



Les risques psychosociaux dans l'aide à domicile

Un risque criant, sous-évalué par les employeurs

I - Les risques psychosociaux dans l'aide à domicile

1. Les symptômes associés
2. Les facteurs de risque
 - 2.1. individuels
 - 2.2. liés à la tâche
 - 2.3. relationnels et organisationnels

II - Le niveau de prise en charge par les employeurs

1. Les risques psychosociaux, un pan peu exploré
2. Les actions mises en œuvre

III - Engager une démarche de prévention des risques psychosociaux

1. Les principes généraux de prévention
2. Le pré-diagnostic
3. Quelques axes de prévention

Au titre des principes généraux de prévention, l'employeur est tenu d'identifier et de prévenir les risques professionnels. Il a également pour obligation de rédiger un document unique d'évaluation des risques professionnels.

Cette étude démontre que, dans le secteur de l'aide à domicile, les employeurs sont sensibilisés à la question des risques professionnels, même si tous ne formalisent pas de démarche d'identification.

La question psychosociale, quant à elle, est un pan peu exploré : mal appréciée, elle ne fait pas véritablement l'objet d'investigation de la part des employeurs. Or, le risque est réel dans l'aide à domicile, les facteurs sont nombreux : facteurs individuels (situation familiale, sociale, état de santé du salarié), facteurs inhérents au métier ensuite (charge émotionnelle, contrainte temporelle forte, horaires atypiques, etc.), facteurs relationnels (avec les collègues et la hiérarchie) et organisationnels enfin (faible durée de travail, fragmentation des horaires, etc.).

L'employeur est tenu d'identifier et de prévenir l'ensemble de ces facteurs, même si ses marges de manœuvre diffèrent selon leur nature. Quelle démarche engager ? Comment identifier des leviers d'action si l'on ne cerne pas la problématique ?

Aurélien VIDAL- Pléiades Emploi Services Hérault

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

- Etudier la présence des risques psychosociaux (RPS) dans les métiers de l'intervention à domicile
- Apprécier le niveau de prise en charge des RPS par les organismes de services à la personne (OSP).

LES MÉTIERS DE L'INTERVENTION A DOMICILE

Acteur clé du maintien à domicile, l'intervenant à domicile renvoie à plusieurs métiers (auxiliaire de vie sociale, assistante de vie, agent à domicile, auxiliaire parentale) et recouvre plusieurs missions. Nous distinguerons ici les deux fonctions suivantes :

- L'aide à domicile qui apporte une aide à la vie quotidienne. Il réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci.
- L'auxiliaire de vie sociale qui propose une aide à la personne. Il effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne. Il aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui en est dans l'incapacité.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

La méthodologie développée dans le cadre de cette étude a fait appel à deux modes de recueil de données :

- un **benchmarking** (cf. encadré 5)
- une **enquête qualitative** auprès des professionnels des Organismes agréés de Services à la Personne (OSP) : intervenants à domicile salariés mais également des dirigeants et des responsables de secteur. Le choix de l'outil d'enquête a porté sur l'entretien semi-directif.

PARTENARIAT DE L'ÉTUDE

Cette publication est réalisée avec le soutien de la DIRECCTE - UT34, en partenariat avec la Mission nationale de prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile. Elle est issue des travaux menés avec la collaboration de Carole Allard et Bernard Senault (Mission nationale Prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile - CNAMTS), Véronique Bansard (DIRECCTE UT34), Guy Beauthauville et Aurélie Vidal (Pléiades Emploi Services Hérault), Virginie Christen (étudiante en Master 2 GSRH-MICRH, stagiaire PES34), Corinne Van De Weerd (INRS).

Créé en 1999 à l'initiative du Conseil Général de l'Hérault, PLEIADES EMPLOI Services Hérault a pour mission de créer des emplois de services pérennes qualifiés.

PLEIADES EMPLOI Services Hérault a défini ses orientations autour de deux objectifs :

- Faciliter le rapprochement entre l'offre et la demande d'emploi dans l'aide à domicile
- Contribuer à l'évolution qualitative des emplois de l'aide à domicile afin de les consolider.

L'association dispose de plusieurs outils :

- **un service emploi**, chargé de promouvoir les métiers de services, informer et orienter les candidats à ces métiers et d'assurer l'interface entre leurs besoins et l'ensemble des ressources mobilisées pour y répondre.
- **un service développement**, chargé d'assurer des prestations de services d'expertise conseil, d'assistance technique, d'études et recherches ou de formation, pour les besoins de personnes morales ou privées.

I. Les risques psychosociaux dans l'aide à domicile

Les **risques psychosociaux** sont des situations de souffrance et de mal être au travail portant atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés. Trois manifestations sont à retenir :

- Les **violences internes** sont exercées au sein d'une entreprise par une personne ou un groupe de personnes, détenteur ou non d'une autorité hiérarchique, à l'encontre d'autres salariés. Elles incluent les cas de harcèlement moral et sexuel.
- Les **violences externes** sont entendues comme des agressions verbales (insultes, menaces) ou physiques exercées contre le salarié sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise (clients, usagers, patients) et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être.
- Le **stress** survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face¹.

1. Les symptômes associés

Les symptômes des risques psychosociaux sont multiples. Ils peuvent se traduire en problèmes de santé (fatigue chronique, problèmes digestifs, etc.), changement de comportements (forte sensibilité, difficulté d'élocution, attitude lunatique, anxiété, dépression, etc.), consommation de produits addictifs (antidépresseurs, alcool, drogues...).

Travail et santé... un lien de causalité pour les salariés

L'objectif du questionnaire n'était pas ici d'étudier l'état de santé des interrogés. Il s'agissait d'appréhender la perception qu'ont les intervenants de leur santé et de savoir s'ils établissent un lien direct avec leur métier.

¹ Définition adoptée par l'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail et retenue par l'INRS.

- 33% des personnes interrogées se déclarent stressées
- 33,3% estiment être en mauvaise santé et attestent un lien avec leur travail, ce dernier étant perçu comme un facteur générant ou aggravant.
- 66,7% déclarent être en bonne santé mais considèrent néanmoins que le travail est dans 33% des cas facteur aggravant et consultent un médecin à ce sujet. Dans 8% des cas, le travail est considéré comme générateur de problèmes de santé.

Les problèmes de santé peuvent cacher des difficultés psychosociales. Il est utile de rappeler ici la définition de l'O.M.S suivante : *la santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne*. Etre en bonne santé ne se résume donc pas à la simple absence de maladie ou d'infirmité.

Une grande majorité des intervenants établissent ici un lien direct entre leur activité professionnelle et leur état de santé². En ce sens, il est intéressant de s'interroger sur la nature de ce lien et sur les causes afférentes.

2. Les facteurs de risques psychosociaux

L'origine des risques psychosociaux est multifactorielle. Trois facteurs, qui interagissent entre eux, sont cités comme générateurs :

- Facteurs individuels
- Facteurs liés à la tâche réalisée
- Facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations professionnelles

² Dans l'enquête du CISME (Centre Interservices de santé et de médecine du travail en entreprises) - 1999 : un quart des aides à domicile ayant consulté un médecin mentionnaient des symptômes dépressifs, un quart déclaraient « avoir des problèmes de sommeil » et 36% se déclaraient « tendues, nerveuses ».

2.1. Les facteurs individuels

Les facteurs individuels majorent l'apparition de risques psychosociaux, ils peuvent être liés à l'état de santé, aux difficultés sociales ou familiales, mais aussi à l'intérêt voire à la motivation de l'individu pour son poste.

A travers cette enquête, nous avons souhaité étudier la question de la motivation et ce, à travers celle du choix du métier. Le choix du métier renvoie à l'épanouissement et à la motivation au travail, dont on connaît les effets supposés sur la santé au travail.

Un choix de métier qui n'est pas le reflet d'une réelle motivation dans 88% des cas.

Il s'agit d'un choix par défaut soit pour des raisons financières, ou encore suite à une réorientation professionnelle, le plus souvent en raison d'un échec dans la recherche d'emploi ou dans la poursuite des études. 41% des personnes interrogées s'orientaient initialement vers le milieu médico-social. Ce n'est donc pas le métier de l'aide à domicile mais le secteur d'activité auquel il appartient qui attire.

2.2. Les facteurs liés à la tâche

Les facteurs liés à la tâche sont dits inhérents au métier. Plusieurs éléments caractérisant ce dernier ont été mis en exergue par les intervenants à domicile, en premier lieu, les relations sociales, les déplacements fréquents et les horaires atypiques.

La relation avec les usagers ... une charge émotionnelle forte

Quand les intervenants à domicile parlent de leur métier, ils mettent en avant le sentiment d'utilité sociale mais également la richesse des relations humaines.

A la question, « citez des points positifs du métier », 60% des intervenants soulignent l'utilité sociale, 36% la relation humaine.

Face à la question « comment se passent les relations au quotidien avec les bénéficiaires ? », les appréciations données sont relativement bonnes : 72% des intervenants interrogés considèrent leur

Certains salariés ont déclaré des situations de relations conflictuelles graves avec les clients ou leur famille telles que des cas d'avances sexuelles (surnoms affectueux, voire tentative d'attouchement), de violences physiques (gestes brusques), d'abus de confiance (chantage) ou encore de violation d'intimité (fouille des affaires personnelles).

relation avec leurs bénéficiaires comme « bonnes », les autres les estimant « moyennes ».

Selon les travaux de l'INRS, l'importance de la dimension affective, qui motive et donne du sens à leur travail, les expose néanmoins à des difficultés importantes³. Les facteurs de risque liés à la dimension affective sont multiples, surtout lorsque la prestation est réalisée auprès d'une personne âgée ou dépendante :

- L'intimité induite par la nature des actes et par les confidences pose sans cesse la question de la gestion de la « bonne distance professionnelle »⁴. L'implication affective est difficilement évitable, l'intervenant opère dans la sphère la plus privée de la personne (famille, habitudes, logement, passé). Il peut se trouver en situation de débordement et de stress.

- L'attachement au bénéficiaire est parfois source de souffrance lors de l'interruption de la prestation. Le décès d'un usager, vécu douloureusement, contraint quelquefois les intervenants à bénéficier d'un soutien psychologique, qui n'est pas toujours pris en charge par la structure, ou à suivre un traitement médical. Ils se sentent aussi parfois obligés d'assumer, lors du décès, la prise en charge de certaines tâches (prévenir la famille, participer à la préparation des obsèques). Le départ en maison de retraite peut aussi être vécu comme un événement culpabilisant (sentiment d'échec et d'abandon de la personne)⁵.

- La confrontation à la détresse des bénéficiaires (difficultés économiques ou sociales, fin de vie...), à la maladie et au déclin physique et

³ Dossier Aide à domicile web INRS, 2010.

⁴ Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent « auxiliaires de vie sociales », NS 257, INRS, décembre 2005.

⁵ Dossier Aide à domicile web INRS, 2010

psychologique (maladie d'Alzheimer et de Parkinson notamment)⁶. Comment ne pas se décourager ? Comment surmonter sa propre souffrance pour aider l'autre ?

- Les violences verbales et les agressions par les bénéficiaires ou par les proches : accusations de vol ou de négligence (travail non fait, non-assistance à personne en danger...), racisme, agressions à caractère sexuel... Les intervenants sont dans certains cas obligés de se justifier auprès de leurs responsables⁷.

Une salariée interrogée dans le cadre de notre enquête a témoigné de la situation suivante : « devant faire signer ma feuille de présence par une de mes clientes, je me suis rendue chez elle. Je

suis tombée sur son mari qui, très agressivement, m'a rejetée en me disant

« [...] dans ton pays, on ne t'a pas appris à ne pas importuner les gens comme ça ? »

des phrases du genre « dans ton pays, on ne t'a pas appris à ne pas importuner les gens comme ça ? »

De fait, la charge affective ou émotionnelle est un facteur de risque clairement identifié.

- 61,1% des personnes considèrent que la charge mentale et émotionnelle est « lourde » et l'expliquent par l'état de santé de l'usager.
- 11,1% la considèrent « moyenne » et liée à l'état de santé et la relation entretenue avec l'usager.
- 22,2% la qualifient de « faible » et due soit au niveau d'implication trop important de la part de l'intervenant, soit à la gestion de situations difficiles ponctuelles.
- 5,5% considèrent qu'elle est nulle.

Il est important ici de rappeler que l'ancienneté des personnes répondantes est faible (inférieure

à 2 ans) et que malgré cela, des signes de pénibilité apparaissent déjà⁸. Par contre, l'appréciation diffère selon la qualification de la personne interrogée : plus la qualification est élevée, moins le salarié ressent une charge émotionnelle forte. On note également que le type de public d'intervention a un effet sur l'appréciation de la charge mentale et émotionnelle : les intervenants ayant à charge des personnes handicapées considèrent à l'unanimité que la charge mentale est forte contre respectivement 66% et 70% pour les publics d'intervention dépendants ou handicapés et la catégorie « tous publics »⁹.

La formation, un rôle protecteur

Il est intéressant de noter que les auxiliaires de vie sociale ont été moins nombreux que les autres intervenants à considérer la charge émotionnelle liée à leur métier comme forte. Or, les AVS interviennent auprès des publics fragiles et sont donc plus susceptibles d'être confrontés à des situations complexes et délicates.

On peut donc en déduire que la formation, en préparant les individus à l'exercice du métier, joue un rôle préventeur quant à l'apparition des risques psychosociaux.

50% des auxiliaires de vie sociale qualifient la charge affective ou émotionnelle de leur métier « lourde » contre 75% des aides à domicile.

⁸ A noter qu'une étude de l'INSEE - Regard sur le travail - de décembre 2005 met en évidence l'impact de l'ancienneté sur le taux d'absentéisme. Ce dernier, dans le secteur de l'aide à domicile, semble être, parmi les plus élevés. En général, ce sont les salariés de moins d'un an d'ancienneté et parmi les plus jeunes, qui s'absentent le plus. Pour les salariés les plus anciens et les plus âgées, les arrêts maladies semblent être un moyen (souvent ultime) pour réguler la charge de travail et les conséquences des pénibilités sur la santé.

⁹ L'étude ne permet pas de connaître la répartition des publics dans la catégorie « tous publics » entre les personnes dites fragiles et les personnes autonomes.

⁶ Dossier Aide à domicile web INRS, 2010

⁷ Dossier Aide à domicile web INRS, 2010

Les rapports sociaux au travail, notamment avec les bénéficiaires, représentent une charge émotionnelle non négligeable. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'illustrer les RPS, 75% des exemples donnés par les intervenants portent exclusivement sur la relation professionnelle, 66% évoquent précisément la relation avec l'utilisateur. L'humeur et l'exigence des usagers (ou du référent), et les divergences d'opinion sont citées comme éléments explicatifs.

Des déplacements fréquents, une contrainte temporelle forte

Les trajets inter-missions sont une partie composante de ce métier, ils sont d'autant plus nombreux que les missions sont de courte durée. Outre les accidents de trajets qui représentent un risque majeur dans ce secteur d'activité, les déplacements sont source de fatigue et de stress. Les problèmes de circulation dans les zones urbaines comme Montpellier, l'utilisation de transports en commun ou de véhicule personnel, conduisent bien souvent à des retards qui se répercutent sur l'ensemble du planning de l'intervenant. S'ajoute ici une contrainte forte de temps liée à la nécessaire ponctualité : les retards causent alors une incompréhension et une insatisfaction de la part des clients concernés. Cette contrainte est d'autant plus forte que l'aide à domicile est parfois le seul contact humain de la personne aidée, son retard et son absence étant vécus comme une angoisse, sa présence comme un repère.

La contrainte temporelle se pose également sous une autre forme : la charge de travail sur un temps d'intervention restreint, en général de deux heures. Les professionnels se trouvent parfois amenés à réduire les temps de repos ou de déjeuner.

Des horaires atypiques, un travail « émietté »

Certaines interventions auprès de personnes très dépendantes (aide au repas, au lever et au coucher, garde de nuit) rythment plusieurs fois la journée sur des tranches horaires fixes et atypiques. Le travail en horaire atypique est considéré comme un indicateur pertinent des RPS

- *Plus de la moitié des personnes interrogées considèrent que ce métier a eu un impact sur leur vie privée (difficultés de concilier vie familiale et professionnelle au regard des horaires décalés, fatigue, diminution des activités de loisirs).*
- *37% n'ont remarqué aucun changement*
- *Pour une personne, les effets sont positifs puisque ce travail lui permet de relativiser et de profiter de chaque instant de la vie.*

du fait de l'impact de ces horaires sur les rythmes biologiques et en raison des décalages qu'ils induisent par rapport à la vie sociale et familiale¹⁰. De plus, les horaires atypiques favorisent les situations de travail isolées, susceptibles dans certains cas d'exposer au risque d'agression.

En sus des facteurs dits inhérents au métier mentionnés par les intervenants à domicile, les responsables de secteur interrogés ont souligné également deux autres facteurs de risque : l'adaptation permanente exigée et le caractère répétitif des tâches.

L'adaptation permanente

Les métiers de l'aide à domicile supposent, pour toutes les raisons évoquées précédemment, une capacité d'adaptation permanente. La confrontation à de nouveaux contextes de travail (nouveaux usagers, nouveaux domiciles, nouvelles habitudes de vie) est le lot quotidien des intervenants à domicile. Autant d'éléments à intégrer – à chaque fois - de manière à adapter les pratiques professionnelles aux attentes des usagers. L'intervenant à domicile doit également gérer les écarts entre le travail prescrit (par la structure, par la personne aidée ou sa famille) et le travail réel, tout en réévaluant sans cesse les priorités du moment.

¹⁰ Dépister les risques psychosociaux – des indicateurs pour vous guider - Edition ED 6012- INRS, février 2010.

La gestion de situations d'urgence

L'accompagnement de publics fragiles expose également à la gestion de situations d'urgence. A tout moment, et alors que l'intervenant à domicile est seul, il doit être en capacité de gérer une urgence (d'ordre administratif, de santé, etc).

Le caractère répétitif des tâches

Le caractère répétitif des tâches se retrouve à différents niveaux, celui de la récurrence des tâches afférentes à l'entretien courant du logement qui reste l'activité socle des métiers de l'aide à domicile. Celui de la nécessaire récurrence des tâches dans le volet accompagnement de publics dépendants ; répéter et reproduire sans cesse les choses afin qu'elles soient intégrées et réalisées de manière autonome par les personnes aidées.

Pour aller plus loin, il convient de souligner l'influence du lieu de travail et du défaut de reconnaissance sociale dans l'apparition des risques psychosociaux.

L'intervention au domicile ... un jeu d'acteurs dans un « huit clos »

La singularité de ce métier réside dans son lieu de travail : le domicile du particulier. Le domicile est un espace privé dans lequel l'occupant des lieux s'octroie des droits auxquels l'intervenant à domicile est directement confronté. S'y joue un jeu complexe d'acteurs en quête de la posture idéale : entre la personne aidée et la personne aidante, entre le maître des lieux et l'étranger des lieux. Ce jeu d'acteurs peut parfois glisser vers un rapport de forces qui, à l'abri des regards, mettra en difficulté l'intervenant à domicile. Le risque d'isolement professionnel, accentué par l'éloignement de l'encadrement et l'absence de collègues de travail, se pose alors et renvoie à la question du soutien par l'organisation (cf. I ; 2.3).

Le manque de reconnaissance sociale et professionnelle

Les métiers de l'intervention à domicile sont souvent perçus comme de « petits métiers » faiblement qualifiés et précaires, comme une

simple exportation d'un savoir-faire, le travail domestique – effectué gratuitement et naturellement au sein de chaque foyer. Ce défaut de reconnaissance touche la société en général, les usagers et leur famille. Il masque la réalité du travail et participe à la dévalorisation de ces métiers.

Les facteurs liés à la tâche sont nombreux, la liste présentée n'est pas exhaustive mais elle démontre que les éléments qui caractérisent un métier ne sont pas sans effets sur l'individu. Des facteurs « externes » peuvent également se rajouter, rattachés cette fois-ci aux relations professionnelles et à l'organisation du travail.

2.3. Les facteurs relationnels et organisationnels

Ces deux dimensions que sont les relations professionnelles et l'organisation du travail jouent un rôle important dans l'apparition des risques psychosociaux mais également dans leur prévention. A la fois agents protecteur et facteurs de risque, il est important de les prendre en compte dans toute démarche d'étude et de prévention des risques psychosociaux. En ce sens, une étude de la Csa /Anact¹¹ démontre que l'organisation du travail est considérée par 40% des salariés comme génératrice de stress, contre les relations avec la hiérarchie et les collègues dans 31% des cas.

Des relations de travail insatisfaisantes avec les collègues

- 45% des personnes considèrent ne pas avoir de relation avec leurs collègues
- 22% qualifient leurs relations de mauvaises
- 33% seulement les considèrent bonnes

Ces données sont inquiétantes car la qualité des relations professionnelles contribue à

¹¹ Le stress au travail, sondage Réseau ANACT/CSA, avril 2009

l'épanouissement professionnel de l'individu. Le soutien des collègues, qu'il soit d'ordre social ou technique (système d'entraide et de travail d'équipe), peut être un agent protecteur du stress : par l'échange et les interactions, il allège les tensions professionnelles. L'absence de relations professionnelles (soit 45% des cas) pénalise donc les salariés quant à ce bénéfice. Plus encore, il accentue le sentiment d'isolement professionnel dont sont victimes bien souvent les intervenants à domicile. Par contre, de mauvaises relations - défaut de communication, conflits - (soit 22% des cas) peuvent induire un sentiment de stress. Le collectif de travail, élément structurant de l'individu, est ici ébranlé : peu de soutien et une compétitivité qui s'installe.

Les tensions, telles que citées au cours de l'enquête, apparaissent le plus souvent lorsque plusieurs professionnels interviennent au domicile d'un même bénéficiaire. Se pose le problème de la comparaison du travail et de la répartition des tâches, induite ou non par l'usager ; en découlent alors des tensions qui nécessitent, pour leur résorption, l'intervention du personnel d'encadrement.

Une communication possible avec la hiérarchie mais un manque de soutien

L'enquête n'a pas consisté à étudier le niveau de qualité des relations professionnelles avec la hiérarchie mais d'apprécier plutôt leur existence à travers les indicateurs suivants : la communication et le soutien aux équipes.

Ainsi, on s'aperçoit que dans 55% des cas, les intervenants

« il a fallu que le problème [...] se répète quatre fois avant que ma responsable décide de le prendre en considération ».

A quelles occasions avez-vous eu des réunions avec votre responsable de secteur ou votre directeur ? Lors de ces réunions, avez-vous échangé avec eux sur vos conditions de travail ?

- **87,5% des personnes interrogées au sein des OSP estiment avoir l'occasion d'échanger avec leur responsable contre seulement 30% des personnes interrogées de manière anonyme.**

estiment avoir la possibilité d'échanger sur leurs conditions de travail avec leur responsable. Par contre, il est intéressant de noter que les réponses diffèrent selon le public interrogé (cf. encadré 3 - méthodologie). En effet, les salariés nommés par leur employeur pour répondre à l'enquête ont un avis plus favorable que les salariés qui ont été interrogés de manière anonyme. On peut supposer que l'expression a été plus « libre » dans le second cas et donc que la proportion de 55% est surestimée.

Par contre, **le manque de soutien est regretté** par les intervenants **dans 26% des cas** lorsqu'ils sont confrontés à des situations difficiles : situations conflictuelles avec le bénéficiaire ou sa famille, décès brutal d'un bénéficiaire, etc.

Du point de vue de la hiérarchie, les dirigeants interrogés font référence dans quatre cas sur six à un management de proximité avec le personnel d'encadrement. Par contre, les rencontres entre la direction et les intervenants à domicile sont soit ponctuelles (trimestrielles ou biannuelles) soit inexistantes. Plus étonnant encore, deux responsables de secteur sur cinq ont précisé ne pas avoir de temps d'échange avec les intervenants mais seulement avec la direction.

Un défaut de dialogue social dans les structures

L'existence d'un dialogue social et paritaire dans l'organisme, le respect des obligations légales en la

matière sont des facteurs favorables à la prévention des risques psychosociaux. Pour rappel, les instances représentatives du

personnel sont :

- Les délégués du personnel (établissement de plus de 11 salariés)
- Le comité d'entreprise, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et les délégués syndicaux (établissement de plus de 50 salariés)

Les structures enquêtées ont un effectif salarié compris entre 19 et 2 000 salariés, dont 4 ont un effectif supérieur à 50 salariés. Or, seulement deux

d'entre elles disposaient de l'ensemble des instances représentatives suivantes : délégués du personnel, comité d'entreprise, CHSCT, section syndicale. Une autre disposait de délégués du personnel avec lesquels elle organisait des réunions mensuelles. Ce constat pose la question de la communication interne avec les salariés.

Une organisation du travail mise en cause par les intervenants...

A la question générale « pouvez-vous me parler de l'organisation du travail ? »

- 30% des intervenants évoquent les trajets et déplacements.
- 20% la fragmentation des horaires
- 20% la durée de travail insuffisante

Comme nous avons pu le voir précédemment, la question du déplacement est inhérente au métier de l'aide à domicile. Pour autant, l'organisation du travail y trouve toute sa place soit parce qu'elle ne tient pas suffisamment compte de cet élément pour essayer d'en atténuer les effets, soit parce qu'elle en constitue un élément aggravant.

Ainsi, à travers cette enquête, la question des déplacements a été rattachée à celle de leur défraiement. Les problèmes de défraiement de carburant lors des trajets intermissions

sont souvent cités. De la même façon, il a été reproché de ne pas suffisamment intégrer le temps de trajet dans la planification des interventions : *« A l'agence, ils calculent les temps de trajet avec Mappy ; j'ai de la chance de bien connaître la ville, car Mappy, c'est bien gentil, mais il ne prend pas en compte les travaux et les embouteillages. Je négocie continuellement du temps de trajet en plus, car c'est impossible de traverser Montpellier en 20 minutes le lundi à 8h même si Mappy l'affirme ! »*

Des horaires fragmentés

La fragmentation des horaires est étroitement liée à la question de l'amplitude horaire et de la

modulation du temps de travail. La gestion du planning d'un intervenant à domicile est un exercice complexe qui doit tenir compte des besoins des usagers, de leur demande (souvent similaire en termes d'horaires d'intervention), des lieux d'intervention, des contraintes personnelles des salariés, etc.

La faible durée du travail, le bas niveau de rémunération

L'étude de l'INSEE de juillet 2011 révèle que le temps de travail hebdomadaire moyen des salariés des services à la personne (tous publics et tous modes d'exercice confondus) s'élève, dans l'Hérault à 11,6 heures (contre 12,2 sur le plan national). Ces résultats augmentent si on en extrait l'emploi direct, comme en attestent les données internes à Pléiades Emploi Services Hérault : les prestataires de service proposent en moyenne un volume horaire hebdomadaire de travail de 18 heures. Enfin, l'étude de la DREES de juin 2010 révèle que le travail hebdomadaire des aides à domicile intervenant auprès de publics fragilisés est estimé à 26,1 heures. Ce qui rejoint le résultat obtenu via notre enquête dans le cadre de cette étude – à savoir une durée moyenne de travail de 27 heures hebdomadaire (avec des temps de garde de nuit compris).

Ces temps de travail, partiels, impactent donc crucialement la rémunération des professionnels, dont le taux horaire de rémunération est déjà faible, entre 9 et 10,35 € bruts de l'heure. Ces éléments participent à la précarisation et à la non reconnaissance de ces métiers.

L'inadéquation entre les compétences des salariés et le type d'intervention

A travers cette enquête, nous avons constaté que l'affectation des interventions ne tenait pas toujours compte des compétences du salarié puisque trois intervenants – appartenant à la catégorie des aides à domicile - ont déclaré intervenir exclusivement auprès de personnes handicapées ou de personnes âgées dépendantes. Ainsi, ces professionnels ont tous qualifié la charge

« [...] c'est impossible de traverser Montpellier en vingt minutes le lundi à 8h même si Mappy l'affirme ! »

mentale et émotionnelle de leur métier comme forte. Rappelons ici la définition du stress au travail, qui survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face.

Autant de points d'ordre organisationnels cités par les intervenants à domicile comme devant être améliorés. Là encore, la liste peut être encore complétée : citons par exemple, la perte de sens du travail, l'imprécision des missions¹², l'insécurité professionnelle, la présence ou non d'une politique interne de prévention des risques psychosociaux. C'est à ce dernier point que nous nous intéressons à présent.

L'essentiel à retenir ...

L'étude fait apparaître différents facteurs de risques psychosociaux. Les facteurs individuels propres à la situation du professionnel (sociale, familiale, de santé, etc). Les facteurs inhérents au métier ensuite (charge émotionnelle, contrainte temporelle forte, horaires atypiques, etc.). Les facteurs relationnels (avec les collègues et la hiérarchie) et organisationnels enfin (faible durée de travail, fragmentation des horaires, etc).

L'employeur est tenu d'identifier et de prévenir l'ensemble de ces facteurs, même si ses marges de manœuvre diffèrent selon leur nature.

¹² L'étude que nous avons menée sur « Les conditions d'emploi de services à la personne » (janvier 2008) faisait apparaître un défaut de transmission des informations. 34% des répondants estimant de pas avoir connaissance de manière précise de leurs missions, le restant déclarant que cette transmission était exclusivement orale.

II. Le niveau de prise en charge des risques psychosociaux par les employeurs

La politique interne de prévention des risques professionnels est un aspect organisationnel qui fait sens. Il témoigne d'une volonté de prendre en compte cette problématique. Mener des actions de prévention permet de remédier voire de prévenir les risques psychosociaux, l'inverse peut être perçu par les salariés comme un manque de considération et de soutien.

Une connaissance fine du métier

Le postulat de départ, ici pris, consiste à dire que pour aborder la question des RPS, les responsables doivent dans un premier temps apprécier le métier de l'aide à domicile et ses conditions d'exercice.

A la question « selon vous, en quoi consiste le métier d'aide à domicile ? », les réponses les plus fréquemment entendues définissent le métier comme un ensemble d'aides physiques et morales apportées aux personnes nécessiteuses, en assurant leur prise en charge totale ou partielle. La définition la plus complète a été donnée par un des dirigeants interrogés : « *[Intervenant à domicile] est un travail matériel, moral et social. Matériel, car il y a une part importante de ménage [...]. Le côté social c'est être à l'écoute, avoir une certaine souplesse et intelligence de la situation pour répondre efficacement aux besoins du bénéficiaire. Pour terminer, le soutien moral, c'est bien sûr le soutien à la personne, faire le lien avec sa famille, lui insuffler de la bonne humeur, de la positivité* ».

Il apparaît également que les responsables connaissent les principales caractéristiques de leur équipe¹³, ils sont conscients des nombreux problèmes que rencontre ce secteur.

¹³ Réponse à la question « pouvez-vous me parler de votre personnel en termes d'effectifs, genre, âge moyen et niveau de qualification ? »

1. Les risques psychosociaux, un pan peu exploré dans le champ des risques professionnels

L'évaluation des RPS doit s'inscrire dans une démarche globale de prévention des risques professionnels. L'évaluation des risques professionnels est un concept issu de la directive cadre européenne du 12 juin 1989, qui fonde les principes généraux de prévention¹⁴. 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 (article L. 4121-1 du Code du travail). Figurant au nombre de ces principes généraux, l'évaluation des risques constitue un élément clé de cette démarche. Depuis le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, les résultats de cette évaluation doivent être transcrits dans un "document unique". La circulaire n°6 de la Direction des relations du travail du 18 avril 2002 est venue apporter quelques précisions utiles.

Des risques professionnels identifiés

L'étude de la sinistralité 2008 du secteur de l'aide et du soin à domicile de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés souligne un indice de fréquence élevé des accidents de travail dans le secteur de l'aide soit 51,5 accidents en 1^{er} règlement pour 1 000 salariés (contre 38 pour l'ensemble des activités). Les éléments matériels principaux mis en cause sont la manutention manuelle et les accidents de plain-pied. Le siège de lésion principal réside dans l'apparition d'une douleur pendant l'effort, d'un lumbago. Cette même étude révèle également que la fréquence des accidents de trajet dans l'aide et le soin à domicile (indice de 7,5 AT pour 1000 salariés) semble nettement plus élevée que dans l'ensemble des secteurs confondus (indice de 4,6). L'élément matériel principal en cause est le véhicule : il représente 54,9% des accidents de trajet. Enfin, l'étude souligne la prédominance du

syndrome du canal carpien et des douleurs à l'épaule dans les maladies professionnelles déclarées.

Ces risques professionnels sont d'une manière générale assez bien identifiés par les employeurs interrogés dans le cadre de notre enquête. Les principaux risques cités par les personnes sont : les troubles musculo-squelettiques, les risques routiers, les chutes mais aussi la fatigue, l'insalubrité des logements ou la dangerosité des équipements.

Néanmoins, cette identification ne fait pas systématiquement l'objet d'un repérage formel puisque sur les cinq structures étudiées, seulement trois déclarent disposer d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER) dont un ne serait pas à jour. De plus, il n'est pas toujours connu par l'encadrement intermédiaire et par le personnel d'intervention.

40% des responsables de secteur déclarent ne pas connaître le DUER, contre 83% des intervenants.

La question psychosociale occultée

Lorsqu'il s'agit d'illustrer les RPS, les exemples donnés par les dirigeants portent en premier lieu sur la qualité de la relation avec les usagers. En cause bien souvent la maladie (maladie d'Alzheimer, schizophrénie, alcoolisme...) mais aussi l'exigence des bénéficiaires et des familles. Le manque de reconnaissance des métiers par la société est également souligné comme facteur aggravant et pouvant conduire à des incivilités. Enfin, sont évoquées les difficultés liées à l'exercice du métier telles que l'accompagnement de fin de vie, la confrontation à des situations et parcours de vie difficiles des usagers.

Par contre, la ligne managériale dirigeante ne fait nullement référence à l'organisation du travail. Seul un responsable de secteur a déclaré que la forte sollicitation des intervenants par l'organisme est une source potentielle de stress.

Les risques psychosociaux sont partiellement appréhendés par les dirigeants puisque les éléments explicatifs donnés reposent

¹⁴ Cf. partie III.1

exclusivement sur des éléments inhérents au métier et donc relativement immuables.

Ce constat interroge donc quant à l'investissement des structures dans le développement de mesures de prévention des risques psychosociaux : peut-on identifier des leviers d'actions si l'on ne cerne pas le problème dans sa globalité ?

Les résultats de l'enquête démontrent l'inexistence d'un repérage formel de ces risques. Deux professionnels (dirigeant et manager de proximité) ont évoqué les cas de dépression de certains salariés, mais portent le lien de causalité sur des facteurs personnels et non professionnels.

L'enquête réalisée auprès de ces structures a donc mis en évidence les lacunes mais également les initiatives qu'il convient de souligner en matière de prévention primaire et secondaire (cf. encadré 1).

2. Les actions mises en œuvre

Quelques initiatives à saluer témoignent d'un début de prise de conscience collective.

La formation tout d'abord qui est évoquée à l'unanimité par les répondants. Par définition, elle consiste à donner à l'individu les compétences nécessaires à l'exercice d'une activité.

La formation initiale ou continue est indispensable, il est important que les dirigeants le soulignent d'autant que les intervenants eux-mêmes n'ont pas toujours conscience de sa nécessité. A la question « *A qui conseilleriez-vous ce métier ?* » tous les intervenants font exclusivement référence aux qualités humaines nécessaires¹⁵ à l'exercice du métier et occultent la notion même de compétences. Seules deux personnes considèrent qu'il faut être expérimenté pour exercer le métier d'intervenant à domicile, la qualification n'est ici pas abordée.

Pour autant, la formation est encore peu souvent appréhendée par les dirigeants à travers le souci

¹⁵ Qualités relationnelles citées (par ordre d'importance) : patience, contact humain, sens de l'écoute, jovialité, équilibre psychologique.

de qualité d'emploi et davantage en terme de qualité de service rendu – même si cela y contribue indirectement. En témoigne la nette dominance de formations dites techniques qui ont été mises en place : ergonomie, dénutrition des personnes âgées, préparation des repas, manutention de la personne âgée, gestes et postures, utilisation de produits d'entretien.

Une **formation/journée d'accueil** à destination de chaque nouveau salarié (ou à partir d'un mois d'ancienneté) est organisée par deux structures interrogées, afin de présenter le règlement de fonctionnement, le métier de l'intervention à domicile et les limites d'intervention. Une **formation au tutorat** a également été expérimentée par l'une de ces structures. Une autre travaille actuellement sur un **projet de formation** de deux jours intitulée « **cadre de mission** » avec l'appui et l'intervention d'un psychologue du travail.

D'autres organismes font état de pistes d'amélioration d'ordre organisationnel¹⁶ :

- En réduisant les temps de trajet (pistes citées par deux structures)
- En améliorant l'information des intervenants sur le contenu de leur mission. Evaluer les besoins des usagers, définir l'intervention, informer les parties (intervenants et usagers) de son contenu, présenter l'intervenant à domicile à l'usager contribuent à une organisation du travail structurée et prévient l'apparition de risques psychosociaux (piste citée par une structure)
- En augmentant la rémunération (piste citée par une structure).

Plus spécifiquement, au cours de cette étude, deux initiatives ont été repérées (au sein de deux structures différentes).

- **La mise en place d'une réunion d'expression** pour les intervenants à domicile. Comme son nom l'indique, ce type de réunion vise

¹⁶ Au regard de l'hétérogénéité de l'effectif salarié des organismes qui ont mis en œuvre des actions de prévention - de 30 à 2 000 salariés, il est impossible d'établir un lien de causalité entre la taille de la structure, la présence de RPS et sa prise en charge.

à libérer la parole des intervenants afin de révéler des difficultés, d'échanger avec les collègues. Cette action témoigne de la prise de conscience d'une part des difficultés rencontrées par les intervenants et d'autre part, de la nécessité de verbaliser les émotions. Toutefois, dans le cas rencontré, on peut noter la présence systématique d'un supérieur hiérarchique, ce qui peut présenter l'avantage de faciliter la communication entre le responsable et son équipe ou, à l'inverse, freiner la liberté d'expression des intervenants entre eux. L'instauration de ce type de réunions suppose donc de bien en clarifier les objectifs.

- **La sensibilisation des salariés aux risques psychosociaux**, marquée ici par l'initiative la plus originale entreprise par les structures répondantes : une pièce de théâtre destinée à l'ensemble des salariés. Cette pièce met en scène quatre histoires relatant des situations de travail quotidiennes des intervenants à domicile. Ces situations de travail ont fait l'objet d'un travail d'écriture entre la direction de la structure et la compagnie de théâtre, intégrant ainsi plusieurs causes de risque - organisationnelles, relationnelles et inhérentes au métier. L'intérêt de cette pièce réside dans son caractère interactif : le public, composé de salariés, a la possibilité de prendre la place des acteurs pour rejouer la scène ainsi qu'il considère que devrait se dérouler la situation évoquée.

L'essentiel à retenir ...

L'identification et le repérage formel des risques psychosociaux n'est pas une démarche réellement engagée par les organismes. Des initiatives apparaissent néanmoins, contribuant ainsi à la prévention des risques professionnels.

Mais il conviendrait, pour aller plus loin, de s'assurer qu'elles l'ont été dans cet objectif premier ou qu'elles ont été conçues en tenant compte de ce risque. A défaut, le résultat escompté ne peut être obtenu.

III. Engager une démarche de prévention des risques psychosociaux

Mettre en œuvre une démarche de prévention suppose de se référer aux principes généraux de prévention. Pour rappel, toute démarche de prévention des risques professionnels doit être concertée. Elle suppose d'associer les acteurs de prévention internes (médecins du travail, membres du CHSCT ou délégués du personnel), des représentants des différentes catégories de salariés et de mobiliser les préventeurs externes (inspecteur et contrôleur du travail, service de prévention ou organismes de formation et d'ingénierie conventionnés avec les CARSAT, INRS, ARACT, etc.).

1. Les principes généraux de prévention des risques professionnels

Ils sont inscrits dans le code du travail (article L.4121-2) :

- éviter les risques,
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités,
- combattre les risques à la source,
- adapter le travail à l'homme,
- tenir compte de l'état d'évolution de la technique,
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas ou moins dangereux,
- planifier la prévention,
- prendre des mesures de protection collectives,
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Rappelons ici l'obligation pour tout employeur de rédiger le document unique d'évaluation des risques (DUER). Cet exercice, au-delà de l'aspect réglementaire, est un outil de dialogue social. Il permet à la structure d'engager une démarche globale de prévention mais également de traiter la question des conditions de travail des salariés,

d'arrêts de travail, d'absentéisme, de risques psychosociaux, etc.

Plus spécifiquement, la démarche de prévention des risques psychosociaux, telle que définie par l'INRS¹⁷, suit de façon schématique cinq étapes.

La démarche globale de prévention des RPS



Source : INRS

Le focus sera mis, dans les paragraphes qui suivent, sur l'identification des indicateurs de RPS et les préconisations d'actions de prévention. Rappelons que l'ensemble des étapes du schéma précédent sont décrites dans le guide de l'INRS référencé.

2. Le pré-diagnostic

S'inscrivant dans l'obligation générale d'évaluation des risques professionnels et de rédaction d'un DUER, cette étape consiste à recueillir des indicateurs de dépistage. L'INRS a établi une liste d'indicateurs, non limitative, permettant d'identifier d'éventuels risques psychosociaux. Ces indicateurs aident au dépistage et au suivi des situations à risque ou dégradées.

Les indicateurs de dépistage liés au fonctionnement de l'entreprise peuvent être regroupés en six catégories :

¹⁷ Dépister les risques psychosociaux – des indicateurs pour vous guider – Edition ED 6012- INRS, février 2010.

- 1- Indicateurs de temps de travail
- 2 - Indicateurs de mouvements du personnel
- 3 - Indicateurs de l'activité de l'entreprise
- 4 - Indicateurs des relations sociales
- 5 - Indicateurs de formation et de rémunération
- 6 - Indicateurs de l'organisation du travail

Les indicateurs en santé et sécurité peuvent être regroupés en sept catégories :

- 1- Indicateurs d'accidents du travail
- 2 - Indicateurs de maladies professionnelles
- 3 - Indicateurs de situations graves : cas de suicides ou de harcèlements avérés, etc.
- 4 - Indicateurs de situations de travail dégradées de type violences verbales
- 5 - Indicateurs de stress chronique
- 6 - Indicateurs de pathologies diagnostiquées et prises en charge
- 7- Indicateurs d'activités du service de santé au travail

Cette liste d'indicateurs peut être complétée par les travaux menés dans le cadre du réseau régional de prévention des risques dans l'aide et le soin à domicile animé par la CARSAT LR : une **liste d'indicateurs**¹⁸ spécifiques à ce secteur.

3. Quelques axes de prévention

3.1. La sensibilisation des futurs intervenants

Les contraintes inhérentes à ce métier doivent être préalablement connues et acceptées par le futur salarié pour qu'il puisse appréhender le travail plus sereinement. En ce sens, PLEIADES EMPLOI Services Hérault organise des réunions d'information auprès des candidats à l'emploi afin de les éclairer sur la réalité du métier, les conditions de travail et de rémunération, la formation, la diversité des tâches à effectuer, les différents types

¹⁸ <http://www.carsat-lr.fr/static/telecharge/entreprises/mission/indicateurs.pdf>

d'employeurs et de publics et la relation professionnelle.

3.2. L'information et l'intégration des nouveaux salariés

L'intégration du salarié dans la structure qui l'emploie présente de nombreux enjeux : humains d'abord, en permettant à l'individu de trouver sa place au sein de la structure (connaissance de sa mission, présentation à l'équipe, découverte d'un nouveau métier pour les débutants, adaptation au contexte particulier de son nouvel employeur, établissement de la relation avec les clients, découverte de nouvelles situations de travail, etc.) et économiques ensuite, en évitant le turn-over et en validant l'embauche en situation réelle (au cours de la période d'essai). L'information du salarié en constitue la première étape. Cela peut avoir lieu à travers un entretien ou une réunion d'accueil, un livret d'accueil du salarié, mais également une action de tutorat et de suivi.

3.3. La formation des salariés

La formation des dirigeants, en premier lieu, est la clé de réussite de toute démarche de prévention : la direction de l'établissement doit être sensibilisée à la démarche de prévention des risques psychosociaux, notamment du pré-diagnostic, afin d'impulser et de mener une action en la matière.

La formation du personnel d'encadrement ou de référent interne à la démarche de prévention des risques psychosociaux ensuite leur permet de savoir identifier les facteurs de risques et les effets sur la santé des salariés (stage à dominante connaissance), de connaître les modalités d'action et de participer à leur mise en œuvre (stage à dominante-action).

La formation du personnel d'intervention à domicile. L'élaboration de parcours de formation est une des préoccupations fortes des structures, comme en témoigne les résultats de l'enquête (cf.II, 2). Deux types de formations peuvent être proposés :

- la **formation qualifiante** (continue ou via la VAE) qui permet au salarié de développer les compétences nécessaires à l'exercice du métier

et de gérer les situations de travail. Il s'agit de formations certifiantes du secteur ou de formations spécifiques sur des thématiques comme l'accompagnement de publics fragiles, la communication, la gestion du temps, etc.

- la **formation spécifique** sur les risques professionnels du métier, dont les risques psychosociaux.

3.4. L'organisation du travail

Le secteur, caractérisé par son histoire récente aux origines caritatives et bénévoles, ne paraît pas bénéficier d'une « culture organisationnelle stabilisée¹⁹ » sur laquelle les professionnels pourraient s'appuyer. Plusieurs éléments d'ordre organisationnel peuvent faire l'objet de mesures de prévention.

Favoriser la communication interne

Exercer le métier d'intervenant à domicile est complexe, en témoignent les nombreuses contraintes citées précédemment. Il est nécessaire de privilégier l'échange et ce, à trois niveaux :

- la **communication descendante** – de la hiérarchie à l'intervenant – de toutes les informations relatives à la vie de la structure ou nécessaires à l'intervention auprès de chaque usager (état de santé, alimentation, équipements du logement, référent familial ou autre, etc). Ces informations peuvent être retranscrites dans une fiche de mission et transmises à l'intervenant à chaque prise de fonction.
- la **communication ascendante** par la transmission des informations au supérieur hiérarchique. Afin de ne pas gérer seul les situations difficiles et de prévenir l'isolement professionnel, il est nécessaire de favoriser la remontée des informations (dégradation de l'état de santé ou du logement de l'usager, réclamations, difficultés liées au planning, etc). La disponibilité du responsable hiérarchique, l'organisation de temps d'échange (entretien

¹⁹ Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent « auxiliaires de vie sociales », NS 257, INRS, décembre 2005.

en face à face, réunion de travail) et l'utilisation d'outils de communication interne (fiche navette par exemple) sont autant d'exemples facilitant cette remontée d'information et contribuant au soutien des intervenants.

- la **communication « horizontale »** entre intervenants : organiser un temps d'échange ou de groupe de parole pour favoriser l'expression, la mutualisation des pratiques, et alléger la charge affective et émotionnelle ; planifier des temps d'analyse des pratiques professionnelles avec l'appui d'un professionnel externe (formateur, psychologue du travail). Les objectifs sont généralement de pouvoir écouter et prendre la parole, prendre du recul, élargir les possibilités d'action dans son travail et enfin se soutenir mutuellement afin d'améliorer les relations professionnelles.

Développer le dialogue social

Le dialogue social est peu actif dans la branche, beaucoup de structures sont trop petites pour disposer d'instances représentatives du personnel (IRP). En ce sens, la nouvelle convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, est une avancée. Elle prévoit un système de dialogue social local et départemental.

La relation de travail avec les collègues

Il convient ici de créer et d'améliorer les relations de travail entre intervenants, en favorisant la création d'un collectif, en associant les représentants du personnel. Mais également en organisant les interventions en binôme ou les prestations qui supposent l'intervention consécutive de plusieurs professionnels : informer chacun d'entre eux sur la nature de la prestation et la répartition des tâches, favoriser la communication entre les intervenants via des outils de liaison.

La prise en compte du temps réel contribue à reconnaître la réalité du métier. Cela passe par l'analyse des temps de travail : temps de trajet,

pauses, « temps mort » entre deux interventions, temps administratif, temps de repas, réunion, etc.

Optimisation des interventions

Afin d'alléger la charge de travail, plusieurs solutions peuvent être apportées : alterner des interventions « lourdes » et des interventions « légères » pour chaque professionnel permet de réduire les risques physiques et psychologiques ; favoriser le travail en binôme dans les cas le nécessitant, et ce avec l'accord de la personne aidée.

L'augmentation de la durée du travail via l'optimisation du temps de travail (logiciel, formation à la gestion de planning, etc.), la diminution de la fragmentation horaire en réfléchissant à des passerelles d'emploi avec le milieu médico-social.

L'adéquation entre les compétences des salariés et la nature de l'intervention, entre les compétences acquises et celles attendues. Cela suppose de cibler les compétences et les qualités de l'intervenant et d'évaluer, idéalement au cours d'une visite à domicile, la demande et les besoins de l'utilisateur. L'évaluation des compétences professionnelles s'opère au cours du recrutement, de l'intégration et de l'évaluation professionnelle continue.

L'amélioration de la relation avec l'utilisateur

Aider les salariés à nouer des relations de travail saines avec les utilisateurs passe par plusieurs canaux dont deux clés : présentation réciproque entre l'intervenant et l'utilisateur, information de l'ensemble des protagonistes sur la nature et les limites de l'intervention.

3.5. L'adaptation des logements et des équipements

Le domicile de l'utilisateur est le lieu de travail de l'intervenant. Bien souvent, il supposerait d'être adapté pour répondre aux exigences de sécurité garantissant la réalisation de l'intervention dans les

meilleures conditions. Or, il existe des freins considérables à cette démarche du fait :

- De l'employeur qui manque d'information sur les équipements susceptibles d'améliorer les conditions de travail du salarié et sur les moyens de les financer,
- Du bénéficiaire réticent à voir son lieu de vie et ses habitudes modifiés.

Il existe néanmoins des solutions à mettre en œuvre à chaque niveau de responsabilité :

- la direction doit informer l'utilisateur, dès le début de la prise en charge, sur les conditions nécessaires au bon déroulement de l'intervention. Elle doit rappeler que le lieu de vie est aussi le lieu de travail de l'intervenant.
- les responsables de secteur doivent réaliser une évaluation à domicile de l'état du logement et des équipements. Ils doivent informer l'utilisateur des aides financières et techniques existantes.
- les intervenants à domicile doivent relayer l'information et sensibiliser l'utilisateur aux aides techniques et aux aménagements possibles, permettant à la fois d'améliorer les conditions de vie du bénéficiaire et les conditions de travail. Ils peuvent exiger des outils de travail adaptés et en bon état (aspirateur, fer à repasser, produits de nettoyage, gants de protection, etc.) et à défaut utiliser leur droit de retrait.

L'essentiel à retenir ...

La prévention des risques psychosociaux est un pan spécifique des risques professionnels et ne peut être appréhendée isolément. Evaluer les risques psychosociaux suppose d'engager une démarche plus globale de prévention des risques professionnels avec pour étape clef, le pré-diagnostic. Des pistes de travail doivent ensuite être engagées de manière à dépasser les seuls constats. Elles peuvent commencer dès la sensibilisation des futurs intervenants, pour se prolonger avec l'information et l'intégration des nouveaux salariés, la formation des professionnels, l'organisation du travail, etc. Une vigilance à avoir : la démarche de prévention doit être concertée pour en garantir ses effets.



Encadré 1

Définition du concept de prévention

En référence aux définitions de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), trois niveaux de prévention sont distingués :

- La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.
- La prévention secondaire est la prise en charge du problème au tout début de l'apparition du trouble qui peut être ainsi enrayé.
- La prévention tertiaire consiste quant à elle à essayer de réduire les dommages. Ce type de prévention intervient quand l'accident ou le drame est survenu, pour éviter la récurrence ou l'aggravation du mal.

Encadré 2

Sigles

- ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- BAD : Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile
- CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CSA : Conseil Sondage Analyses
- DIRECCTE LR : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
- DUER : Document Unique d'Evaluation des Risques
- INRS : L'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OSP : Organisme de services à la personne
- RPS : Risques psychosociaux

Encadré 3

Méthodologie

La taille et le choix de l'échantillon d'enquête

La taille de l'échantillon, définie dans la commande institutionnelle de la DIRECCTE UT34, se porte à cinq organismes.

L'échantillon d'enquête des OSP a été défini selon une méthode non-probabiliste à partir des critères de répartition identifiés dans la population-mère suivants :

- Statut juridique
- Effectifs salariés, calculés via la médiane
- Zone géographique d'intervention : *rural ou urbain*
- Non-appartenance au réseau régional de la CARSAT LR, *afin de nous adresser à des structures non sensibilisées aux RPS par ailleurs.*

L'échantillon d'enquête des intervenants à domicile se répartit comme suit :

- Des intervenants à domicile, salariés des OSP volontaires, sélectionnés en fonction du sexe, de l'âge, du niveau de qualification, de l'ancienneté (< 5 ans et > 5 ans)
- Des intervenants à domicile sélectionnés selon une méthode aléatoire et sur la base du volontariat dans la base de données de Pléiades Emploi Services Hérault (c'est-à-dire ayant trouvé un emploi auprès d'un OSP via notre service d'intermédiation en emploi). Ce panel d'enquête nous a permis de garantir la neutralité des propos recueillis, les personnes interrogées n'étant pas désignées ici par leurs supérieurs hiérarchiques mais sur la base du volontariat.

Encadré 4 _____

Polymorphie du panel des OSP et des salariés interrogés

Les organismes de services à la personne : statuts, effectifs, zones d'intervention

	Nombre d'organismes	Effectifs	Zone d'intervention
Entreprise	2	entre 1 et 11 salariés entre 12 et 471 salariés	Agde, Béziers, Montpellier
Association	2	entre 1 et 50 salariés entre 51 et 2251 salariés	
Etablissement public	1	entre 48 et 64 salariés	

Les salariés interrogés

	Intervenants à domicile (18)	Responsables de secteur (5)	Dirigeants (6)
Genre			
• Hommes	17%	0%	50%
• Femmes	83%	100%	50%
Age moyen	40 ans (de 21 à 66 ans)	39 ans (de 28 à 53 ans)	47 ans (de 30 à 60 ans)
Ancienneté (moyenne) dans la structure	1,9 an (de 1 mois à 12 ans)	4 ans (de 4 mois à 8 ans)	7 ans (de 12 mois à 17 ans)
• Inférieure à 5 ans	16	1	3
• Supérieure ou égale à 5 ans	2	4	3
Poste actuel	55,55% AVS 44,45% AAD	2 responsables de secteur 1 responsable d'agence 1 référent interne 1 assistant de secteur	2 directeurs 1 gérant 1 responsable de service 1 chargé de mission
Contrat de travail			
• CDI	83%	—	—
• CDD	17%	—	—
Niveau de qualification			
• Sans diplôme	5,5%	—	—
• CAP/BEP/DEVAS	33,5%	—	—
• Bac	28%	20%	—
• Bac +2	22%	60%	33%
• Bac +3	11%	—	—
• Bac +4	—	20%	33%
• Bac +5	—	—	33%
Nombre d'interventions hebdomadaires	[5;6]	—	—
Volume horaire hebdomadaire	27	—	—
Publics d'intervention		—	—
• Tous publics	55,6%		
• Publics dépendants et/ou handicapés	33,3%		
• Publics handicapés	11,1%		

Encadré 5

Sources

Les données utilisées dans l'étude sont issues des travaux et documents suivants :

- BARDIT, F. et al., Le travail d'aide aux personnes âgées – conditions de travail et santé perçue chez les aides soignants, agents de service, aides ménagères des maisons de retraite et des structures d'aide à domicile, Groupe Epidémiologie du département ASMT et CISME, Document n°17/1999.
- Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent « auxiliaires de vie sociales », NS 257, INRS, décembre 2005.
- Le stress au travail, sondage Réseau ANACT/CSA, avril 2009.
- Sinistralité 2008 du secteur de l'aide et du soin à domicile, direction des risques professionnels, CNAMTS, décembre 2009.
- Dossier Aide à domicile web, INRS, 2010.
- Dépister les risques psychosociaux – des indicateurs pour vous guider – Edition ED 6012- INRS, février 2010.
- Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008, Etudes et résultats, DREES, juin 2010.
- Liste des effectifs des organismes agréés de services à la personne dans l'Hérault, DIRECCTE, 2011.
- Données internes – Pléiades Emploi Services Hérault - activité 2011.
- Liste d'indicateurs de risques psychosociaux, *Mission Nationale Prévention des risques professionnels dans les métiers de l'Aide et du Soin à domicile*, CARSAT LR, mars 2011.
- La prévention en action, les aides à domicile, réseau de veille et de prévention des risques professionnels en PACA, NR.

Encadré 6

Pour en savoir plus

- De l'évaluation des risques au management de la santé et de la sécurité au travail, ED 936, INRS, 2004.
- Evaluation et prévention des risques chez les aides à domicile, documents pour le médecin du travail n°102, INRS, 2005.
- Organisation temporelle atypique du travail et gestion des risques professionnels, NS 261, INRS, juillet 2006.
- Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention, documents pour le médecin du travail n°106, INRS, 2006.
- Stress au travail, les étapes d'une démarche de prévention, ED 6011, INRS, 2007.
- Le point des connaissances sur le stress au travail, ED 5021, INRS, 2009.
- Guide des pratiques de prévention des risques professionnels, la prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile, UNA, Mutualité Française et Chorum, avril 2009.
- Aide, accompagnement, soin et services à domicile, obligations des employeurs prestataires, ED 6066, INRS, mars 2010.
- Repères pour évaluer et prévenir les risques psychosociaux dans le secteur médico-social, ARACT LR, URIOPSS LR, août 2010.
- Evaluation des risques professionnels, aider au repérage des risques dans les PME-PMI, ED 840, INRS, juin 2011.
- Catalogue de formations aux risques psychosociaux – INRS.

*un grand merci à
l'ensemble des
professionnels pour leur
participation à cette
enquête.*



Pôle de développement des services à la personne
Lauréat du Trophée Entreprendre autrement 2006
3 avenue Saint-Lazare – 34000 Montpellier – www.pes34.com
contact@pes34.com