une envie d’agir au sein d’un projet innovant, concret et pragmatique dans lequel ils se sentent impliqués et mobilisés.

Elle vise d’autre part à répondre à la grande source d’insatisfaction des intervenants et donc aux difficultés exprimées sur la qualité de vie au travail. Les contraintes sur l’équilibre de leur vie personnelle et vie professionnelle qu’ils ont parfois l’impression de subir par exemple lors de variations des horaires, lors des remplacements au pied levé ou de temps partiel non choisi lorsque l’association n’est pas en capacité de proposer des temps pleins.

Enfin, cette refonte organisationnelle est une équation à travailler pour améliorer l’équilibre financier de la structure en parvenant mieux à produire l’ensemble des heures de prestations financées.

### Organisation d’une équipe itinérante d’urgence

Le remplacement des intervenantes à domicile absentes est assuré par d’autres intervenants, volontaires pour se rendre disponibles. Cela entraine une grande disparité en fonction de l’engagement et du sens des responsabilités des individus et occasionne un manque de visibilité stressant pour les responsables de secteur, les intervenants et les bénéficiaires.

D’où l’idée de la création d’une équipe dédiée à l’ensemble des besoins urgents de l’aide à domicile (arrêts maladie des salariés, organisation d’intervention des sorties d’hôpital urgentes, situations critiques où il y a besoin d’un binôme).

Une réponse d’urgence de meilleure qualité peut ainsi être proposée dans le cadre de ces équipes, permettant moins de sollicitation et de changements de plannings dans l’urgence et une meilleure continuité de service et permettant également la baisse du recours aux CDD.

L’organisation du temps de travail est ainsi plus rationnelle pour les intervenants avec des amplitudes journalières diminuées et moins d’interruptions.

**Rôle du comité de pilotage**

Le comité de pilotage lance un appel aux intervenants sur la base du volontariat pour leur proposer de faire partie de l’équipe qui, au début, va être composée de trois personnes en expliquant les raisons de cette organisation. Il définit le profil des personnes qui participeront à cette organisation (expérience, qualités d’adaptation, santé physique et psychique, contexte familial). Des actions de communication aux salariés seront engagées lors des réunions de coordination.

**Résultats attendus :**

L’organisation d’une équipe inhérente d’urgence permettra une structuration de l’organisation du travail par l’apport des solutions pérennes et efficaces aux problèmes de remplacements prévus ou inopinés.

Cette organisation aura un double impact : elle permettra d’une part l’implication et la valorisation des personnes volontaires en termes de compétence et d’autre part l’assurance aux bénéficiaires d’une stabilité en termes d’horaires d’intervention.

**Suivi et évaluation :**

Organisation d’une réunion mensuelle afin de faire le point et de faire remonter des informations utiles concernant les bénéficiaires. La pérennisation et l’élargissement de l’action offrent des perspectives d’évolution au sein de l’association pour les personnes les plus expérimentées et les plus impliquées.

### Organisation de deux équipes matin / après-midi

Le fractionnement des temps d’intervention, c’est-à-dire des temps de trajet pour être à l’heure chez le bénéficiaire de l’aide à domicile ou des coupures entre deux interventions ne laissant pas le temps à l’intervenant de rentrer chez lui, génèrent un certain nombre de problèmes pour les professionnels comme pour les bénéficiaires.

Afin de concilier temps de travail et vie privée, les plages de travail effectives pourraient être découpées de la façon suivante :

* 7H30 à 13H30
* 13H30 à 19H30

Cette organisation diminue les interruptions dans l’organisation de la journée de travail ainsi que l’amplitude des horaires tout en veillant à la prise des temps de pause. Elle permet également d’adapter les temps d’intervention aux besoins de l’usager.

**Rôle du comité de pilotage :**

Le comité de pilotage définit le cahier des charges de cette organisation pour réduire les coupures et permettre l’autonomie des professionnels autour de l’adaptation des temps de travail à la réalité quotidienne des bénéficiaires.

Des réunions d’information inciteront un panel d’intervenants représentatifs et volontaires à tester cette nouvelle organisation.

Des actions de communication et d’information sur cette proposition d’amélioration des conditions de travail seront menées auprès des représentants du personnel qui seront principalement sollicités ainsi qu’auprès des bénéficiaires qui seront eux aussi sollicités dans l’évaluation de la nouvelle organisation.

**Les résultats attendus :**

La fin de la problématique des onze heures d’amplitude pour l’organisation des plannings et l’adaptabilité des temps d’intervention aux besoins de l’usager avec une réduction du fractionnement dans l’emploi du temps quotidien de l’intervenant.

La démarche participative de ce changement favorise l’autonomie des salariés en coordination avec le Responsable de secteur et permet de prendre en compte toutes les opportunités de convergences d’intérêts. Les bénéficiaires, sollicités en amont de l’action, peuvent ainsi s’assurer que ce changement ne porte pas préjudice à la qualité des services apportés.

**Les freins à l’organisation de ces équipes**

Un point de vigilance devra être apporté en termes de charge importante de travail pour la conception et la mise en place des nouveaux plannings. Ces changements de planning vont perturber la maitrise des emplois du temps des Responsables de secteur, nécessitant un nouvel apprentissage.

**Suivi et évaluation**

Trois mois après la mise en œuvre des nouveaux plannings, un point sera fait, via deux questionnaires, l’un à destination des intervenants et l’autre à destination des bénéficiaires.

Le questionnaire à destination des salariés devra mesurer leur satisfaction sur :

* Une meilleure conciliation de la vie professionnelle et personnelle ;
* Une diminution de la fatigue ;
* Une baisse de leur frais de garde, cantine, transports.

Si les résultats des enquêtes semblent satisfaisants, l’organisation pourra être généralisée à l’ensemble des secteurs géographiques.

Les perspectives d’évolution de ce changement ont pour objectif d’améliorer les mode de fonctionnement et développer les compétences, de définir les rôles et les métiers à travers des référentiels structurés en termes de compétences clées, intégrant les enjeux de collaboration, d’analyse et d’autonomie responsable, d’autocontrôle et d’amélioration continue.

### Refonte des plannings en co-construction avec les intervenants.

L’articulation entre qualité de vie au travail et prévention des risques psychosicaux est essentielle.

**Contexte du déclenchement**

En 2015 un diagnostic QVT (Qualité de Vie au Travail) est réalisé au sein de la structure. Ce diagnostic faisait ressortir un point à résoudre : l’état de stress et de fatigue des intervenants à domicile dû aux déplacements entre leurs interventions. Face au diagnostic QVT et aux plaintes des bénéficiaires de fréquents retards des intervenants, quelques améliorations avaient été apportées mais rien n’a été pérennisé depuis.

Aujourd’hui, il est plus que jamais nécessaire de sectoriser les lieux d’intervention afin de réduire les distances entre deux missions. Je préconise donc la mise en place d’une nouvelle organisation qui traitera conjointement la question des contraintes professionnelles et la qualité de vie au travail, afin d’assurer l’équilibre entre vie privée et vie professionnelle, d’anticiper des situations à risques psychosociaux et de donner du sens dans l’exercice du métier.

**Rôle de l’équipe projet/comité de pilotage**

Il devra concilier les objectifs suivants : faire en sorte qu’un trajet entre deux bénéficiaires ne dépasse pas 15 minutes à pied et 30 minutes en transport en commun ; trouver l’adéquation entre le contrat de travail du salarié, ses compétences et les besoins de l’usager.

Pour cela, il faudra identifier les prestations situées en proximité de moins de 15 minutes à pied et 30 minutes en transport en commun ; identifier les intervenants dont les qualifications et les compétences correspondraient aux besoins des bénéficiaires et pouvant intervenir dans un secteur géographique déterminé ; mettre en place une gestion fine des compétences des intervenants et réorganiser la totalité des plannings.

La mise en application devra s’étendre sur plusieurs mois pour permettre aux bénéficiaires de garder leurs intervenants habituels un certain temps et d’accepter d’en changer en raison de la sectorisation.

Des actions de communication seront menées aux salariés, aux financeurs, aux bénéficiaires.

**Les impacts attendus pour les différents acteurs et usagers :**

Par l’appropriation par les encadrants de nouveaux repères de planning, l’organisation sera globalement simplifiée. Les Responsables de secteur seront d’avantage dans une posture de coordination d’équipe et d’interface avec le bénéficiaire, ce qui permettra la continuité de la qualité de service assurée.

Un impact positif se fera auprès des salariés car ils verront leurs contraintes personnelles prises en compte dans la réduction des fractionnements et auront la possibilité de combiner vie privée et vie professionnelle.

De meilleurs résultats seront à attendre en termes de qualité de vie au travail pour l’ensemble des salariés de l’association. Une amélioration de l’ambiance générale de travail, des relations entre les intervenants et les responsables de secteur, se fera sentir. Une diminution de la fatigue liée aux trajets ainsi qu’une baisse des accidents de trajets et des arrêts maladie entraineront par répercussion une réduction de l’absentéisme, ce qui est un enjeu économique important pour notre structure.

De ce fait, en augmentant la qualité du service rendu et la satisfaction des bénéficiaires à propos de la ponctualité des interventions, la structure deviendra plus connue et verra son attractivité renforcée. Devant les difficultés de recrutement constatées, les candidats potentiels viendront apporter souplesse et réactivité à notre service.

**Suivi et évaluation :**

Les plannings doivent être suivis en permanence et susceptibles d’être modifiés. Pour que la sectorisation soit optimisée, la répartition des missions doit être revue. Les plannings sont gérés sur un logiciel spécifique existant qui est associé à un système de télégestion dont dispose notre structure.

Cette organisation innovante des plannings co-construits avec les intervenants sera mise en application progressivement afin de respecter les habitudes de vie des bénéficiaires.

## Négociation budgétaire des actions à mettre en œuvre

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est le contrat par lequel un organisme gestionnaire d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux s'engage auprès d'une autorité de tarification sur une période pluriannuelle pour bénéficier d'allocations budgétaires correspondantes, en fonction des objectifs d'activité poursuivis par ses établissements.

Le CPOM, impulsé par la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement (ASV) est un véritable outil de gestion budgétaire, c’est pourquoi nous pouvons envisager la négociation des moyens nécessaires à cette refonte organisationnelle.

Pour cela, il convient de faire valoir auprès de notre autorité de contrôle et de tarification les enjeux de cette innovation organisationnelle et son impact sur sa mise en œuvre.

## Fiches d’actions

Dans cette dernière partie, le lecteur trouvera trois fiches destinées à résumer l’ensemble des informations utiles à la mise en œuvre des recommandations présentées en PARTIE 4 : RECOMMANDATIONS POUR UNE MISE EN OEUVRE.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fiche actions 1 : Privilégier une optique de prévention primaire** | | |
| * **Contexte** | La prévention primaire est peu développée et l’association est peu outillée pour l’appréhender. | |
| * **Objectif(s) du projet** | Agir en termes de prévention des risques psychosociaux en repérant les facteurs de déséquilibres créés par les conditions de travail et en mettant en place des leviers d’actions possibles. | |
| * **Actions concrètes et délai de réalisation** | -Mise en place d’un comité de pilotage composé des membres de la diretion, des acteurs de la prévention interne et des salariés des différentes catégories professionnelles. | 1er Trim |
| -Réaliser un diagnostic permettant d’identifier la perception des principaux risques de chaque Responsables de secteur. | 1er Trim |
| -Dispenser des enseignements au développement du rôle en sécurité et santé au travail à toutes les Responsables de secteur. | 2ème Trim |
| - Associer les intervenants à l’évaluation des risques lors des visites à domicile. | 3ème Trim |
| * **Acteurs du projet** | Administrateurs, direction, chef de service, responsables de secteur, représentant du personnel, contrôleur CARSAT sécurité au travail | |
| * **Communication interne** | -Insérer dans le livret d’accueil salarié ces notions, sensibiliser les salariés dès leur arrivée dans l’association.  -Intégrer cet aspect santé au travail lors des entretiens annuels d’évaluation du personnel.  - Améliorer le plan d’action du DU (Document Unique) | |
| * **Communication externe** | En inscrivant la promotion de la santé au travail dans le projet d’établissement. | |
| * **Résultats attendus** | La faiblesse et les forces issues du diagnostic serviront de base à des discussions, permettant ainsi de parvenir à un constat partagé sur la situation actuelle et la nécessité de certaines évolutions | |
| * **Indicateurs de résultat** | La sollicitation des intervenants à domicile dans l’évaluation des risques professionnels permettra de valoriser la remontée d’information sur les situations à risques et permettra également d’animer une approche participative des mesures à prendre pour traiter ces risques | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fiche actions 2 : Mettre la santé des salariés au cœur du système et promouvoir une approche positive au travail** | | |
| * **Contexte** | Mettre la santé des salariés au cœur du système et promouvoir une approche positive au travail en prévoyant des axes d’amélioration d’organisation du service. | |
| * **Objectif(s) du projet** | . Instaurer des « bonnes pratiques » de la remontée d’information et de son traitement dans l’association | |
| * **Actions concrètes et délai de réalisation** | Réunions d’équipe |  |
| -Création d’un guide ayant pour objectif l’identification des « mauvaises pratiques » qui ont un impact négatif sur la qualité de vie au travail. | 1er Trim |
| -Création d’un support adapté permettant à tous les intervenants confrontés à un potentiel risque de l’identifier, de l’analyser et de l’enregistrer afin que le danger et le risque qui en découlent soit traités. | 1er Trim |
| Création d’indicateurs : Tableau mensuel de veille, de suivi et d’alerte. | 2ème Trim |
| * **Acteurs du projet** | Administrateurs, direction, chef de service, responsables de secteur, représentant du personnel, contrôleur CARSAT sécurité au travail | |
| * **Communication interne** | Amélioration du plan d’action du DU (Document Unique) | |
| * **Communication externe** | Intégrer la promotion de la santé au travail dans le projet d’établissement | |
| * **Résultats attendus** | -Amélioration continue de la prévention des risques et de la qualité de travail.  -Développement du professionnalisme de tous les intervenants. | |
| * **Indicateurs de résultat** | La réduction des accidents du travail | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fiche actions 3 : Repenser le management et le rôle d’encadrant en dépassant le formalisme des systèmes existants**  **(Innovation organisationnelle déclinée en 3 propositions)** | | |
| * **Contexte** | Impulser une vision globale où la qualité de vie au travail est synonyme de performance voire de productivité, s’appuyer sur les valeurs de notre association pour donner un sens au changement, sensibiliser les administrateurs aux enjeux de la démarche pour les salariés et les bénéficiaires, croire en la capacité des salariés à trouver des solutions innovantes dans les missions qu’ils exercent. | |
| * **Objectif(s) du projet** | -Améliorer l’équilibre financier de la structure en parvenant à mieux produire l’ensemble des heures de prestations financées.  -Apporter une impulsion chez les dirigeants et les responsables de secteur une envie d’agir différente de mettre en place quelque chose de façon nouvelle grâce à un pilotage de projet concret et pragmatique dans lequel ils se sentent impliqués et mobilisés. | |
| **Proposition 1 – ORGANISER UNE EQUIPE ITINERANTE D’URGENCE** | | |
| **CONTEXTE :** Le remplacement des intervenants à domicile absents est assuré par d’autres intervenants volontaires pour se rendre disponibles. Cela entraîne une grande disparité en fonction de l’engagement et du sens des responsabilités des individus et occasionne un manque de visibilité stressant pour le responsable de secteur, l’intervenant et le bénéficiaire. | | |
| * **Actions concrètes et délai de réalisation** | Le comité de pilotage définit le profil (expérience, qualités d’adaptation, santé physique et psychique, contexte familial) des personnes qui participeront à cette organisation. | 1er Trim |
| Un appel est lancé aux intervenants sur la base du volontariat pour proposer de faire partie de l’équipe itinérante | 1er Trim |
| * **Acteurs du projet** | Administrateurs, direction, chef de service, responsables de secteur, représentant du personnel. | |
| * **Communication interne** | Réunions de coordination | |
| * **Communication externe** | Livret d’accueil du bénéficiaire | |
| * **Résultats attendus** | -Structuration de l’organisation du travail par l’apport de solutions pérennes et efficaces aux problèmes de remplacements prévus ou inopinés.  -Permettre d’une part l’implication et la valorisation des personnes volontaires en termes de compétences et d’autre part l’assurance aux bénéficiaires d’une stabilité en termes d’horaires d’intervention. | |
| * **Indicateurs de résultat** | -Enquête Qualité de Vie au Travail pour les salariés.  -Enquête de satisfaction à destination des bénéficiaires. | |
| **Proposition 2 – ORGANISATION DE DEUX EQUIPES MATIN/APRES-MIDI** | | |
| **CONTEXTE :** Le fractionnement des temps d’intervention ne laisse pas le temps à l’intervenant de rentrer chez lui et génère un certain nombre de problèmes pour les professionnels comme pour les bénéficiaires | | |
| * **Actions concrètes et délai de réalisation** | -Le comité de pilotage définit un cahier des charges permettant une autonomie des professionnels autour de l’adaptation des temps à la réalité quotidienne des bénéficiaires. | 1er Trim. |
| Des réunions d’information inciteront un panel d’intervenants volontaires à tester cette nouvelle organisation. | 1er Trim. |
| Période de test sur deux secteurs géographiques durant 3 mois | 2ème Trim |
| Réalisation de deux questionnaires afin de vérifier la satisfaction de cette organisation auprès des salariés et des bénéficiaires. | 2ème Trim. |
| Généraliser l’organisation pour l’ensemble des secteurs géographiques. | 3ème Trim. |
| * **Acteurs du projet** | Administrateurs, direction, chef de service, responsables de secteur, représentant du personnel. | |
| * **Communication interne** | Des actions de communication et d’information sur cette proposition d’amélioration des conditions de travail seront menées auprès des représentants du personnel principalement sollicités. | |
| * **Communication externe** | Auprès des bénéficiaires qui seront eux sollicités dans l’évaluation de cette nouvelle organisation par le biais d’une enquête de satisfaction. | |
| * **Résultats attendus** | -La fin de la problématique de 11 h d’amplitude pour l’organisation des plannings.  -Par cette démarche participative : l’autonomie des salariés en coordination avec les responsables de secteur.  -La satisfaction des bénéficiaires de l’action. | |
| * **Points de vigilance** | L’importante charge de travail pour la conception et la mise en place des nouveaux plannings. | |
| * **Indicateurs de résultat** | Le questionnaire à destination des salariés devra mesurer :  Une meilleure conciliation de la vie professionnelle et personnelle, une diminution de la fatigue et une baisse de leur frais de transports, garde, cantine. | |
| **Proposition 3 – REFONTE DES PLANNINGS EN CO-CONSTRUCTION AVEC LES INTERVENANTS** | | |
| **CONTEXTE :** En 2015, un diagnostic QVT (Qualité de Vie au Travail) est réalisé au sein de la structure. Ce diagnostic faisait ressortir un point à résoudre : l’état de stress et de fatigue des intervenants à domicile dû aux déplacements entre leurs interventions. Face au diagnostic QVT et aux plaintes des bénéficiaires de fréquents retards des intervenants, quelques améliorations avaient été apportées mais rien n’a été pérennisé depuis. | | |
| * **Actions concrètes et délai de réalisation** | Communiquer auprès de l’ensemble des intervenants sur leur participation à cette nouvelle organisation | 1er Trim |
| Organiser un groupe de travail avec pour objectif de faire en sorte qu’un trajet ne dépasse pas 15 minutes à pied et 30 en transport en commun. | 1er Trim |
| Identifier les intervenants dont les qualifications et les compétences correspondent aux besoins des bénéficiaires. | 2ème Trim |
| Mettre en place une gestion fine des compétences des intervenants. | 3ème Trim |
| Réorganiser la totalité des plannings | N+1 |
| * **Acteurs du projet** | Administrateurs, direction, chef de service, responsables de secteur, représentant du personnel. | |
| * **Communication interne** | Réunions | |
| * **Communication externe** | Bénéficiaires et financeurs. | |
| * **Résultats attendus** | Un impact positif des salariés, voyant leurs contraintes personnelles prises en compte.  Une amélioration des relations entre les intervenants et les responsables de secteur.  Une diminution de la fatigue liée aux trajets, des AT et des arrêts maladie par répercussion.  Une amélioration de la qualité du service rendu. | |
| * **Freins à ces projets** | Au vu du nombre d’intervenants (143 personnes physiques), une certaine lenteur est à prévoir dans la mise en place de ce dispositif. | |

# CONCLUSION

Une simple visite médicale dans les années 50, c’était ça la santé au travail !

Depuis, le scandale de l’amiante, les suicides à France Télécom ont fait naitre une prise de conscience de la souffrance physique au travail. Les fameux Troubles Muscolo-Squeletique (TMS) constituent aujourd’hui la première maladie professionnelle en France et le coût de l’absentéisme s’élève chaque année à 60 milliards d’euros pour les entreprises.

La santé et la sécurité au travail sont aujourd’hui dans notre société de véritables enjeux éthiques et économiques et notre secteur social et médico-social est touché comme les autres secteurs. Les types de situation de travail à domicile et les risques professionnels sont amenés à se multiplier en raison du vieillissement de la population et de la volonté des politiques publiques de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d’autonomie.

Le travail de recherche mené a pour ambition d’analyser les moyens à mettre en œuvre afin d’impulser une dynamique d’amélioration, un agir collectif, pour faire d’une obligation légale un projet mobilisateur. C’est en comprenant bien et en agissant le plus possible en amont que l’on préviendra au mieux les risques psychosociaux.

Pour fédérer les professionnels à un projet, il faut avant tout donner du sens à l’action, c’est-à-dire rappeler le sens, la finalité et les objectifs des actions menées. Dans le cadre de cette démarche de maitrise des risques psychosociaux en cohérence avec le management d’une structure de services à la personne, rappeler le sens, c’est prendre le temps d’expliquer que le risque zéro n’existe pas mais qu’il peut être réduit.

Toutes les recommandations exposées ont pour objectifs de développer davantage de bien-être et d’efficacité au travail par une meilleure prise en compte des sujets de santé au sein de l’association. La santé et la sécurité au travail doivent devenir un état d’esprit et s’inscrire dans la pratique quotidienne de l’ensemble des salariés de l’association.

Le champ du secteur social et médico-social, et particulièrement le secteur de l’aide à domicile, marque mon identité professionnelle depuis une trentaine d’années. Ce travail de thèse professionnelle a été l’occasion de porter un autre regard sur les évolutions possibles d’une organisation du travail permettant de concilier performance et bien-être au travail.

J’ai également beaucoup apprécié dans ce travail de recherche la prise de recul et de hauteur, chose qui n’est pas évidente quand on est absorbée par le quotidien depuis ces nombreuses années dans un secteur qui a subi des évolutions règlementaires importantes ces dernières années.

**LES SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**OUVRAGES :**

**Ulrich BECK,** 2001, « La société du risque. Sur la voie d’une autre modernité » trad. de l’allemand par L.Bernardi. Paris, AUBIER.

**Maxime BELLEGO Patrick LEGERON et Hubert RIBEREAU-GAYON**, “les risques psychosociaux au travail“

**Franck BRILLET Isabelle SAUVIAT Emilie SOUFFLET**, 2017, « Risques psychosociaux et qualité de vie au travail », Edition DUNOD.

**Yves CLOT**, 2015, « Le travail à cœur – pour en finir avec les risques psychosociaux », Edition La découverte poche.

**Lucie DAVOINE**, 2002, « Economie du bonheur », Edition la découverte.

**Elodie MONTREUIL,** 3ème édition, « Prévenir les risques psychosociaux », Edition DUNOD.

**Zahir YANAT, Sylvie BRUNET, François SILVA**, juin 2017, MANGEMENT et sciences **sociales.**

**ARTICLES ET RAPPORTS :**

**ANACT** - guide-amelioration-conditions-travail-aide-a-domicile Publication - 11 décembre 2017

**Sylvie BRUNET**-La prévention des risques psychosociaux – Mai 2013 (les avis du Conseil Economique Social et Environnemental)**Gollac Michel, Bodier Marceline** « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maitriser » - rapport du collège d’expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du Ministère du travail et des affaires sociales ; (2011)

**CHORUM**: Étude sur l’absentéisme dans l’économie sociale et solidaire SYNTHÈSE 2016

Les avis du **CESE** « la prévention des risques psychosociaux » **Sylvie BRUNET** **DREES** « Les conditions de travail des aides à domicile », Solidarité et santé, n°30, 2012.

**DEMAYLLI L.** 2008 – Politiques de la relation, approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles.

**DOSDA P., FUSTIER P., LOISY R., RAVON E., SORIA G**. (1989) – se former ou se soigner? L’analyse de la pratique dans la formation et le travail social. Centre de recherche sur les inadaptations (université Lyon II)

**FRANCE STRATEGIE** : « le travail en 2030, ce que nous annoncent les mutations dans l’organisation du travail »

**FRANSSEN A**., 1999, « Les travailleurs de non-marchand: héros et victimes. Demande de reconnaissance et transaction identitaire » Recherches sociologiques et anthropologiques.

**(Sandrine GUYOT, Valérie LANGEVIN, Anne MONTAGNEZ)- ED 6140 Février 2013.** INRS : Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l’outil PRS-DU

**INRS**: Dossier évaluation des Risques professionnels

Synthèse **INRS** : Modes et méthodes de production en France en 2040

INRS: Evaluer les facteurs de risques psychosociaux – L’outil RPS-DU **(Sandrine GUYOT, Valérie LANGEVIN, Anne MONTAGNEZ)**

Rapport février 2010 « bien être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail » présenté par **LACHMANN, LAROSE et PENICAUD**

**LALLICAN Jean-Ange, ANTON Raphaël, RODET Philippe,** « livret N° 2 » de la commission nationale sur le stress au travail, ANDRH (mai 2011)

**LEGERON Patrick**, « le stress au travail : de la performance à la souffrance » -Droit social N° 12 (2004)

Etude n° 31 **ORM** : Etat des lieux de l’emploi et de la formation professionnelle (novembre 2016)

CAIRN **:** **Bertrand RAVON** « repenser l’usure professionnelle des travailleurs sociaux »

**RICHIER Martin**, « Bien être et efficacité au travail, 3 ans après » - Droit social N° 1 2013

**SULTAN-TAHIEB Hélène et NIEDHAMMER Isabelle** « le poids imputable à l’exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux méthodologiques. – Travail et emploi N° 129 (2012)

**TRONTIN C**., Lassagne M, « combien coûte le stress au travail. Réalité prévention » INRS (2009)

**UNIFORMATION PACA**-Journée de réflexion sur la qualité de vie au travail 21 novembre 2016.

**UNA, ARACT Bretagne** - Guide-amelioration-conditions-travail-aide-a-domicile Publication - 11 décembre 2017

Résultats **SUMER 2003.** DOCUMENT D’ÉTUDES DARES N° 121 Décembre 2006 -LES EXPOSITIONS AUX RISQUES PROFESSIONNELS par famille professionnelle.

**SITES INTERNET** :

[www.anact.fr](http://www.anact.fr)

https://www.cairn.info/[www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

<https://www.orse.org/>

[www.fabriquespinozza.fr](http://www.fabriquespinozza.fr)

[www.rsemag.com](http://www.rsemag.com)

**LISTE DES ANNEXES :**

**ANNEXE 1 : Guide d’entretien 1 (Acteurs externes)**

**ANNEXE 2 : Guide d’entretien 2 (Acteurs internes)**

**ANNEXE 3 : Les entretiens**

**ANNEXE 4 : Tableau de synthèse de l’évaluation des facteurs de risques psychosociaux**

**ANNEXE 1 - GUIDE D’ENTRETIEN**

1. Présentation du périmètre de l’étude et des modalités d’interview
2. Quel est votre âge, sexe et formation

…………………………………………………………………………………………

1. Décrivez-moi votre métier et quel est votre rôle

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Quels effets, les exigences du travail (intensité et complexité), lorsqu’elles sont importantes peuvent-elles provoquer sur la santé ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

D’après-vous, dans le secteur de l’aide à domicile, quelles peuvent être les causes ?

…………………………………………………………………………………………

1. Que peut provoquer sur la santé, une autonomie et des marges de manœuvre insuffisantes pour faire face aux exigences du travail ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

D’après-vous, dans le secteur de l’aide à domicile, quelles peuvent être les causes ?

………………………………………………………………………………………….

1. Quels effets, les exigences émotionnelles, peuvent-elles provoquer sur la santé ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

D’après-vous, dans le secteur de l’aide à domicile, quelles peuvent être les causes ?

…………………………………………………………………………………………

1. Concernant les rapports sociaux au travail, pensez-vous qu’un soutien plus marqué de l’encadrant et des collègues, permettraient de réduire les risques ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

D’après-vous, dans le secteur de l’aide à domicile, quels sont les dangers ?

…………………………………………………………………………………………..

1. Les conflits de valeur et l’insécurité de l’emploi, quels effets néfastes peuvent-ils provoquer sur la santé ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

D’après-vous, dans le secteur de l’aide à domicile, quels sont les dangers ?

………………………………………………………………………………………….

**ANNEXE 2 - GUIDE D’ENTRETIEN**

Présentation du périmètre de l’étude et des modalités d’interview.

1. Quel est votre âge, sexe et formation, comment êtes-vous devenu Aide à domicile ?

…………………………………………………………………………………………

1. Décrivez-moi votre métier et quel est votre rôle

…………………………………………………………………………………………

1. Décrivez-moi une journée type, une semaine type.

…………………………………………………………………………………………

1. Comment travaillez-vous au domicile ?

………………………………………………………………………………………..

1. Quelles relations avez-vous avec les Responsables de secteur ?

………………………………………………………………………………………..

1. Quelles doivent être les qualités et les compétences d’une Aide à domicile ?

…………………………………………………………………………………………

1. Quelles sont les valeurs qui guident vos missions ?

…………………………………………………………………………………………

**ANNEXE 3** : **LES ENTRETIENS**

- Les premières personnes interrogées sont **3** **INTERVENANTES A DOMICILE,** travaillant au sein de l’OMIAL :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNE INTERROGEE** | **FACTEURS DE RPS** | **EXTRAITS** |
| Madame P,  52 ans, Employée à Domicile, titulaire du titre d’Assistante de Vie aux Familles (ADVF) et travaille depuis plus de 20 ans au sein de l’OMIAL. | Intensité et complexité au travail  \*\*\*  Rapports sociaux au travail dégradés  \*\*\*  Exigences émotionnelles  \*\*\* | « Mes missions sont fixées par la responsable de secteur mais au final c’est la personne aidée qui dicte mes missions et je dois m’adapter ».  « La famille fait parfois des demandes qui sont en contradiction avec celles faites par le bénéficiaire et je ne sais pas quoi faire".  « Les missions de courte durée provoquent chez moi un stress car c’est difficile de s’organiser sur un court laps de temps et j’ai peur de ne pas avoir bien fait mon travail. Par exemple gérer le temps d’un repas donné à une personne atteinte de trouble cognitif».  « Faire du ménage ce n’est pas difficile…, c’est les conditions et les contraintes dans lesquelles nous les faisons ».  « Le temps imparti est difficile à tenir car régulièrement je suis sollicitée par la personne aidée pour des demandes nouvelles dans mon activité du jour ».  « Je suis plus fatiguée lorsqu’il y a trop de temps de pause entre les interventions ».  \*\*\*  « Ma relation avec la famille de Monsieur Y se dégrade. Les priorités de la famille ne sont pas les mêmes que les priorités des bénéficiaires, je dois expliquer à la famille que je vais écouter la personne que j’aide. Par exemple une personne âgée qui veut prendre du temps pour se confier, pour parler de son angoisse de mourir ou de sa solitude ».  « Lorsque je bois un café avec la personne aidée et qu’une personne de la famille entre, je n’ai pas à me sentir coupable de partager ce moment avec la personne que j’aide, pourtant je sens un regard accusateur de la famille, d’où la nécessité de bien informer les aidants du rôle de l’AD ».  « Les responsables de secteur n’ont pas idée de comment ça se passe sur le terrain ».  \*\*\*  « Au quotidien, mon métier me renvoie à la fin de vie, la mort, la solitude, et pour moi parfois c’est difficile ».  « Lorsque le temps d’intervention est trop court, en sortant du domicile je me pose plein de question : est-ce-que j’ai tout fait, est-ce-que je n’ai rien oublié ? ».  \*\*\* |
| Madame B, 44 ans, Agent à domicile, elle n’a pas de diplôme et à découvert le métier par le biais d’un stage, elle travaille depuis 7 ans au sein de l’OMIAL. | Intensité et complexité au travail  \*\*\*  Rapports sociaux dégradés  \*\*\*  Exigences émotionnelles  \*\*\* | « Je me fais aider par mon fils pour porter les courses d’une bénéficiaire, car j’ai mal au bras. J’ai trouvé cette solution, je n’ai donc pas besoin d’en parler aux RS ».  \*\*\*  « Je n’ai pas toujours toutes les informations, d’autres intervenants ne notent rien sur le cahier de liaison, je fais des tâches que d’autres devraient faire ».  « J’ai parfois l’impression d’être prise pour une bonniche par les bénéficiaires ».  « Ma relation avec Madame V se dégrade, le bénéficiaire m’accuse de fumer à son domicile alors que j’avais son accord et ne trouve plus certaines affaires ».  « Hier j’ai prévenu Madame T d’un retard de 10 minutes à cause des transports en commun et quand je suis arrivée, elle n’a pas voulu que j’intervienne car elle m’a déclaré « c’est plus la peine, j’ai déjà tout fait ! ».  \*\*\*  « Madame X est très difficile, elle ne me supporte pas, elle me dit que c’est sa fille qui va le faire. J’ai envie que cette heure passe vite, je travaille avec la hâte de partir ».  « Je dois me rendre chez un nouveau bénéficiaire, j’appréhende la façon dont cela va se passer. J’ai la crainte de découvrir cette nouvelle personne ».  \*\*\* |
| Madame B, 39 ans, titulaire du diplôme d’Etat d’Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS), elle était diplômée avant d’être embauchée à l’OMIAL et travaille depuis 15 ans au sein de l’OMIAL | Conflits de valeurs  \*\*\*  Intensité et complexité au travail    \*\*\*  Exigences émotionnelles  \*\*\* | « Je fais beaucoup d’entretien ménager et pas assez de relationnel ».  \*\*\*  « Les déplacements sont trop nombreux, Je cours entre chaque bénéficiaire, j’ai peur d’être en retard chez les personnes aidées ».  « Souvent on m’a appelée pour faire un remplacement au pied levé ».  \*\*\*  « L’aidant de Madame Y m’impose des missions complémentaires à celles de sa mère et du coup j’ai du mal à tout faire. La mère et la fille se disputent assez régulièrement ».  « Quand j’accompagne une personne en fin de vie, j’utilise le numéro vert de la plate-forme de soutien psychologique que vous avez mis en place, j’en ai vraiment besoin ».  « Malgré les formations que j’ai suivi, j’éprouve des difficultés lors de l’accompagnement en fin de vie de mes bénéficiaires ».  « J’ai dû faire face à une urgence : Arrivée chez Monsieur O, il ne répondait pas à la porte, j’ai dû appeler les pompiers, il a été hospitalisé pour détresse respiratoire. Je me suis retrouvée seule au domicile, j’ai eu peur qu’il décède dans le transport et que je ne le revoie plus ».  \*\*\* |

- L’entretien suivant a été réalisé auprès d’une des **RESPONSABLES DE SECTEUR,** titulaire d’un BTS services et prestation des secteurs sanitaire et social (SP3S). Elle gère 50 intervenants et environ 200 bénéficiaires.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNE INTERROGEE** | **FACTEURS DE RISQUE** | **EXTRAITS** |
| Madame L, 55 ans, Responsable de secteur depuis 25 ans au sein de l’OMIAL. | Intensité et complexité au travail  \*\*\*  Exigences émotionnelles | « Je me déplace la première fois à domicile pour faire un repérage des situations à risques du point de vue de l’état du domicile, de la pathologie, du contexte familial et dans le cadre de la visite de suivi des prestations. Je peux également avoir à réguler certains incidents avant qu’ils ne s’aggravent. A l’OMIAL nous avons un taux d’absentéisme élevé qui a pour conséquences une désorganisation du travail  et une nécessité récurrente de réaménager des plannings des salariés présents.  \*\*\*  Je suis constamment sous pression parce que je dois garantir la continuité des prestations pour les personnes âgées dépendantes en devant trouver dans l’urgence des solutions à des situations complexes et délicates ».  « Aujourd’hui, comme beaucoup d’autres jours, j’ai géré l’arrêt maladie de deux Intervenantes à domicile» |

- Entretien avec un **REPRESENTANT DU PERSONNEL** et membre du **CHSCT** de l’OMIAL.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNE INTERROGEE** | **MISSIONS** | **EXTRAITS** |
| Madame C, représentante du personnel et membre du CHSCT |  | « Contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu’à l’amélioration des conditions de travail. »  « Le fait qu’il s’agisse d’aide à la vie quotidienne induit des horaires décalés, des temps fragmentés, des horaires atypiques le soir ou le week-end et de ce fait les intervenants éprouvent parfois des difficultés pour concilier leur vie professionnelle et personnelle. »  « Les intervenants se sentent isolés à domicile. Il y a peu de temps d’échange avec les responsables de secteur et les réunions collectives sont inexistantes ».  « Il y a des décalages qui se créent entre les objectifs que les intervenants se fixent et ceux des responsables de secteur. »  « Les intervenants ne reçoivent jamais de reconnaissance de leur travail de la part de l’employeur, pas de reconnaissance financière non plus, le salaire horaire reste au SMIC les 6 ou 7 premières années de leur embauche ». |

**Interview des ressources externes :**

- Entretien avec un **CONTROLEUR SECURITE CARSAT** de l’OMIAL.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNE INTERROGEE** | **MISSIONS** | **EXTRAITS** |
| Contrôleur sécurité pour la CARSAT sud-est |  | « J’ai accompagné certaines associations d’aide à domicile et j’ai participé en amont à une formation INRS sur secteur Aide à domicile ».  « J’ai les statistiques de l’OMIAL concernant les taux et motifs de vos accidents de travail et maladies professionnelles. Je les ai comparé aux statistiques régionales et nationales vous êtes au-dessus la moyenne. Pour l’OMIAL on compte plutôt des accidents de travail que des maladies professionnelles ».  «  Pour moi, les RPS se situent à la croisée :  -des exigences données par la structure,  -des exigences données par les bénéficiaires  -et des moyens mis à disposition pour les satisfaire  D’où la nécessité de cadrer entre le bénéficiaire et les aidants, les dérives avec le contrat de prestation initial. Il est nécessaire également de mettre en place les conditions nécessaires dans la structure pour avoir des remontées d’informations vers les RS afin d’identifier une éventuelle dérive ».  « Pour moi, la situation précaire des salariés est aussi un facteur supplémentaire de risque. Cette précarité peut-être un frein pour la remontée d’information, car elles vivent parfois les mêmes situations ».  « J’ai identifié d’autres sources de RPS : le salaire bas des aides à domicile, les contrats à temps partiel, des amplitudes horaires importantes, un métier compliqué auprès de personnes compliquées, une non prise en charge des temps de déplacement. Aucun de ces éléments ne permet de valoriser son travail, c’est juste de l’alimentaire pur et dur ». |
| AISMT  Médecin du travail |  | « Afin de mieux pouvoir identifier un risque, il est important de ne pas dire aux intervenantes à domicile « qu’est-ce-qui ne va pas » mais « comment je fais mon travail ». A partir de là ils vont pouvoir exprimer quelles sont leurs difficultés. »  « L’absentéisme s’est dégradé depuis ces 3 dernières années. Un nombre important d’intervenants s’arrête peu longtemps, mais souvent en maladie ordinaire, qui constitue le principal motif des arrêts. »  « L’autre motif d’arrêt concerne les accidents du travail qui sont dus à la mobilisation et le transfert de l’usager et aux déplacements (circulation à pied ou en transport en commun). Les éléments mis en cause sont : chute ou glissade de plain-pied, effort lors d’un soulèvement de charge, contact avec un usager atteint de trouble cognitif ou avec des pratiques addictives ».  « Des déclarations d’inaptitude fréquentes sont causées par la charge physique (manutentions, postures, efforts) mais aussi par une forte charge psychologique ressentie par l’intervenant face aux pathologies que présentent le bénéficiaire (alzheimer difficultés personnelles, confrontation à la mort et au vieillissement) ». |

**ANNEXE 4 : TABLEAU DE SYNTHESE DE L’EVALUATION**

**DES FACTEURS DE RISQUES PYSCHOSOCIAUX**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Niveau d’intensité des facteurs de risques | | | |
| Famille de facteurs de RPS | Non concerné | Faible | Modéré | Elevé |
| Intensité et complexité au travail |  | | | |
| 1. Contraintes de rythmes de travail |  |  | X |  |
| 2. Niveau de précision des objectifs de travail |  |  |  | X |
| 3. Adéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités |  |  |  | X |
| 4. Compatibilité des instructions de travail entre elles |  |  |  | X |
| 5. Gestion de la polyvalence |  |  |  | X |
| 6. Interruption dans le travail |  |  |  | X |
| 7. Attention et vigilance dans le travail |  |  |  | X |
| Horaires de travail difficiles |  | | | |
| 8. Durée hebdomadaire de travail | X |  |  |  |
| 9. Travail en horaires atypiques | X |  |  |  |
| 10. Extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail | X |  |  |  |
| 11. Prévisibilité des horaires de travail et anticipation de leur changement |  |  |  | X |
| 12. Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle |  |  | X |  |
| Exigences émotionnelles |  | | | |
| 13. Tension avec le public (bénéficiaires, aidants) |  |  |  | X |
| 14. Confrontation à la souffrance d’autrui |  |  |  | X |
| 15. Maîtrise des émotions |  |  |  | X |
| Faible autonomie au travail |  | | | |
| 16. Autonomie dans la tâche | X |  |  |  |
| 17. Autonomie temporelle | X |  |  |  |
| 18. Utilisation et développement des compétences |  | X |  |  |
| Rapports sociaux au travail dégradés |  | | | |
| 19. Soutien de la part des collègues |  |  | X |  |
| 20. Soutien de la part des supérieurs hiérarchiques |  |  | X |  |
| 21. Violence interne au travail | X |  |  |  |
| 22. Reconnaissance dans le travail |  |  |  | X |
| Conflits de valeurs |  | | | |
| 23. Qualité empêchée |  |  |  | X |
| 24. Travail inutile |  |  |  | X |
| Insécurité de l’emploi et du travail |  | | | |
| 25. Insécurité socio-économique (emploi, salaire, carrière…) |  |  |  | X |
| 26. Conduite du changement dans l’entreprise | X |  |  |  |

1. **Accord** signé à Paris le 2 juillet **2008**. Le **stress au travail** est considéré sur le plan international, européen et **national** comme une préoccupation à la fois, des employeurs et des travailleurs. [↑](#footnote-ref-1)
2. Plan DARCOS de lutte contre le stress au travail. (2009), [↑](#footnote-ref-2)
3. [Article L. 4121-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528) du code du travail [↑](#footnote-ref-3)
4. [Article L. 4121-2](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006903148&cidTexte=LEGITEXT000006072050) du code du travail [↑](#footnote-ref-4)
5. Statistiques Caisse Nationale d’Assurance Maladie (CNAMTS) [↑](#footnote-ref-5)
6. Source INRS [↑](#footnote-ref-6)
7. En savoir plus sur http://www.lemonde.fr/emploi/article/2017/10/11/la-bienveillance-au-travail-faux-nez-et-realites\_5199372\_1698637.html#irou8DDgzZBQUlzk.99 [↑](#footnote-ref-7)
8. **Malakoff Médéric est** un groupe paritaire, mutualiste et à but non lucratif de protection sociale, né le 1 er juillet 2008 de la fusion de deux acteurs historiques de ce secteur : le groupe **Malakoff** et le groupe **Médéric**. [↑](#footnote-ref-8)
9. L’édition 2016 de cette étude a été réalisée à partir de données anonymes (hors données à caractère personnel) issues de notre fichier d’adhérents, dont la population est représentative du secteur de l’ESS. [↑](#footnote-ref-9)
10. INRS – Dossier : évaluation des risques professionnels [↑](#footnote-ref-10)
11. Dossier INRS « risques liés à l’activité physique et règlementation » [↑](#footnote-ref-11)
12. Source DARES enquête Condition de travail 2013. [↑](#footnote-ref-12)
13. Extrait du site : http://travailler-mieux.gouv.fr [↑](#footnote-ref-13)
14. La démarche "Lean" est un processus qui recherche la performance par la suppression des gaspillages dans le but de respecter les exigences du client. [↑](#footnote-ref-14)
15. Conditions de travail et santé des salariés dans l’UE, document de travail n°73, CEE, 2006. [↑](#footnote-ref-15)
16. Circulaire d’application (DRT n°6, du 18 avril 2002) [↑](#footnote-ref-16)
17. Conseil Economique social et environnemental assemblée consultative. Il conseille le Gouvernement et le Parlement sur l'élaboration des lois et les orientations des politiques publiques. [↑](#footnote-ref-17)
18. Décret n°62-443 du 14 avril 1962 modifiant certaines dispositions du chapitre V du titre III du code de la famille et de l'aide sociale [↑](#footnote-ref-18)
19. La convention collective aide-ménagère dépend de la convention collective Aide, accompagnement, soins et services à domicile (bad) dont le numéro de brochure au Journal Officiel est 3381. [↑](#footnote-ref-19)
20. La **loi Borloo de 2005**, ou **loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005**, porte sur le développement des services à la personne. Elle vise à doubler le rythme de la croissance du secteur afin de créer plusieurs centaines de milliers d'emplois. La loi possède trois objectifs principaux : elle simplifie l'accès aux services à la personne de la part des particuliers, elle réduit les coûts liés à l'embauche, et elle met en place une professionnalisation du secteur afin de garantir aux particuliers un service de qualité. [↑](#footnote-ref-20)
21. ANACT – Agence Nationale pour l’Amélioration des Conditions de Travail [↑](#footnote-ref-21)
22. Personnel titulaire du DEAVS (Diplôme d’Etat Auxiliaire de Vie Sociale) [↑](#footnote-ref-22)
23. Personnel titulaire du diplôme TISF (Technicienne en Intervention Sociale et Familiale) [↑](#footnote-ref-23)
24. Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) de 2010 [↑](#footnote-ref-24)
25. Les émotions au travail des intervenants à domicile. Publication scientifique www.inrs.fr/inrs/recherche/études/publication/html [↑](#footnote-ref-25)
26. Etude INRS : Le travail à forte charge émotionnelle et pratiques organisationnelles

    www.inrs.fr./inrs/recherche/etudes-publications-communications/doc/publication/html [↑](#footnote-ref-26)
27. Chiffres DRP, CNAMTS 2014 [↑](#footnote-ref-27)
28. Salaire horaire brut [↑](#footnote-ref-28)
29. Premier niveau de salaire [↑](#footnote-ref-29)
30. Second niveau de salaire [↑](#footnote-ref-30)
31. . La roue de Deming a été créée par William Edwards Deming. [↑](#footnote-ref-31)
32. Méthode PDCA : Plan : Planifier, Do : Réaliser, Check : Vérifier, Contrôler et Act : Agir, Améliorer [↑](#footnote-ref-32)
33. Johannes Siegrist, né en 1943 en Suisse, sociologue de formation. Il a été professeur de sociologie médicale à la faculté de Médecine de l’Université de Düsseldorf jusqu’en 2012. [↑](#footnote-ref-33)
34. INRS : Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l’outil PRS-DU (Sandrine GUYOT, Valérie LANGEVIN, Anne MONTAGNEZ)- ED 6140 Février 2013. [↑](#footnote-ref-34)
35. Guide méthodologique "amélioration des conditions de travail pour les métiers de l'aide et du soin à domicile." Cette action a bénéficié du soutien du Fonds d’Amélioration des Conditions de Travail (FACT) ainsi que de la DIRECCTE Bretagne et du réseau Anact-Aract. Accompagnement méthodologique : Solutions Productives [↑](#footnote-ref-35)
36. Journal officiel de la République Française – Mandature 2010-2015- Séance du 14 mai 2013 – La prévention des risques psychosociaux – Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Mme Sylvie Brunet, rapporteure au nom de la section du travail et de l’emploi. [↑](#footnote-ref-36)
37. Arnaud LACAN, Professeur de managment, Kedge BS. [↑](#footnote-ref-37)
38. Kedge BS – Management & Sciences Sociales – N°22 janvier-juin 2017. Mieux-êtree au travail : repenser le management et l’émergence de la personne. Dossier coordonné par Zahir YANAT, Sylvie BRUNET, et François Silva. [↑](#footnote-ref-38)