



Dossier

AIDE ET SOINS À DOMICILE: PENSER À L'AUTRE, PENSER À SOI

❶ Quand le domicile privé est aussi un lieu de travail
P. 26

❷ Freins et leviers de réussite pour la mise en œuvre d'une démarche de prévention: retours d'expérience en Aquitaine
P. 29

❸ La santé et la sécurité du travail lors des soins à domicile au Québec
P. 34

❹ Pour une meilleure acceptation des aides techniques à domicile
P. 39

❺ Les émotions au travail des intervenants à domicile
P. 42

Deux millions de salariés se répartissent dans autant de foyers pour y apporter l'aide et les soins nécessaires au maintien des personnes à leur domicile. Si la qualité de la relation nouée avec les bénéficiaires est source de motivation, les intervenants se retrouvent souvent seuls face à la détresse physique et psychologique de ces personnes. Et sont soumis à des contraintes physiques qui engendrent maladies et accidents. Alors que le nombre de séniors dans la population française augmente et que les besoins en intervenants à domicile iront croissant, préserver leur santé et leur sécurité est un devoir. Les acteurs institutionnels et professionnels ont pris la mesure du défi à relever en mettant en œuvre différentes actions de prévention.

HOME HELP AND CARE SERVICES: THINKING OF OTHERS, BUT ALSO THINKING OF ONESELF - Two million employees work in as many homes to provide the help and care necessary for people to stay living at home. Although the quality of the relationship forged with the beneficiaries is a source of motivation, the help and care staff often find themselves having to cope alone in dealing with the physical and psychological distress of those people. Help and care staff are also subjected to physical stresses and strains resulting in diseases and accidents. With the increasing number of senior citizens in the French population, and the ensuing increase in the need for help and care staff, preserving the health and safety of such staff is essential. The institutional and professional stakeholders have taken the measure of the challenge to be taken up by implementing various risk prevention actions.

QUAND LE DOMICILE PRIVÉ EST AUSSI UN LIEU DE TRAVAIL

Dans le secteur de l'aide et du soin à domicile, l'intervenant travaille seul chez le bénéficiaire. D'où un enjeu de taille : comment veiller à la santé et la sécurité d'intervenants disséminés dans quelque deux millions de lieux de travail ? Portrait d'un secteur très particulier où, plus qu'ailleurs encore, les acteurs locaux de la prévention doivent agir main dans la main.

CAROLE GAYET

pilote de la thématique « Aide à la personne* » INRS, département Études, veille et assistance documentaires

* dont les experts INRS sont : Dominique Abiteboul, Marie-Cécile Bayeux-Dunglas, Patrick Bozier, Amine Fatmi, Stéphane Gille, Laurent Kerangueven, Marion Kerblat, Anne Le Roy, Jérôme Triolet, Corinne Van de Weerd

Le secteur de l'aide à la personne recouvre notamment l'aide et le soin à domicile qui emploient deux millions de salariés en France, pour des activités de garde d'enfants, de ménage, d'aide aux activités de la vie courante et de soins. Ce sont des activités dans lesquelles l'intervenant doit souvent affronter seul, au domicile de la personne, des situations difficiles tant sur le plan psychique que physique. Depuis 2006, le réseau Assurance maladie-Risques professionnels (AM-RP) s'est largement mobilisé au travers de la mission nationale de la CNAMTS et des Carsat, mais aussi grâce à des partenariats nationaux et locaux pour relayer les actions de prévention. Les acteurs et les modalités d'exercice des métiers de l'aide à domicile sont divers. L'emploi direct (contrat de travail entre un particulier employeur et un intervenant à domicile sans intermédiaire) représente 46% des heures rémunérées dans le secteur¹. Le mode prestataire (contrat de travail entre un salarié et une association ou une entreprise et contrat de prestation de services entre l'association ou l'entreprise et un particulier) et le mode mandataire (le bénéficiaire est l'employeur, mais il recourt à un organisme afin de se décharger de la gestion administrative) sont les deux autres modes de recrutement, avec respectivement 42% et 12% des heures rémunérées en 2013. En mode prestataire, les employeurs sont des associations (57%), des entreprises (32%) et des organismes publics (11%). Dans le soin à domicile, environ 30 000 salariés se répartissent dans plus de 2 000 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et 5 000 dans près de 500 centres de soins infirmiers (CSI). Ces métiers ont en commun de générer un nombre élevé d'accidents du travail et de maladies professionnelles (des troubles musculosquelettiques [TMS] essentiellement) liés principalement aux transferts des personnes (Cf. Tableau). Le travail requiert aussi des compétences émotionnelles complexes consistant tantôt à se forcer à exprimer des émotions positives, tantôt à dissimuler des expressions négatives,

comme l'illustre l'étude de cas menée par Corinne Van de Weerd (Cf. article « Les émotions au travail des intervenants à domicile », page 42).

Le réseau prévention fortement mobilisé

La mobilisation de la Direction des risques professionnels de la CNAMTS, à travers la création d'une mission nationale de prévention des risques professionnels dans l'aide et le soin à domicile, concomitamment à la création, par l'État, d'une Agence nationale des services à la personne, ont permis de créer un partenariat national et d'engager l'ensemble des Carsat et bien d'autres acteurs à se mobiliser en faveur de la prévention des risques professionnels dans ce secteur. Ceci s'est traduit notamment par la création du portail www.prevention-domicile.fr, propriété du groupe Ircem², qui réunit l'ensemble des supports d'information élaborés collectivement par les partenaires. La formation est aussi un volet crucial pour les professionnels du secteur du domicile (Cf. Encadré). C'est pourquoi un dispositif sur-mesure a été conçu par le réseau AM-RP avec les partenaires sociaux et les fédérations représentant les employeurs du secteur. Il s'adresse à l'ensemble des acteurs des structures d'aide et de soin, de l'intervenant à domicile à sa direction en passant par les responsables de structure et les infirmiers coordonnateurs.

Des partenaires relais de prévention

Pour autant, mettre en place des mesures de prévention ne s'avère pas aisé parce que le lieu de travail est aussi un domicile privé et que les salariés sont disséminés dans au moins deux millions de lieux de travail différents³. S'appuyer sur des partenaires qui eux aussi interviennent dans les domiciles permet de démultiplier les occasions de repérer les risques et de sensibiliser les bénéficiaires et leur entourage. C'est dans ce contexte que la Carsat Aquitaine, au sein de laquelle sont mobilisés le département d'action sociale et le département prévention des risques professionnels, mais



© Patrick Delapierre pour l'INRS

risques pour les aidés bénéficie donc directement aux intervenants. Parmi les acteurs du domicile, les ergothérapeutes ont pour mission d'évaluer et proposer des solutions pour préserver l'autonomie des personnes dans leur environnement quotidien. Ces professionnels devraient être sensibilisés à la prévention des risques pour les professionnels aidants et soignants grâce à un module de prévention des risques liés à l'activité professionnelle dans leur cursus de formation initiale. Sébastien Bayol, qui n'a pas attendu pour se former à cette spécialité, témoigne de tout l'intérêt de ce double regard dans son approche d'ergothérapeute au sein du Centre d'information et de conseil sur les aides techniques (Cicat) de Lattes dans l'Hérault (Cf. article « Pour une meilleure acceptation des aides techniques à domicile » page 39). Les aides techniques sont en effet essentielles dans ce secteur d'activité où les TMS sont la principale cause d'accidents et de maladies. Outre le fait de prévenir la perte d'autonomie en permettant à la personne aidée de continuer à se mouvoir seule, ces matériels viennent soulager la charge physique à laquelle sont soumis les salariés, contraints de soutenir, maintenir, soulever les personnes en l'absence de dispositif technique. Il peut s'agir d'une simple barre d'appui, d'une chaise de douche, d'un drap de glissement ou d'équipements plus conséquents tels que verticalisateurs, guidons de transfert, lève-personne ou lit médicalisé. Les réticences à leur implantation tiennent autant à l'image de handicap qu'elles soulignent du côté des personnes aidées et de leurs proches qu'à la méconnaissance de leur utilisation voire de leur existence de la part des professionnels.

aussi d'autres partenaires, a mis en place le programme « Aidants-aidés, une qualité de vie à préserver » (Cf. article « Freins et leviers de réussite pour la mise en œuvre d'une démarche de prévention: retours d'expérience en Aquitaine » page 29). En effet, l'activité professionnelle se déroulant chez les personnes aidées, il y a un double intérêt à prévenir les risques pour les bénéficiaires, car ces risques sont, pour la plupart, communs à ceux auxquels sont exposés les intervenants: se prendre les pieds dans un tapis, par exemple. La prévention des

La formation des futurs intervenants comme levier

Autre particularité de cette activité, lorsque le bénéficiaire de l'aide à domicile est aussi un employeur: il n'a pas toujours conscience de sa qualité

↓ **TABLEAU 1**
La sinistralité* dans le secteur de l'aide et des soins à domicile, comparée au secteur du BTP.

	AIDE À DOMICILE	CTN B** INDUSTRIES DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS	TOUS SECTEURS CONFONDUS**
Nombre de salariés	173 407	1 523 235	18 275 500
Nombre d'accidents de plain-pied (% du total des AT)	2 384 16%	9 683 10%	81 873 13%
Nombre d'accidents liés aux manutentions (% du total des AT)	8 197 55%	46 482 48%	308 597 49%
Nombre de maladies professionnelles	1 142	6 947	51 631
Nombre de maladies professionnelles Tableau 57*** (% du total des AT)	1 081 95%	5 309 76%	40 936 79,3%
Indice de fréquence IF = (nb des accidents en premier règlement/effectif salarié) x 1000	85,9	63,6	34

* Statistiques 2014 hors emploi direct code APE/NAF 8810A.

** Le CTN B est pris comme élément de comparaison ici, car il concerne un des secteurs où la sinistralité est particulièrement forte (Source: CNAMTS 2014).

*** Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail affectant épaule, coude, poignet, main, doigt, genou, cheville, pied.



ENCADRÉ

DES FORMATIONS CERTIFIÉES PAR LE RÉSEAU ASSURANCE MALADIE - RISQUES PROFESSIONNELS

• **Pour l'intervenant à domicile**
Formation « Acteur prévention secours – aide et soin à domicile (APS-ASD) » :
une double compétence « prévenir et secourir »

La compétence prévention vise à rendre tout intervenant à domicile capable de contribuer à la suppression ou à la réduction des risques professionnels auxquels il est exposé. Acteur de la prévention, il peut proposer des améliorations de ses différentes situations de travail et de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des personnes accompagnées. La compétence secours vise à rendre tout intervenant à domicile capable de développer un comportement adapté en cas de dysfonctionnement, d'incident ou d'accident sur son lieu de travail.

Formation « Acteur prévention des risques liés à l'activité physique dans le secteur sanitaire et social (Prap 2S) »

La formation Prap 2S vise à rendre tout soignant à domicile capable de contribuer à la suppression ou à la réduction des risques liés à l'activité physique auxquels il est exposé en proposant, de manière concertée, des améliorations techniques et organisationnelles. Elle a aussi pour finalité la maîtrise des méthodes de manutention des personnes accompagnées, au service de leur confort et de la prévention des TMS. Cette formation est préconisée pour les soignants déjà titulaires d'une compétence secours (formation aux gestes et soins d'urgence [FGSU]).

• **Pour l'animateur prévention (responsable de secteur, infirmier coordonnateur...)**

Chargé de l'animation de la démarche de prévention sous la responsabilité du responsable de structure, il conduit cette démarche en s'appuyant sur les retours des acteurs de prévention. Il bénéficie d'un accompagnement individualisé au sein de la structure dans le cadre de sa formation.

• **Pour le dirigeant de structure**
 Au regard des enjeux de la prévention des risques professionnels, la formation vise à permettre d'initier et piloter une démarche de prévention efficiente.

À noter : les formations sont dispensées par des formateurs formés et certifiés par l'INRS et ne peuvent être organisées que par des organismes de formation habilités par le réseau AM-RP. Pour connaître la liste des formations proposées et les modalités pratiques d'inscription, consulter les sites www.inrs.fr et www.forprev.fr.

d'employeur et des obligations de santé et de sécurité que ce statut lui impose envers son salarié. Il peut aussi avoir des difficultés d'ordre financier, juridique (locataire), voire physique ou psychologique pour aménager son lieu de résidence, évaluer et prévenir les risques professionnels de l'intervenant. La difficulté n'est pas moindre non plus pour l'employeur prestataire de services qui, contrairement à ce qui se passe au Québec (Cf. article « La santé et la sécurité du travail lors des soins à domicile au Québec » page 34), n'a pas de levier pour contraindre un bénéficiaire à acquérir équipements et produits ou à aménager son logement. Pourtant, alors que la population est vieillissante⁴ et désireuse de rester le plus longtemps possible à son domicile, l'enjeu de préservation de la santé et de la sécurité des intervenants à domicile est majeur. Pour sensibiliser les jeunes et les futurs entrants dans ce secteur d'activité, le réseau AM-RP a élaboré le dispositif pédagogique Synergie qui comprend deux volets⁵ : d'un côté, un accompagnement des enseignants des filières concernées pour sensibiliser leurs élèves à la prévention des risques professionnels et, de l'autre, un outil destiné à servir de support aux échanges entre un tuteur désigné dans

la structure d'accueil et l'apprenti ou le stagiaire. L'objectif est de repérer ensemble les situations de travail à risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle et d'identifier des pistes de solution à mettre en œuvre. Mieux préserver la santé et la sécurité des (futurs) salariés du secteur est l'une des voies pour rendre les métiers plus attractifs. En tout état de cause, eu égard au nombre croissant de personnes qui devront être accompagnées dans leur perte d'autonomie, mieux vaut préserver la santé des intervenants avant qu'ils ne viennent à leur tour grossir prématurément les rangs de ceux qui ont besoin d'être aidés dans les gestes de la vie courante. Comme en témoignent ceux dont c'est le quotidien, si l'aide et le soin à domicile recouvrent des « métiers de cœur », alors faisons en sorte de les aider à préserver le corps. ●

1. Dares Analyses n°009, février 2016.
2. Groupe de protection sociale des emplois de la famille et des services à la personne.
3. Dares Analyses n°009, février 2016.
4. Les personnes de 60 ans et plus représenteront plus de 30% de la population en France en 2040, soit 10 points de plus qu'en 2007 (Insee 2010).
5. Pour en savoir plus sur les dispositifs Synergie Accueil et Synergie Pédagogie, consultez le site www.inrs.fr.

FREINS ET LEVIERS DE RÉUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION: RETOURS D'EXPÉRIENCE EN AQUITAINE

La Carsat Aquitaine a mis en place en 2013 un programme d'amélioration des conditions de travail des aidants à domicile, axé sur la relation aidants-aidés. Grâce à des partenariats avec les acteurs locaux, publics et privés, de nombreuses actions de sensibilisation et de formation ont déjà été menées avec les structures d'aide et de soins à domicile. À travers des retours d'expérience de terrain, cet article montre quels sont les freins et les leviers de réussite pour mettre en œuvre une telle démarche.

SANDRINE PARADIS
ingénieur-conseil, Carsat Aquitaine

FRÉDÉRIQUE CAUMONTAT, JEAN-BAPTISTE BORTOLUZZI, JEAN-CHRISTOPHE DUTOYA
contrôleurs de sécurité, Carsat Aquitaine

Aidants-aidés, une qualité de vie à préserver: tel est l'intitulé du programme de prévention des risques professionnels mis en place par la Carsat Aquitaine en 2013, à destination des structures d'aide et de soins à domicile. Aujourd'hui, grâce à ce programme porté par l'ensemble des partenaires institutionnels locaux, l'action des préventeurs s'en trouve facilitée et démultipliée.

La prévention des risques professionnels est une préoccupation récente des structures d'aide et de soins à domicile. Et l'enjeu est de taille, car la survie d'une structure tient parfois à sa capacité à juguler l'absentéisme et les inaptitudes des salariés. La sinistralité de ce secteur d'activité est alarmante. Le taux de gravité est supérieur à celui du BTP (3,8 pour mille contre 2,7 pour mille dans le BTP) et l'indice de fréquence est même supérieur (85,9 pour le domicile contre 63,6 pour le BTP)¹. De plus, le service social de la Carsat a recensé de nombreuses désinsertions professionnelles liées aux inaptitudes prononcées dans le secteur. Autant de signaux d'alerte qui ont convaincu les différents services de la Carsat, celui de l'action sanitaire sociale comme celui de la prévention des accidents professionnels, de mener des actions communes.

C'est ainsi qu'a pu être expérimenté dès 2013 le programme « Aidants-aidés, une qualité de vie à préserver », piloté conjointement par Sandrine Paradis, ingénieur-conseil au service prévention, et Sylvie Berardi, responsable du service d'action sanitaire et sociale de la Carsat Aquitaine.

Un premier groupe de cinq structures en Dordogne

a testé la démarche, accompagné par le service prévention de la Carsat et par des experts de la prévention des chutes des personnes âgées: une ergothérapeute formatrice Prap 2S, un kinésithérapeute et un spécialiste prévention santé pour les seniors. Après plus d'un an d'expérimentation réussie, cette démarche a également été mise en œuvre dans les Landes auprès de quatre centres communaux d'action sociale (CCAS) ou centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) avec, comme porteur du programme, le centre de gestion des Landes et ses préventeurs. Actuellement, ce programme est en cours de mise en œuvre sur l'ensemble de la région Aquitaine.

En parallèle, dès 2013, les évaluateurs externes auxquels a recours le service de l'action sanitaire et sociale pour évaluer les besoins des retraités à leur domicile pour prévenir leur perte d'autonomie ont été sensibilisés aux risques à domicile et au bon usage de quelques aides techniques simples pour prévenir notamment les risques de chutes et faciliter le maintien à domicile.

Le cœur du programme

Le programme « Aidants-aidés, une qualité de vie à préserver » a pour objectif d'accompagner les structures d'aide et de soins à domicile dans leur démarche de prévention des risques liés à l'activité physique par l'amélioration des conditions de travail des aidants, en limitant leur exposition aux risques de troubles musculosquelettiques (TMS) et de chutes. Cette prévention passe aussi par la prévention des chutes des bénéficiaires à domicile.



Le programme comporte quatre grandes étapes :

- la formation de l'ensemble des acteurs de la structure d'aide à domicile : formation des responsables de structures aux étapes de la démarche, avec désignation et formation d'un référent « Aidant - aidé », formation des responsables de secteurs au repérage des risques à domicile, à la connaissance des aides techniques possibles, formation des intervenants à domicile sur le repérage des risques à domicile et l'utilisation d'aides techniques adaptées aux besoins ;
- le repérage des risques à domicile : réalisé dans les domiciles soit par la structure d'aide à domicile (cas simple), soit par des experts (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, ergonomes...) sur demande de la structure pour les cas complexes. Ces repérages permettent d'identifier des situations de vie et de travail à risque et de mettre en œuvre des actions de prévention telles que le recours à l'utilisation d'aides techniques pour la mobilisation des personnes. Ces aides bénéficient autant aux personnes âgées (facilitent leur autonomie, favorisent le maintien à domicile) qu'aux intervenants des services à la personne, dont les conditions de travail génèrent régulièrement troubles musculo-squelettiques et autres atteintes à la santé ;
- la mise en place de solutions adaptées, après analyse du besoin et test auprès des intervenants et des bénéficiaires. Ces solutions peuvent être d'ordre organisationnel (travail en binôme, intervention conjointe avec le service de soins infirmiers à domicile [SSIAD]...), technique (modification de l'habitat, aides techniques...) et centrées sur l'humain (formations spécifiques sur la prise en charge de bénéficiaires atteints de troubles cognitifs, formation à l'utilisation du matériel...);
- l'évaluation : après une période de test des mesures adoptées - au minimum un mois -, l'avis du binôme aidant - aidé est recueilli pour connaître le bénéfice perçu du point de vue de la sécurité et de la qualité des prestations.

Pour bénéficier des avantages du programme « Aidants - aidés », notamment des aides financières, la Carsat impose des prérequis aux structures d'aide et de soins à domicile.

Frédérique Caumontat, contrôleur de sécurité à la Carsat Aquitaine, explique que lorsque les structures reçoivent la visite des agents de la Carsat dans le cadre de ce programme, une grille d'autodiagnostic leur est remise afin d'évaluer leur niveau de sensibilisation à la prévention des risques professionnels. « *Souvent, elles le surestiment* », constate-t-elle. Cette grille, qui permet d'échanger pour faire émerger des priorités d'action et les formaliser dans un plan d'action, est conçue de façon à amener les structures à penser d'abord à leur organisation en prévention des risques professionnels, puis à s'engager dans une démarche globale. Par exemple, il

est demandé à la direction de désigner une personne compétente en santé et sécurité au travail, de rédiger des fiches de fonction des salariés, précisant pour chacun d'eux leur rôle en santé et sécurité au travail. Un livret d'accueil destiné aux nouveaux embauchés doit être commenté et remis systématiquement à chaque nouvel arrivant. Les structures doivent avoir complété leur document unique en s'aidant de la grille de repérage des risques et de la grille d'évaluation des contraintes². Pour cela, les Services interentreprises de santé au travail (Sist), partie prenantes du programme « Aidants - aidés », peuvent les accompagner. La démarche incite les employeurs à prendre en compte non seulement le salarié, mais la situation de travail. Elle doit les amener à penser : « *Il y a un accident, je peux agir, je peux le prévenir.* » Adhérer à la démarche de prévention implique également que les structures modifient leur approche qui se focalisait sur le bénéficiaire. Il est nécessaire de leur faire prendre conscience que le mieux-être du salarié est bénéfique à la qualité de l'accompagnement de la personne aidée. « *Si tous les prérequis ne sont pas remplis, mais qu'on les sent prêts, motivés, on les engage dans la démarche quand même* », précise Jean-Baptiste Bortoluzzi, contrôleur de sécurité à la Carsat. Ces prérequis pourront être acquis ensuite, en cours de programme.

Le programme inclut une journée de sensibilisation du référent désigné par la direction de la structure d'aide à domicile au programme « Aidants - aidés » et une demi-journée de réunion trimestrielle avec tous les représentants des partenaires de la démarche. Il comprend aussi le financement de l'animation de la démarche, estimée à 1,5 jour par mois, sous la forme d'un forfait (2000 € pour les structures de moins de 50 salariés et 4000 € pour celles de 50 à 199 salariés), pour organiser des réunions, choisir les aides techniques... La question des aides techniques à la mobilisation des personnes (lève-personne, drap de glissement...) s'est elle aussi imposée rapidement comme élément du programme. Alors qu'elles sont disponibles dans les établissements sanitaires et sociaux, pourquoi ne pas les mettre à la disposition des intervenants à domicile ? Il a donc fallu faire évoluer la connaissance des structures sur ce point pour qu'elles soient en mesure de faire le bon choix.

Des actions partenariales pour le financement et l'accompagnement

Pour mener à bien un tel projet, de nombreux acteurs financiers doivent unir leurs moyens. Au niveau de la Carsat Aquitaine tout d'abord, le service prévention soutient la démarche via des aides financières simplifiées ou des contrats de prévention, pour aider à l'animation de la démarche au sein des structures, la formation des acteurs, la réalisation de diagnostics à domicile et l'achat d'aides techniques. Le service d'action sanitaire et sociale soutient les

programmes de prévention et d'information auprès des bénéficiaires et l'achat de kits de prévention au domicile. La validation du programme ainsi que des points d'avancement réguliers sont présentés aux commissions prévention AT-MP et d'action sanitaire et sociale. Le programme de prévention est également abondé par l'ensemble des caisses de retraite (MSA, RSI).

Le Fonds national de prévention (FNP) de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) est aussi partie prenante de cette action. En effet, il s'agit d'un partenaire important des structures publiques d'aide à domicile, qui finance le temps d'animation des démarches de prévention.

En Gironde, où le programme est lancé depuis fin 2015 dans 27 CCAS du plus grand réseau public d'aide à domicile, le Réseau public départemental d'aide à domicile (RPDAD 33) met à disposition des structures ses ressources qualité et un ergonome pour accompagner ses adhérents. La Carsat Aquitaine a accompagné méthodologiquement le RPDAD 33 pour la mise en place de la démarche. Elle finance à 50% le poste d'ergonome sur un an et à 50% l'achat des aides techniques. Le FNP est le principal financeur de l'action. Dans le cadre d'une action collective, il permet à l'ensemble de ses adhérents une mise à niveau en prévention des risques professionnels (document unique [DU], livret d'accueil, repérage des risques...), la prise en compte du temps d'animation de la démarche dans les 27 structures et la réalisation des diagnostics à domicile par des spécialistes. Avec le soutien de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées³, le conseil départemental de la Gironde apporte le financement complémentaire pour les aides techniques. Quant aux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) de branches (Uniformation pour le secteur associatif), ils financent en partie le volet formation du programme. Le programme « Aidants-aidés » a aussi été présenté aux services de santé au travail d'Aquitaine qui, selon les besoins, accompagnent les structures sur les fondamentaux en prévention, notamment sur le DU, l'analyse des AT-MP...

Un diagnostic à domicile

Un « diagnostic prévention à domicile », réalisé par un expert, est déclenché lorsque l'intervention est jugée complexe par la structure d'aide à domicile du fait de l'habitat (encombré, exigü), des difficultés de l'intervention (complexité de la prise en charge, plainte des salariés, des bénéficiaires, des aidants naturels, presque accidents récurrents...) ou des difficultés de l'intervenant (restrictions d'aptitude...). Un groupe d'experts, réunissant ergonomes, ergothérapeutes, le service prévention de la Carsat et une chargée de projets nationaux aide et soins à domicile (Carsat Languedoc-Roussillon) est actuelle-

ment en train de mettre au point une méthodologie d'analyse qui prend en compte l'ensemble des dimensions de l'intervention à domicile: du point de vue du bénéficiaire, de l'aidant professionnel et du binôme aidant-aidé. Une synthèse sera proposée comprenant les outils des ergonomes pour l'analyse de l'activité de travail au domicile et ceux des ergothérapeutes pour l'analyse des besoins de la personne aidée, afin de maximiser les bénéfices de ce diagnostic pour le binôme. À terme, une formation sera proposée aux spécialistes ergonomes ou ergothérapeutes en charge de ces diagnostics.

Sensibiliser les acteurs aux risques de chute

Des actions de communication pour sensibiliser les différents acteurs aux risques de chute au domicile sont organisées par les partenaires institutionnels. Par exemple, des théâtres-forums d'une demi-journée ont été programmés au mois de mai 2016. Organisés par le service d'action sanitaire et sociale de la Carsat et une complémentaire santé-AG2R La Mondiale-, ils sont une illustration de la convergence d'action. Les aidants professionnels et les bénéficiaires ont participé à l'écriture du scénario et la pièce a été jouée par une compagnie de théâtre. À l'issue de la représentation, qui met en scène trois situations de chute au domicile, un débat a été organisé afin d'établir ou de rétablir le dialogue entre les protagonistes autour de la chute à domicile, ses conséquences et les moyens de prévention.

La convergence des actions de prévention auprès des bénéficiaires, aidants naturels et professionnels sur un même territoire permet de renforcer l'impact de l'action auprès des différentes cibles.

Les réalités du terrain

« On est bien accueillis par les structures, les outils les intéressent, on est même parfois surpris de constater qu'ils ont lancé des expérimentations sans même avoir attendu qu'on les accompagne », s'enthousiasme Jean-Christophe Dutoya, contrôleur de sécurité à la Carsat Aquitaine. « Grâce au volet formation du programme « Aidants-aidés », on est en contact direct avec les salariés, sauf si les structures ont un CHSCT », se réjouit Jean-Baptiste Bortoluzzi car, le plus souvent, les agents des caisses ne sont en contact qu'avec les responsables de structure.

Ce secteur d'activité n'est pourtant pas facile à appréhender, car il recouvre des réalités d'activités multiples. En effet, il faut distinguer l'aide à domicile, qui peut inclure du ménage, l'aide à l'informatique ou aux devoirs, de l'aide à la personne dont les enjeux diffèrent et requièrent des compétences particulières de la part des salariés. Certaines structures sont très spécialisées avec des compétences pointues dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées, des victimes de traumatismes crâniens... Or, le contenu de l'activité



influe nécessairement sur les enjeux de la prévention des risques professionnels.

Les modes d'activité sont également variés: l'associatif, avec de toutes petites structures ou de très grandes, le secteur public (CCAS), le secteur marchand, avec des filiales de groupes sans aucune marge de manœuvre, ou les franchisés qu'il est plus aisé de mobiliser. Il existe aussi les statuts de prestataire et de mandataire ainsi que l'emploi direct. De plus, on peut noter des écarts entre les tâches à réaliser par les salariés, telles que mentionnées dans le contrat de prestation liant la structure à la personne aidée, et celles qui sont effectivement réalisées, comme aller chercher du bois au fond du jardin ou faire un peu de jardinage, voire pratiquer des actes médicaux. Il est important d'évoquer un « glissement » de tâches entre les aidants et les soignants, générant une réelle souffrance chez les aidants qui redoutent les conséquences d'une erreur de leur part pour le bénéficiaire.

La prévention, outil économique et social

Réussir à mettre en œuvre la prévention des risques professionnels dans ce secteur est un enjeu majeur. Il en va de la survie de certaines structures d'aide à domicile, car prévenir les AT/MP permet de maintenir et de remettre des salariés au travail. L'absentéisme pèse sur la situation économique des structures et leur qualité de service. En Aquitaine, le taux d'absentéisme est en moyenne de 15%. Or, il est établi qu'un taux de 17% est alarmant et que s'il atteint 20%, une structure ne peut plus fonctionner normalement. Le taux de cotisation accident du travail est passé de 1,70% en 2012 à 3,30% en 2016⁴. Cet enjeu humain et social est amplifié par le fait que, dans ce secteur, un salarié déclaré inapte retrouve rarement un emploi. Le coût moyen d'un licenciement pour inaptitude est de l'ordre de 30000 euros. Les difficultés financières dans cette activité sont une dimension qui ne peut être négligée. « Ça va coûter combien? », « Quel sera le reste à charge pour notre structure? », telles sont les questions récurrentes », indique Jean-Baptiste Bortoluzzi. L'argent reste le nerf de la guerre, particulièrement dans ce secteur d'activité.

En parallèle, ce milieu connaît des évolutions organisationnelles importantes: « Le conseil départemental demande aux structures de se regrouper avec des budgets beaucoup plus tendus et des difficultés de maintien de certains postes qui impactent l'organisation du travail », regrette Frédérique Caumontat. S'ajoute à ce contexte la réforme de la formation continue qui revoit certains budgets à la baisse. « Dans ce contexte, nos incitations financières doivent être adaptées au secteur, avec un soutien à l'animation des démarches de prévention et une synergie des financements pour rendre cohérents les différents programmes d'action entre partenaires, explique

Sandrine Paradis. Les orientations de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement vont dans le sens de notre programme d'action, avec l'incitation des actions de prévention auprès des seniors, l'amélioration de l'habitat et la plus large utilisation des aides techniques, l'obligation d'évaluation interne et externe pour les services autorisés⁵ incluant un volet prévention des risques conséquents. De même, les orientations de la CNSA vont dans le sens d'une plus grande professionnalisation des structures d'aide à domicile et des intervenants à domicile. Au niveau des départements, la conférence des financeurs et les conventions départementales de modernisation des services d'aide à domicile sont des instances stratégiques importantes pour porter politiquement et financièrement nos projets de prévention. »

Au sein de la Carsat Aquitaine, ce programme est porté par les instances dirigeantes, le président du conseil d'administration et sa directrice, qui ont présenté ce programme « Aidants-aidés, une qualité de vie à préserver » à chaque président de conseil départemental d'Aquitaine. Cet engagement est à la mesure du poids que représente le secteur de l'aide à la personne particulièrement prégnant dans le Sud-Ouest. La grande région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin est celle où le taux de seniors de plus de 75 ans est le plus élevé de France et en constante progression. Ils sont 10,6% en Aquitaine, 11,6% en Poitou-Charentes, 13,4% en Limousin. Parallèlement, l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile représente plus de 6% de l'emploi salarié (de 6,2% en Aquitaine à 6,7% en Limousin).

En Aquitaine, avec 19 structures déjà engagées dans le programme « Aidants-aidés » et 35 nouvelles prévues en 2016, 345 intervenants à domicile formés, 189 diagnostics réalisés et 539 aides techniques achetées, le projet est bien avancé aujourd'hui. Et ce grâce au travail de maillage préalable, initié par la Carsat, qui a grandement facilité l'action des agents auprès des nouvelles structures approchées, lesquelles étaient souvent déjà sensibilisées ou en avaient déjà entendu parler. ●

1. Source: CNAMTS 2014 (Code NAF 8710A et CTN B).

2. Ces documents sont téléchargeables sur www.prevention-domicile.fr

3. Cette instance départementale, qui réunit les régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, les institutions de retraite complémentaire, les organismes régis par le Code de la mutualité et l'Agence nationale de l'habitat, sous la présidence du président du conseil départemental et la vice-présidence du directeur général de l'agence régionale de santé, a pour mission de coordonner les actions et financements de ces partenaires au niveau local. Elle permet d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.

4. Source: Carsat Aquitaine.

5. Dans le cadre de l'autorisation d'exercice délivrée par le Conseil départemental, celui-ci fixe le tarif que la structure est autorisée à pratiquer.

FOCUS SUR...

Témoignages d'acteurs du programme « Aidants - aidés »

Sylvie Berardi, responsable du service Action sanitaire et sociale de la Carsat Aquitaine

« La Carsat, qui a notamment pour mission d'assurer le "bien vieillir" des retraités relevant du régime général de la Sécurité sociale, finance une partie des prestations que les structures d'aide à domicile assurent auprès de ce public. Or, le lieu de vie du bénéficiaire est aussi un lieu de travail pour les intervenants à domicile. Les actions en faveur des seniors profitent aux salariés et inversement; c'est le cas, par exemple, de la prévention des chutes. C'est pourquoi les services de prévention et d'action sociale de la Carsat ont élaboré conjointement une démarche structurée de prévention au domicile afin d'aider les employeurs à prendre le temps de réfléchir sur les moyens d'améliorer la qualité de service grâce à des salariés dont la santé et la sécurité sont mieux protégées. En filigrane, c'est aussi un changement culturel qui se joue dans l'appropriation des aides techniques comme véritable atout, tant de la prévention de la perte d'autonomie que des accidents du travail et des maladies professionnelles. »

Corinne Virol, directrice de la fédération ADMR Dordogne

« L'ADMR Dordogne, réseau associatif de service à la personne, forme depuis longtemps les salariés des structures qu'elle fédère. Malgré cela, la sinistralité reste élevée. Nous avons donc signé avec la Carsat un premier contrat de prévention fin 2014 incluant le financement partiel d'une formation à la prévention des risques professionnels et d'aides techniques pour les salariés ayant une activité de ménage. L'une des deux structures concernées était très engagée: elle a formé 100% de ses salariés. Des kits de petites aides techniques (balai avec manche télescopique...) ont été mis à la disposition de chaque structure. Le but est de les faire connaître aux personnes aidées et de les faire essayer, tout en soulageant physiquement les salariés lors des mobilisations. En 2016, un nouveau contrat de prévention a été signé pour quatre autres structures. Un responsable de secteur suit la formation de formateur Acteur prévention secours (APS) - Aide au soin à domicile (ASD) pour accompagner l'ensemble des six structures du département. »

Hélène Tap, pilote du programme « Aidants-aidés, une qualité de vie à préserver » au Centre de gestion de la fonction publique territoriale des Landes (CDG 40)

« Dans beaucoup d'Ehpad et de services à domicile

relevant de la fonction publique territoriale, le taux d'AT/MP est particulièrement élevé. Il nous est donc apparu nécessaire de mener des actions de prévention. La Carsat, avec laquelle nous nous associons depuis 2008 pour réaliser des interventions communes dans les structures, nous a transmis ses outils et informations que nous avons adaptés aux spécificités de nos CCAS/CIAS. Ainsi, nous avons pu les accompagner dans la mise en œuvre du plan d'action du document unique et les aider à prévenir les risques liés à l'activité physique, notamment en les sensibilisant à l'utilisation des aides techniques. De 2012 à 2014, quatre structures étaient en phase d'expérimentation. Depuis 2016, six CCAS/CIAS sont impliqués. Il existe des prérequis pour bénéficier du dispositif d'accompagnement: que le DU soit établi et mis à jour, qu'un porteur du projet soit désigné en interne, le plus souvent un responsable de secteur, ainsi que des assistants de prévention et des agents qui puissent relayer l'action. Les retours sont positifs: les services évoquent une meilleure cohésion d'équipe, la reconnaissance du travail et, pour les infirmiers coordonnateurs, la complémentarité des expertises avec l'ergonome. Ce projet a vocation à être mis en œuvre dans l'ensemble des CCAS/CIAS du département des Landes d'ici à 2018. »

Frédérique Herment, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) de Lauzun (Lot-et-Garonne)

« Nous avons signé un contrat de prévention avec la Carsat Aquitaine en mars 2015, qui a permis que les 30 salariés (intervenants à domicile et personnels administratifs) soient formés la même année. Cette formation de 21 heures incluait le recyclage Certificat prévention secours (CPS), le kit Carsat, des exercices de manutention avec port de combinaison simulant certains effets du vieillissement (baisse de la vue, de l'agilité...) et une demi-journée sur la prévention des chutes. Un second volet du contrat de prévention comprenait l'achat de matériel (drap de glisse, barre d'appui...) prêté aux usagers pour les inciter à les acquérir. Les salariés font désormais des propositions et se sentent acteurs de leur prévention, ils sont des relais et des sentinelles. À leur initiative, des interventions se font parfois en binôme avec d'autres professionnels intervenant à domicile (SSIAD, infirmière libérale). Si le coût de la prévention est élevé au départ, nous en recueillerons les bénéfices plus tard. C'est un investissement en temps et en énergie pour amorcer la démarche mais, au final, chacun en sort gagnant. » ●

LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL LORS DES SOINS À DOMICILE AU QUÉBEC

À travers les divers éléments qui composent une situation de soins à domicile (les personnes, les tâches, l'environnement, les équipements et les pratiques organisationnelles), cet article présente les situations de travail rencontrées, les risques qu'elles comportent et des exemples de pistes de solution mises en œuvre au Québec.

JULIE BLEAU
conseillère
en santé
et en sécurité
du travail,
Association
paritaire pour
la santé
et la sécurité
du travail
du secteur
affaires
sociales
(ASSTSAS),
Québec

Au Québec, les soins à domicile sont dispensés selon des politiques fixées par le gouvernement provincial. Ce dernier dicte l'offre de services et la charge de travail du personnel, alloue les budgets et détermine les outils de prise en charge et de suivi des clientèles. Le Québec étant subdivisé en régions administratives, cette offre de services est coordonnée par des Centres locaux de services communautaires (CLSC). Les soins à domicile s'adressent, après évaluation, à toute personne, indépendamment de son âge, présentant des incapacités permanentes ou temporaires pour lesquelles elle doit recevoir à domicile une partie ou la totalité des soins dont elle a besoin¹. Ils peuvent comprendre des soins médicaux et infirmiers, des services psychosociaux, de réadaptation et de nutrition. Les soins requis sont liés à différentes situations:

- perte d'autonomie due à une maladie chronique ou au vieillissement;
- déficience physique, intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme;
- suivi post-opératoire ou post-hospitalisation;
- soins palliatifs.

Au sein des CLSC, les effectifs sont composés en grande majorité d'auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS) et d'infirmières² (Cf. Encadré 1). La répartition des tâches prévoit que les ASSS effectuent les soins d'hygiène (baignoire, cabine de douche, lavabo, lit), l'habillage et l'assistance aux déplacements. Les infirmières effectuent des suivis post-opératoires, changent des pansements complexes et administrent de la chimiothérapie ou de l'antibiothérapie. Une équipe multidisciplinaire évalue les besoins du client, planifie et coordonne les services et réévalue les besoins.

L'ASSTSAS, un organisme dédié à la prévention

L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) est

un organisme dédié à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles au sein du réseau de la santé et des services sociaux³. Depuis 37 ans, elle délivre des informations, des formations, des conseils et de l'assistance technique pour éliminer, sinon contrôler efficacement les risques présents dans les milieux de travail. Son équipe de vingt conseillers soutient les représentants des établissements à travers leurs diverses démarches de prévention. À ce titre, les conseillers sont sollicités pour analyser, entre autres, les risques vécus à domicile et pour identi-

ENCADRÉ 1 EFFECTIFS EN CLSC

Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, il y avait 6 226 ASSS en activité au 31 mars 2014, dont 3 000 à temps complet régulier. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, il y avait 3 115 infirmières à domicile au 31 mars 2015, dont 2 180 à temps complet.

fier des améliorations afin de sécuriser le travail. Pour soutenir l'ensemble de ces interventions, l'ASSTSAS a développé un cadre théorique appelé « approche globale de la situation de travail ». Ce dernier aborde une situation de travail dans toute sa complexité et sa diversité, en considérant l'ensemble des liens entre les différents éléments qui la composent (Cf. Encadré 2).

Il ressort ainsi des repères pour communiquer et identifier l'ensemble des solutions à mettre en place pour assurer une prévention durable. Les professionnels de la prévention ont donc tout avantage à s'inspirer de cette approche (Cf. Encadré 3).

ENCADRÉ 2

L'APPROCHE GLOBALE DE LA SITUATION DE TRAVAIL

Dans une situation de travail, des personnes réalisent des tâches dans un environnement, avec des équipements et dans un temps donnés, le tout déterminé par des pratiques organisationnelles.

Exemples de questions aux travailleurs pour identifier les éléments à risque:

• **Tâches**

Quelles sont les tâches effectuées? Au quotidien et de façon occasionnelle? Quelles sont les méthodes ou les techniques de travail en usage?

• **Personnes**

Avec qui y a-t-il des interactions au

travail (clients, visiteurs, collègues, intervenants externes, bénévoles)?

Ces personnes ont-elles des caractéristiques particulières pouvant entraîner des risques (ex.: perte d'autonomie, agressivité)?

• **Équipements**

Quels sont les équipements utilisés pour les tâches à domicile? Sont-ils fonctionnels, en bon état, disponibles?

• **Environnement**

Comment est l'aménagement de l'espace: encombré, chaud, froid, bien éclairé, qualité de l'air, état du plancher, bruit?

• **Temps**

Certaines activités ou tâches doivent-

elles être réalisées à un moment précis? Les clients ont-ils des besoins à des heures précises? La durée prévue pour une tâche correspond-elle au temps réel nécessaire pour l'effectuer? Y a-t-il des moments de la journée où le risque de blessure est plus élevé?

• **Pratiques organisationnelles**

Quelles sont les activités de prévention mises en place par l'organisation? Quel est le suivi à la suite d'un événement accidentel? Y a-t-il des politiques et des procédures en prévention? Est-il possible de faire part au supérieur immédiat d'une situation dangereuse?

Les risques du métier

Au Québec, les principales tâches effectuées dans le cadre du maintien à domicile consistent en des soins d'hygiène et des déplacements de clients. L'encadré 4 présente les risques potentiellement rencontrés à domicile. Par exemple, les soignantes font des efforts d'assistance pour aider un client à entrer ou à sortir de la baignoire, des efforts de retenue à l'occasion d'une perte d'équilibre du client, des flexions et des torsions du dos à cause des baignoires basses et des petites salles de bain... À ces risques s'ajoutent des efforts et des mouvements répétés des bras et des poignets, des flexions du cou et des postures accroupies ou agenouillées, qui peuvent, à la longue, provoquer des troubles musculosquelettiques.

Des données fournies par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) nous apprennent qu'en 2013, le nombre de lésions indemnisées était de 5,85 pour 100 ASSS (équivalent temps plein).

Les tableaux 1 et 2 présentent les accidents du travail reconnus et indemnisés ayant entraîné au moins un jour d'absence au travail, selon les causes d'accidents et les sièges de lésions les plus fréquents chez les ASSS. Ainsi, 31,8% des accidents surviennent à la suite d'un effort excessif, 31,1% en raison d'un mouvement du corps (se pencher, se tordre, s'étirer). Le dos est blessé dans 39,2% des cas. En analysant les causes, on constate peu de différences chez les soignantes jeunes et celles plus âgées, sauf pour la survenue de chutes et les actes violents subis (Cf. Tableau 3).

Les éléments de la situation de travail

Comme le montre la figure 1, la situation de travail comporte plusieurs dimensions: les personnes

(soignantes et patients), les tâches, le temps, l'environnement et les équipements.

Les soignantes et les patients

Depuis plus de trente ans, l'ASSTSAS enseigne les Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Cette formation de sept jours est délivrée à des soignantes d'établissements de santé qui deviennent ensuite elles-mêmes formatrices. Elles dispensent à leurs collègues une formation PDSB pratique de deux jours axée sur les principes de sécurité exploitant la communication, l'information et la stratégie plutôt que la force physique. Les objectifs de la formation visent l'analyse des composantes des différents déplacements de patients et l'identification des aspects non sûrs, le choix de méthodes sûres et efficaces en fonction des possibilités et des limites de la situation de travail. Les PDSB sont aussi intégrés dans les formations professionnelles proposées par le ministère de l'Éducation du Québec. Ainsi, toutes les étudiantes en santé reçoivent les mêmes messages et apprennent les mêmes méthodes de travail. Dans les écoles, des salles de bain-laboratoires sont aménagées et équipées conformément aux politiques de dispensation de services des CLSC.

Le Québec compte 1531 formateurs et formatrices PDSB actifs et dûment formés par l'ASSTSAS, qui forment en continu les soignants de leur établissement. Plusieurs d'entre eux disposent, au CLSC ou à l'hôpital, d'un local équipé (lits, leviers, fauteuils roulants, parfois baignoire) pour réviser les enseignements. De plus, les travailleurs peuvent prendre rendez-vous avec leur formateur pour simuler des soins problématiques et chercher des méthodes de travail



ENCADRÉ 3

AVANTAGES DE L'APPROCHE GLOBALE DE L'ASSTSAS

1. Traquer les risques et dangers

Analyser chacun des éléments en relation les uns avec les autres permet de faire ressortir les risques. Par exemple, un lève-personne qui ne passe pas sous le lit, une situation qui rend la clientèle plus dépendante, une autre qui conduit à un manque de connaissances pour le personnel, le temps qui fait son œuvre (vitesse d'exécution, délais d'attente, etc.).

2. Remonter à la source du problème

Les problèmes d'aujourd'hui s'avèrent parfois nos solutions d'hier. D'où l'expression: « *On a toujours fait ça comme ça!* » Par exemple, dans les années 1980, les infirmières exigeaient qu'on soulève les patients plutôt que de les glisser dans leur lit pour prévenir les esquarres (on ne possédait pas de surfaces de glissement), parce que glisser « défaisait » les lits (pas de draps-housses, que des draps plats) et parce que les matelas ne tenaient pas en place sur la base du lit (absence de butées latérales sur les montants du lit).

3. Générer des options de solution

La prévention consiste à appréhender les risques et les dangers, mais elle vise surtout à trouver des moyens pour les endiguer. Une bonne solution élimine ou contrôle le danger ou le risque de façon durable, ne crée ni effets pervers (dysfonctionnement de la situation de travail) ni autres dangers, est acceptable pour toutes les personnes concernées, est réalisable et réaliste.

4. Prévoir et éviter les effets pervers

L'introduction de l'ergonomie et de l'approche globale a largement enrichi les pratiques de conseil en santé et en sécurité du travail. L'ergonome vérifie la sécurité non seulement d'une situation de travail visée par un changement, mais aussi de celles qui sont situées en amont, en aval et en périphérie. Ainsi, il mesure les impacts sur l'ensemble de la situation de travail.

5. Identifier les besoins de soutien au changement

Tout changement (même souhaité) génère du stress, requiert une adaptation et de l'apprentissage. Il importe donc de consulter les personnes visées par le changement pour sélectionner des solutions efficaces et durables, estimer les impacts pendant l'implantation, choisir le soutien particulier à déployer pour traverser la période de transition (information, formation, supervision, réduction de cadence, coaching, etc.).

alternatives.

Par ailleurs, les soignantes doivent connaître la condition physique et cognitive du patient, ses besoins et son environnement. Ces connaissances cliniques leur permettent d'optimiser la participation du patient aux soins, de lui offrir le niveau d'assistance approprié, d'anticiper la charge de travail et de mieux s'ajuster en cas d'imprévu. De plus, la régularité du personnel auprès d'un patient et le fait de lui assigner une intervenante de référence facilite la transmission et la mise à jour des informations pertinentes liées aux soins.

La connaissance des patients permet aussi aux

équipes de se répartir équitablement la charge de travail en considérant que certains cas sont plus lourds physiquement et émotionnellement que d'autres.

Les tâches

Pour définir les services offerts à un patient, une intervenante du CLSC rédige un plan de travail qui indique la liste des tâches et la façon de les exécuter. La mise à jour du plan est importante afin qu'il coïncide toujours avec les besoins et les capacités du patient. Les ASSS apprécient d'être consultées lors des mises à jour des plans de travail liés à leurs patients. Cette participation au bien-être du patient contribue à donner un sens au travail, consistant ainsi en une mesure de prévention de la détresse psychologique des soignantes. Or, concrètement, en raison de leur charge de travail, les intervenantes accusent souvent du retard dans les mises à jour. Pour accélérer les révisions, elles escamotent les consultations, ce qui a un impact sur leur travail.

De par leur nature même, certaines tâches sont plus exigeantes physiquement pour le personnel (par exemple, enfiler des bas de compression, donner un bain dans un espace restreint, déplacer un lève-personne sur un tapis, etc.). Afin de limiter les postures de travail contraignantes, le cahier *Postures de travail sécuritaire à domicile et autonomie des personnes*, publié par l'ASSTSAS, est remis aux participants à la formation PDSB. Abondamment illustré, il présente différentes méthodes de travail (Cf. Figure 2).

Parmi les problèmes recueillis, le personnel soignant se dit essoufflé, la charge de travail ayant augmenté au cours des dernières années. Par exemple, des ASSS sont passées de quatre soins par jour à six, voire huit, et les patients présentent des pathologies plus graves. Au CLSC, une personne est responsable de la planification des horaires. Selon les ASSS, leur charge de travail quotidienne et hebdomadaire est mieux équilibrée lorsque cette responsable connaît bien les tâches à domicile (idéalement, lorsqu'elle les a déjà accomplies elle-même). Là encore, les ASSS apprécient d'être consultées sur la planification de leurs horaires et de leur trajet routier.

L'environnement et les équipements

Lors des soins à domicile, le milieu de vie du client devient le lieu de travail de la soignante. Puisque chaque domicile diffère, la soignante doit faire preuve d'une grande capacité d'adaptation. L'état et l'aménagement du domicile (encombrement, insalubrité⁴, présence d'un animal) conditionnent les activités de travail. Par exemple, l'encombrement oblige la soignante à adopter des postures contraignantes, sources d'inconfort et de douleurs, pouvant éventuellement entraîner des accidents ou des maladies professionnelles. L'accès difficile à la baignoire ou à la cabine de douche devient un obstacle important à l'autonomie de la personne dont la mobilité et

ENCADRÉ 4

LES RISQUES À DOMICILE

Principales tâches de soins à domicile:
Soins d'hygiène et déplacements des clients

Risques potentiels pour la santé et la sécurité du travail:

Accidents de la route

Agressions/Violence

Chutes et glissades

Contacts avec des liquides biologiques

Contraintes thermiques (et intempéries selon les saisons)

Coupures, brûlures, abrasions, dermatites

Détresse psychologique

Efforts excessifs, postures contraignantes

Maladies infectieuses

Parasites (punaises de lit, poux, vermine)

l'équilibre sont diminués. Il s'agit également d'une cause reconnue de chute, autant pour le client que pour l'ASSS.

L'ASSTSAS publie des brochures⁵ afin de soutenir les gestionnaires et les soignantes dans le choix des aménagements et des équipements qui favorisent la santé et la sécurité du travail, tout en maintenant l'autonomie des clients.

Au Québec, un programme de financement public assure le prêt d'aides techniques à tous les clients devant recevoir des soins à domicile⁶. Pour la ville de Montréal, comptant 1,65 million d'habitants, le budget octroyé au programme des aides techniques pour l'exercice 2014-2015 a été de 1,2 million de dollars canadiens (soit environ 819 000 €)⁷. Les CLSC livrent les équipements et les installent à domicile. Lorsqu'ils ne sont plus utiles (évolution de la condition du client, décès), ils les récupèrent puis les nettoient, les désinfectent et les entreposent en vue d'une attribution à un autre client. Ainsi, un patient devant recevoir des soins au lit recevra un lit d'hôpital en cinq jours et en cas d'urgence, en moins de 24 heures. Dans le même ordre d'idée, il est reconnu dans l'ensemble des établissements de santé qu'il n'existe aucune méthode sûre pour relever manuellement un patient d'une baignoire. Ainsi, toute assistance pour l'hygiène au bain entraîne le financement et l'utilisation d'une aide technique (par exemple, chaise de bain, fauteuil de transfert, tabouret de douche, barres d'appui murales).

Les pratiques organisationnelles

Différentes pratiques organisationnelles soutiennent les interventions à domicile, en particulier les politiques et la tenue de réunions d'équipe. Les attentes et les exigences des patients ou de leur

CAUSE	FRÉQUENCE
Chute	20,6%
Effort excessif	31,8%
Mouvement du corps	31,1%

↑TABLEAU 1 Causes d'accidents chez les ASSS.

SIÈGE DE LÉSION	FRÉQUENCE
Cou	4,7%
Dos	39,2%
Épaules	8,8%

↑TABLEAU 2 Sièges des lésions chez les ASSS.

CAUSE	18 - 44 ANS	45 ANS ET PLUS
Chute	15,0%	25,2%
Effort excessif	32,3%	31,3%
Mouvement du corps	33,1%	29,4%
Voie de fait et acte violent	7,5%	0,6%

↑TABLEAU 3 Comparaison des causes d'accidents entre les ASSS jeunes et âgées.

famille sont parfois irréalistes, voire dangereuses. Au début des années 1990, des CLSC ont commencé à se doter de politiques de dispensation de services sous conditions afin de protéger la santé et la sécurité des soignantes. Des règles écrites énoncent clairement les façons de faire et les rôles de chacun (gestionnaires, soignantes, patients, aidants naturels). Ces règles s'avèrent essentielles pour éviter les négociations ardues avec les patients. Par exemple, des politiques définissent l'aménagement des lieux, énoncent la manière dont les tâches sont offertes et listent les aides techniques exigées. Les patients et leur famille doivent s'y conformer sous peine de voir le soin différé, suspendu ou arrêté. L'accès à des informations cliniques relatives au patient et le partage d'expérience entre les intervenants s'avèrent cruciaux pour l'élaboration de

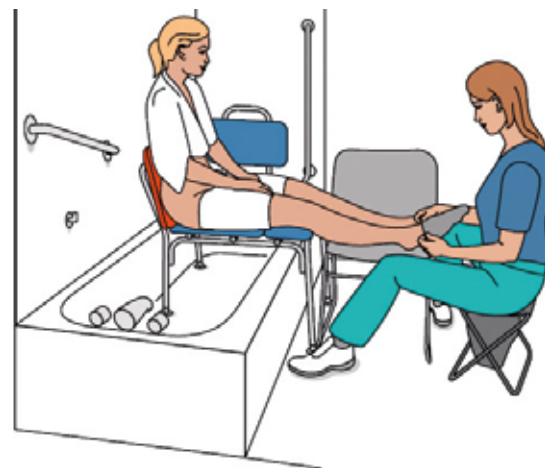
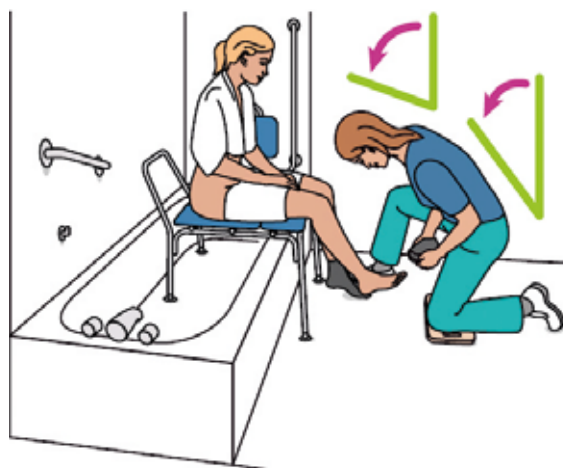


←FIGURE 1 Les pratiques organisationnelles prennent en compte différents éléments de la situation de travail.

© ASSTSAS



FIGURE 2→
Un exemple de méthode de travail confortable et sûre (image de droite) extraite de *Postures de travail sécuritaire à domicile et autonomie des personnes*. Ici, l'utilisation d'un tabouret permet d'effectuer l'hygiène des pieds en évitant les contraintes au niveau du cou et du dos de l'ASSS (image de gauche).



© ASSTSAS

stratégies de prévention. Or, certains ASSS déplorent les difficultés à échanger directement avec les professionnelles de leur CLSC. Pour prévenir l'isolement des soignantes et permettre la résolution des problèmes vécus aux domiciles des patients, des CLSC prévoient des moments de discussion formels et informels.

Les rencontres d'équipe permettent d'ajuster les pratiques et de s'assurer que les soignantes possèdent les compétences pour réaliser leur travail de façon sûre. Mais, au-delà des réunions administratives, il faut aussi planifier des réunions professionnelles ou

Structurer les activités de prévention

L'identification et l'évaluation des risques vis-à-vis de la santé et de la sécurité du travail constituent les premières étapes d'un plan d'action pour réduire voire supprimer les accidents du travail¹⁰.

Pour démarrer une réflexion, l'analyse de données sur les événements accidentels et l'absentéisme offre un portrait des risques qui se sont déjà manifestés aux domiciles des patients. Il faut aussi considérer les indices des risques silencieux, bien présents, mais qui n'ont pas encore généré d'accidents. Des documents, tels que des rapports d'inspection préventive, des déclarations de situations dangereuses ou des plaintes, sont utiles pour débusquer les dangers. De plus, consulter les soignantes, *via* des questionnaires ou des entretiens, permet de connaître les particularités et les difficultés de leur travail. Enfin, des observations de tâche et l'inspection des lieux améliorent la connaissance des réalités particulières des domiciles. ●

1. www.cssslaval.qc.ca/votre-sante-et-votre-bien-etre/soutien-a-domicile.html

2. Le genre féminin que nous utilisons dans cet article représente la réalité de ce secteur et ne vise qu'à alléger la lecture.

3. Pour en savoir plus, consultez le site de l'association: www.asstsas.qc.ca

4. ASSTSAS, Direction de la santé publique des Laurentides. Guide de prévention. Interventions à domicile. Situations d'insalubrité morbide, 2012, 62 p.

5. Par exemple, les brochures Organisation de la chambre pour les soins à domicile et Organisation de la salle de bain pour les soins à domicile, téléchargeables sur www.asstsas.qc.ca.

6. BLEAU J. Aides techniques à domicile: tout un défi! Objectif Prévention, 2005, vol. 25, n° 5, pp. 10-11.

7. Donnée transmise par le Service régional d'équipement et de fournitures pour le soutien à domicile en mars 2016.

8. CLOUTIER E. et al. Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Rapport de recherche R-429, 277 p., 2006.

9. CLOUTIER E., LEDOUX É. « La transmission des savoirs, au cœur de l'apprentissage du métier », Objectif Prévention, 2014, vol. 37, n° 1, pp. 6-7.

10. ASSTSAS, Guide de prévention. Identification et évaluation des risques, 2015, 73 p.



© ASSTSAS

Les soins d'hygiène font partie des tâches réalisées par les ASSS.

multidisciplinaires, permettant de diffuser des informations relatives à l'exécution des soins, de partager des connaissances sur des cas précis et d'évoquer des frustrations lors de situations difficiles, etc. L'établissement doit offrir des lieux physiques et planifier des horaires de travail permettant aux soignantes novices ou expérimentées de se rencontrer afin d'échanger sur leurs stratégies de prévention^{8,9}. Malheureusement, au Québec, les coupes budgétaires menacent ce type d'activités puisqu'elles ne constituent pas des services directs à la clientèle. Pourtant, elles sont cruciales pour la santé et la sécurité du personnel et la qualité des services offerts.

POUR UNE MEILLEURE ACCEPTATION DES AIDES TECHNIQUES À DOMICILE

Pallier les difficultés courantes des personnes à leur domicile en recourant aux aides techniques peut leur permettre de rester autonomes plus longtemps. Ces dispositifs sont aussi un moyen efficace de préserver la santé des intervenants à domicile. Mais, de part et d'autre, les réticences à leur utilisation existent. L'expérience d'un centre d'information et de démonstration dédié aux aides techniques montre qu'il est cependant possible de mieux les faire accepter tant par les patients que par les professionnels.

SÉBASTIEN
BAYOL

ergothérapeute
au Centre
d'information
et de conseil
sur les aides
techniques
(Cicat), Lattes
(Hérault) et
formateur de
formateurs
Prap 25

Une aide technique? Oui, pourquoi pas, mais souvent ce n'est pas beau, c'est cher et on ne sait pas quel système serait le plus adapté. » Telle est la remarque récurrente de visiteurs du Centre d'information et de conseil sur les aides techniques (Cicat) de Lattes dans l'Hérault. En effet, les personnes qui doivent être aidées à domicile sont souvent réticentes à l'installation d'une aide technique (Cf. Encadré 1) à leur domicile. Or ces aides sont souvent un moyen efficace de prévenir, chez les intervenants à domicile, les risques de troubles musculosquelettiques (TMS), dus à la fréquence et à la répétition des mouvements, et d'accidents à l'occasion des transferts de la personne aidée du lit au fauteuil, par exemple. D'où la nécessité de convaincre les bénéficiaires et leur entourage de l'utilité des aides techniques non seulement pour favoriser leur maintien à domicile, mais également pour protéger la santé de ceux qui viennent les aider.

Chez les bénéficiaires, choisir une aide technique adaptée à sa situation, trouver où l'acheter, savoir l'utiliser, pouvoir l'essayer, connaître les possibilités de financement... sont autant de questions régulièrement posées. Les réticences pour en acquiescer sont liées à plusieurs facteurs: leur coût, l'absence d'essai préalable, une réponse parfois trop standardisée et non adaptée au besoin de la personne, le temps de mise en œuvre à domicile (souvent dû à une mauvaise utilisation), mais aussi le déni de la diminution de l'autonomie. Les intervenants, quant à eux, ont compris l'intérêt des aides techniques pour préserver leur santé, mais ils les connaissent mal (quelles sont les plus récentes? les plus adaptées?) et ont besoin d'être guidés dans leur choix et dans leur utilisation.



© Gaël Kerbaol/INRS

ENCADRÉ 1

QU'EST-CE QU'UNE AIDE TECHNIQUE ?

Une aide technique est un « produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué tout spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap » (norme internationale ISO 9999).



C'est pour apporter une réponse pertinente à toutes ces interrogations, lever les réticences et dépasser les a priori négatifs, tant des bénéficiaires que des intervenants à domicile, que la mairie de Lattes dans l'Hérault a mis en place ce Centre d'information et de conseil sur les aides techniques, également appelé l'Étape (Cf. Encadré 2).

Fédérer, informer et former les intervenants à domicile

La nécessité de créer l'Étape s'est aussi imposée face à la multiplicité des intervenants à domicile et des réponses parfois divergentes apportées aux bénéficiaires. D'où l'objectif d'obtenir un consensus entre professionnels sur les aides techniques à proposer. S'il est plutôt facile à trouver en établissement, ce n'est pas le cas à domicile. Le médecin va recommander un type ou un modèle d'aide technique, le kinésithérapeute un autre, l'ergothérapeute probablement encore un autre, etc. En cause: une méconnaissance des matériels disponibles.

De fait, l'Étape est devenu un point de rencontre et d'échange entre les différents acteurs locaux du réseau de soin à domicile. Les professionnels libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthopédistes, médecins...) ont vite mesuré l'intérêt de faire appel à ce service pour pouvoir tester une aide technique avant de la prescrire, notamment à l'occasion de journées de démonstrations de produits. En effet, l'évolution technologique est si rapide qu'ils n'ont pas le temps de rechercher les matériels les plus innovants et les plus adaptés - ce qu'ils trouveront à l'Étape. En tant qu'ergothérapeute et formateur, j'ai pu intégrer, dans les formations Prap 2S que j'anime à l'Étape avec du matériel de démonstration, des éléments sur l'évolution des aides

techniques qu'il est important de prendre en compte. Par exemple, la mise en place de la sangle d'un verticalisateur fait appel à une gestuelle différente de celle requise pour utiliser un lève-personne. De même, je peux les alerter sur des aides techniques *a priori* intéressantes pour le bénéficiaire, mais au final trop encombrantes, difficilement utilisables voire inadaptées au maintien de l'autonomie des personnes (telles que les verticalisateurs de première génération).

Nous nous déplaçons également à domicile avec les intervenants pour leur montrer comment utiliser ce matériel. Cela représente une économie de temps pour eux, car ils n'ont pas à solliciter une nouvelle fois le distributeur médical qui, de surcroît, est un commerçant et non un clinicien. Il connaîtra donc moins bien les impacts sur l'évolution pathologique du patient. Quand j'interviens à domicile, j'en profite pour réunir les différents intervenants (infirmière, kinésithérapeute, membres de la famille...) pour qu'ils entendent tous le même message. Quant aux intervenants, ils n'hésitent pas à nous soumettre des problématiques spécifiques et à nous informer sur les capacités de la personne (valant cahier des charges), ce qui nous permet de leur proposer l'aide technique la plus appropriée au regard de la situation (compromis entre prix, ergonomie, facilité d'utilisation...).

La formation est l'un des moyens de vaincre les freins à l'utilisation des aides techniques par les professionnels. Elle leur permet de connaître les aides techniques existantes et de se familiariser à leur utilisation. Si l'on se réfère à la norme X 35-109 « Ergonomie - Manutention manuelle de charge pour soulever, déplacer et pousser-tirer - Méthodologie d'analyse et valeurs seuils » de 2011



Le lève-personne est une aide technique incontournable pour installer la personne dans son lit.

© Vincent Nguyen pour l'INRS

qui fixe les limites acceptables de port manuel de charges par une personne, on constate qu'il est souvent impossible de les respecter. Par conséquent, le recours à l'aide technique s'impose.

La formation leur permet également d'analyser l'environnement de travail, en prenant en compte le patient, mais aussi son entourage, son état psychologique, le milieu où l'activité se déroule, les obstacles, les aides éventuelles, humaines et matérielles. Cette compétence est un levier majeur pour prévenir les risques liés à l'activité physique.

Améliorer l'acceptation par les bénéficiaires

Afin de lever les réticences des bénéficiaires à utiliser les aides techniques pour se déplacer, plusieurs pistes sont à envisager :

- sensibiliser la personne en amont, avant que la perte d'autonomie ne s'installe, permet de mieux lui faire accepter ensuite une aide technique lourde telle qu'un lève-personne;
- proposer des aides techniques bien adaptées aux besoins. Pour ce faire, les fabricants doivent mieux comprendre l'impact d'une aide technique en conditions d'utilisation réelles. En effet, ils conçoivent souvent des systèmes techniquement très aboutis, mais parfois peu adaptés aux besoins. Pour ce faire, l'Étape travaille en collaboration avec certains fabricants et organise des tests de matériels par des utilisateurs (« patients experts ») à leur domicile;
- pouvoir essayer le dispositif, à l'Étape ou à domicile. À l'Étape, après avoir recueilli des informations sur l'âge du patient, sa pathologie et son impact sur l'autonomie, la présence éventuelle d'une aide humaine ou matérielle, les activités au cours de la journée, etc., nous lui faisons tester le matériel. Les équipements les plus demandés (manutention, transferts, déplacements) sont présentés dans un appartement pédagogique. Quand une personne a vu et essayé le matériel, elle est plus encline à l'accepter et donc à l'utiliser. Et cela, d'autant plus qu'elle aura pu le tester à son domicile. C'est pourquoi l'Étape prête du matériel aux intervenants pour qu'ils puissent le tester chez les personnes aidées, en conditions réelles;
- convaincre la famille ou l'aidant naturel car l'implantation d'une aide technique concerne autant le bénéficiaire que l'aidant. Ainsi, si le matériel est amené à être utilisé avec l'aide d'un tiers, il est indispensable que celui-ci participe aux essais;
- mieux utiliser les nouvelles technologies et les réseaux sociaux afin d'inciter les enfants de personnes âgées à s'intéresser de plus près à la démarche d'amélioration de l'environnement de leur proche. Par exemple, pourquoi ne pas prévoir que la notice d'un lit électrique soit téléchargée via un QR code inscrit sur les équipements et lue confortablement sur un smartphone? Cela

ENCADRÉ 2 L'ÉTAPE

Créé en 2009 à l'initiative de la commune de Lattes dans l'Hérault et de son centre communal d'action sociale (CCAS), l'Étape est un service public dédié aux aides techniques et aux solutions apportées par les nouvelles technologies en faveur du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie (personnes âgées ou en situation de handicap). Ouvert à tous, en accès libre et sans rendez-vous, fonctionnant sans visée commerciale, l'Étape s'adresse à la fois aux particuliers (personnes en perte d'autonomie et leurs aidants familiaux) et aux professionnels de santé et du maintien à domicile. L'Étape propose :

- un show-room et un appartement témoin présentant sur 130 m² une sélection de solutions techniques usuelles;
- un espace de formation (proposant des espaces à la location) doté de matériel d'application.

Pour en savoir plus : www.etape-pole-autonomie-sante-lattes.org

intéresserait sans doute aussi les revendeurs et les installateurs de matériels.

Accompagner la mise en place d'une solution technique

Les personnes accueillies à l'Étape rencontrent un ergothérapeute pour échanger sur les risques éventuels auxquels elles s'exposent à leur domicile, par exemple en se levant du lit ou en prenant leur douche. En tant qu'ergothérapeute, j'analyse le milieu de vie de la personne, la conseille et lui préconise les adaptations de l'environnement à réaliser telles que la pose de rampes et de barres d'appui, des plans pour modifier l'agencement de la salle de bain et transformer la baignoire en douche italienne, la conseille sur les aides techniques et lui apprend à les utiliser. Si l'adaptation du logement est un enjeu majeur pour la politique de prévention des risques liés à l'âge et de préservation de l'autonomie, elle est aussi un moyen de prévenir les risques professionnels. Par exemple, proscrire les tapis ou les fils électriques au milieu de la pièce permet d'éviter les chutes tant pour le bénéficiaire que pour l'aidant. C'est mon expérience à l'Étape qui m'a permis de comprendre tout l'intérêt de compléter mon profil d'ergothérapeute par une formation Prap 2S, car elle offre un double regard sur l'environnement, non seulement comme lieu de vie, mais aussi comme lieu de travail.

Pour conclure, l'Étape, lieu d'échange sur les aides techniques et l'adaptation du domicile, a su s'imposer auprès de tous les acteurs institutionnels locaux de l'aide et du soin à domicile, ainsi que des réseaux d'usagers et de professionnels, comme interlocuteur privilégié tant pour le maintien de l'autonomie de la personne que pour la prévention des risques professionnels de ceux qui vont les aider à rester plus longtemps à leur domicile. ●

LES ÉMOTIONS AU TRAVAIL DES INTERVENANTS À DOMICILE

Cette étude de cas, menée dans une structure de soins à domicile, montre que le travail des intervenants requiert, outre une grande technicité, des compétences émotionnelles complexes. Elles jouent un rôle essentiel non seulement dans la performance au travail et dans les relations sociales, mais aussi dans la santé mentale et physique. Toutefois, la confrontation permanente entre la recherche d'empathie et la préservation de soi amène des risques pour la santé. Des actions de prévention sont néanmoins possibles.

CORINNE VAN
DE WEERDT
INRS,
département
Homme au
travail

L'activité d'aide à la personne est un travail complexe [1]. Parmi les compétences déployées par les professionnels, celles relatives au domaine émotionnel sont fortement mobilisées [2]. Ces compétences permettent d'identifier, de comprendre, d'exprimer, d'utiliser ses propres émotions et celles des autres. Elles jouent un rôle essentiel dans la performance au travail et dans les relations sociales. Les salariés de ce secteur doivent également gérer, souvent seuls, les différentes situations de travail qui se présentent à eux, en maîtrisant leurs émotions [3]. Ils réalisent ainsi un « travail émotionnel », intimement lié à la part relationnelle de l'activité, renvoyant à l'expression ou à la dissimulation d'émotions selon les

cas. Or, le partage des émotions avec autrui constitue « un besoin insatiable », surtout lorsqu'il s'agit du vécu d'événements émotionnels majeurs [4]. Mais ce partage est rendu difficile, car les horaires atypiques, courants dans le secteur de l'aide à la personne, viennent renforcer l'isolement au travail des salariés, rendant plus malaisé le travail émotionnel.

La relation instaurée avec les personnes dont les intervenants ont la charge constitue une source majeure de satisfaction et de motivation au travail. En même temps, elle peut générer de la souffrance lorsque les soignants constatent une aggravation de la maladie ou des conditions de vie difficiles pour les patients (au niveau social, familial, économique, etc.). D'ailleurs, la pénibilité ressentie par les

La qualité de relation nouée avec la personne aidée est une source majeure de satisfaction pour les intervenants.



© Albert Pereira pour l'INRS

intervenants n'est pas toujours en lien avec l'intensité du travail. La qualité de la relation ainsi que l'évolution de l'état de santé de la personne aidée sont davantage déterminantes. Le travail d'intervenant à domicile nécessite un « travail émotionnel » qui dépend à la fois du type de public pris en charge et du temps passé auprès de la personne. De plus, le fait que le travail ait lieu au domicile a tendance à renforcer les liens interpersonnels, parce que les intervenants exercent dans le cadre intime et privé des usagers et qu'ils côtoient leurs proches.

Du fait de ces difficultés, les salariés de ce secteur sont particulièrement exposés, sur le plan des risques psychosociaux, au stress et à l'épuisement professionnel.

Mobilisation de compétences émotionnelles

À travers une étude de cas menée dans le cadre du soin à domicile, la dimension émotionnelle de l'activité des salariés au contact des usagers est mise en relief. Cette étude montre que les compétences émotionnelles mobilisées sont complexes, souvent

les autres (les patients, les collègues, les coordinateurs, les médecins, la direction, etc.), les stratégies en œuvre, ainsi que le stress au travail.

L'outil vidéo a été utilisé comme vecteur d'analyse du travail, d'abord en situation réelle, puis à travers différentes « auto-confrontations collectives » avec le personnel [5]. Celles-ci consistent à projeter des documents vidéo, préalablement montés à partir des séquences vidéo enregistrées au cours de l'activité réelle, et de recueillir des commentaires de la part des salariés qui ont été filmés. À partir d'observations accompagnées de prises de notes, des diaporamas ont été diffusés pour le recueil des commentaires. Cette méthode a permis de recueillir des explications de la part des professionnels sur l'activité et les émotions ressenties au travail, mais aussi de mener des débats sur les conditions de travail pour envisager collectivement leur amélioration.

L'analyse de ces commentaires met en lumière une activité de soin à domicile sous pression temporelle, une dimension émotionnelle du travail très

↓ **TABLEAU 1**
Moyenne des durées des visites à domicile et des trajets.

	MATIN			SOIR		
	Durée moy. des visites (en min.)	Durée moy. des trajets/tournée (en min./h. de travail)	Durée moy. des trajets entre 2 visites (en min.)	Durée moy. des visites (en min.)	Durée moy. des trajets/tournée (en min./h. de travail)	Durée moy. des trajets entre 2 visites (en min.)
Activité des aides-soignants	32 (Min: 5 Max: 61)	11,2	8	15 (Min: 2 Max: 23)	26	10
Activité des infirmiers	8 (Min: 4 Max: 19)	17,83	8	6 (Min: 2 Max: 11)	25	6

implicites et informelles, en constante adaptation devant la variété de situations rencontrées, fondées en grande partie sur l'expérience et évoluant dans un cadre isolé, intime et discret.

L'intervention a duré treize mois dans un centre de soins à domicile franc-comtois de 42 personnes, comprenant le directeur, deux infirmiers-coordonateurs, 19 infirmiers, un aide-soignant coordinateur, 17 aides-soignants et trois secrétaires.

Les missions de l'ensemble des salariés ont été examinées, puis des analyses du travail de onze infirmiers, sept aides-soignants, trois coordinateurs et trois secrétaires ont été effectuées pour étudier leur activité en situation réelle et les émotions ressenties en cours de travail.

Pour cela, des entretiens exploratoires et semi-directifs ont été menés, suivis d'observations de plusieurs situations de travail lors de visites à domicile, accompagnées soit de prise de notes, soit d'enregistrement vidéo (lorsque cela était possible et accepté par les personnes).

Il était question d'étudier l'impact des conditions de travail sur l'activité, les émotions, la relation avec

importante mais peu reconnue, des compromis à réaliser entre des objectifs contradictoires, des stratégies de régulation officielles de type individuel et, enfin, des actions de prévention possibles à instaurer pour améliorer les situations.

Soins du corps ou soins de l'âme

L'activité des infirmiers et des aides-soignants consiste à administrer des soins et à répondre à certaines attentes appartenant au domaine de la relation. Cette activité est à la fois technique et relationnelle. Ces deux dimensions sont jugées par les soignants comme aussi importantes l'une que l'autre. La part qu'ils consacrent à chaque dimension est variable selon la situation, le contexte et les caractéristiques du patient. Par exemple, en cas de retard sur le planning, la technicité est privilégiée, au détriment de la communication. Mais, dans beaucoup de situations, la qualité de la relation est primordiale pour pouvoir effectuer le soin. C'est le cas, par exemple, quand un patient se plaint de douleur, demande des explications sur sa maladie ou manifeste un besoin de recevoir des paroles



	ÉMOTIONS AU TRAVAIL	STRATÉGIES DE RÉGULATION ASSOCIÉES
Émotions relatives à la nature du travail et stratégies associées	Tristesse de perdre un patient	Se rendre aux funérailles pour faire le deuil
	Tristesse face à un patient qui exprime sa peur de la mort	Se centrer sur l'aspect relationnel du travail en parlant et en passant plus de temps que prévu avec le patient
	Joie de voir que le patient va mieux	Passer plus de temps pour favoriser l'autonomie du patient
	Agacement face à un patient qui se plaint de façon jugée excessive	Prendre le temps de procurer au patient un soutien et des paroles apaisantes, ou alors utiliser l'humour pour dédramatiser
	Peur que le patient chute ou fasse un malaise	Se rendre au domicile du patient en dehors de ses heures de travail pour s'assurer de son état
	Appréhension de découvrir un nouveau domicile encore inconnu	Poser des questions sur le contexte pour se préparer
Émotions relatives à l'organisation prescrite et stratégies associées	Colère devant la violence ou la maltraitance infligée à un patient de la part de sa propre famille	Signaler cette situation au coordinateur
	Peur devant un client agressif	Signaler cette situation au coordinateur
	Tristesse face à un cas de tentative de suicide d'un patient	Recherche d'un soutien social auprès des collègues ou d'autres personnes dans le service
	Colère devant le manque de seringues appropriées à l'injection	Faire une demande concernant les seringues ou les utiliser de façon parcimonieuse
	Colère de ne pas pouvoir aider plus le patient à cause de la prescription	Obtenir de l'aide des collègues sans réaliser de trajet supplémentaire en donnant des appels téléphoniques pour recevoir du soutien social
	Dégoût devant une maison insalubre	Signaler cette situation pour essayer de la faire changer

↑TABLEAU 2
Liste d'émotions au travail observées et stratégies de régulation associées.

apaisantes. La relation est alors privilégiée, car elle conditionne la réalisation de l'acte technique, même si elle engendre un retard sur la prochaine visite. Or, les contraintes temporelles ne permettent pas toujours de privilégier la relation [6]. Le tableau 1 montre que les délais sont très limités pour effectuer les visites.

Par exemple, pour les infirmiers, la durée moyenne des visites est de huit minutes le matin et de six minutes le soir, la visite la plus courte durant deux minutes. Pour les aides-soignants, la durée moyenne des visites est à peine plus longue que pour les infirmiers, en dehors des visites du matin consacrées généralement à des toilettes complètes. En outre, le temps de trajet peut représenter jusqu'à 43% du temps d'une tournée. Cette proportion de temps passé sur les routes constitue pour les soignants une source de stress. Ils souhaiteraient en effet disposer de davantage de temps auprès des patients, considérant que cette part de l'activité est le cœur de leur métier.

De plus, le planning étant organisé à l'avance par les coordinateurs, les ajustements réalisés par les soignants pour privilégier la relation entraînent des perturbations avec le programme établi. Les coordinateurs doivent en théorie prendre en compte cette régulation faite sur le terrain pour adapter au mieux le planning, mais le nombre d'adaptations qu'il faudrait réaliser étant très élevé, ils ne peuvent pas toutes les intégrer. La synchronisation

du travail entre soignants et coordinateurs demeure difficile à gérer en pratique et engendre des tensions entre eux.

Des émotions au travail sous-estimées

La reconnaissance de la dimension émotionnelle du travail des soignants par la structure est fondamentale pour la réalisation de leur activité dans de bonnes conditions. Cela repose en grande partie sur la perception des contraintes des uns et des autres. Une bonne connaissance des exigences de l'activité des intervenants à domicile par les coordinateurs qui planifient les visites, et réciproquement, constitue une clé de réussite. Or, les entretiens et les auto-confrontations collectives menés avec le personnel montrent que la dimension affective du travail des soignants n'est pas suffisamment reconnue par les coordinateurs et que le travail de ces derniers est méconnu des intervenants à domicile. Chez les soignants, les sources de stress sont, pour une large part, liées au manque de reconnaissance de la composante émotionnelle de leur travail et de la suspicion qui règne à leur rencontre lorsqu'ils adaptent les plannings des visites (en prenant plus de temps que prévu, par exemple). Les compromis réalisés aux domiciles pour trancher face à deux objectifs contradictoires (de rapidité et de qualité de la relation) sont perçus par les soignants, si la relation est privilégiée, comme pouvant être jugés négativement par les coordinateurs – alors qu'ils

considèrent que ces compromis font partie de l'activité quotidienne.

Il ressort aussi de cette étude que des émotions négatives ressenties par les soignants apparaissent lorsque la relation avec un patient se dégrade, lorsque les conditions matérielles sont inappropriées (manque d'espace, de lit médicalisé, d'hygiène, etc.) ou lorsque la pression temporelle réduit considérablement l'activité relationnelle.

Les émotions positives ressenties par les soignants sont, quant à elles, liées à leur sentiment d'utilité, la régression de la maladie des patients, la qualité des relations avec ces derniers, la diminution des douleurs liée à des actes techniques réussis, l'acceptation par les patients de leur état de santé et des soins administrés et, enfin, des aspects matériels, tels que les bonnes conditions de trajet en voiture ou encore la mise à disposition de matériels en quantité suffisante.

Des stratégies individuelles autorisées, des stratégies collectives clandestines

Les intervenants considèrent qu'un travail de qualité repose sur les soins et sur la relation. Quand cela est possible, ils tentent de développer prioritairement des stratégies qui favorisent les relations avec les patients plutôt que la vitesse d'exécution des tâches.

Un autre type de stratégie concerne la distance affective instaurée avec autrui. Les soignants sont en effet alertés sur le fait que l'attachement envers les patients peut engendrer de la souffrance si la santé de ces derniers se dégrade ou s'ils décèdent. Ils s'en prémunissent en adoptant une « posture affective » qui les situe à mi-chemin entre un attachement fort et un attachement faible. Ce positionnement est très personnel et dépend non seulement de la personnalité des soignants, mais aussi de leur expérience.

En outre, on a observé que certaines émotions sont exprimées et d'autres dissimulées, en fonction du contexte et des interlocuteurs. Les soignants essaient de dissimuler leurs émotions négatives face aux patients, pour éviter de leur transmettre leur état émotionnel du moment. En revanche, ils les expriment auprès de leurs collègues après leurs visites. Ces moments de partage émotionnel ont lieu en dehors des heures de travail par manque de temps, souvent le soir, et quelques rares fois entre deux visites. Plus le travail émotionnel est intense et fréquent, plus ils ressentent le besoin d'en parler à leurs collègues les plus proches.

Les entretiens et les auto-confrontations collectives font apparaître deux catégories d'émotions et de stratégies mises en œuvre par le personnel : celles touchant à la nature du travail et celles résultant de problèmes liés à l'organisation prescrite. Dans le premier cas, les émotions sont relatives

à des situations rencontrées couramment dans le travail. Celles-ci sont régulières et « attendues », car considérées comme « faisant partie du métier » (extrait d'entretien d'un infirmier). Comme le précise Robert [7], ces situations sont en rapport avec la représentation que les professionnels ont de leur métier. Dans le second cas, les émotions proviennent de situations rares, atypiques et généralement non envisagées dans les règles et consignes dictées par la structure. Les émotions et les stratégies des salariés face aux difficultés dépendent donc de l'origine de l'émotion ressentie et de sa catégorie (Cf. Tableau 2).

Lorsque la charge émotionnelle résulte de la nature du travail, les salariés considèrent qu'ils doivent y faire face seuls. À l'opposé, lorsqu'elle vient de problèmes liés aux règles de fonctionnement interne, les salariés ne sont pas prêts à l'accepter et n'hésitent pas à interpeller collègues et hiérarchie pour trouver ensemble une solution.

Principales actions mises en place

Le plan d'action intègre des mesures organisationnelles et matérielles pour améliorer les conditions de travail et prévenir les risques psychosociaux, classées selon leur importance et leur priorité.

La première mesure a consisté à mettre en place, au sein de la structure et durant les heures de travail, des groupes de parole pour que les salariés puissent évoquer leurs émotions au travail et trouver des solutions aux difficultés rencontrées. Cela a permis de diminuer la charge émotionnelle et de faire reconnaître cette part du travail. Elle a également permis de redonner du « pouvoir d'agir », en créant un cadre pour que le travail puisse devenir



© Albert Pereira pour l'INRS



un objet de débat pour les salariés puis un moyen d'action [8].

La deuxième mesure visait à faciliter le soutien entre salariés. Elle s'est notamment concrétisée par une clarification des consignes vis-à-vis du travail en binôme pour les salariés qui tendaient avant « à l'éviter ». Ceci entraînait chez les soignants deux types de comportement: l'évitement total du travail en binôme, ou la mise en pratique de ce type de travail dans des conditions exceptionnelles (souvent lorsqu'un patient était trop lourd à manipuler seul), mais en culpabilisant de devoir demander de l'aide et en ressentant la peur du jugement de la hiérarchie. La clarification officielle, par la structure, du recours possible au travail en binôme a eu pour effet de faire disparaître la culpabilisation des soignants, de réduire les risques de lombalgies, de faire diminuer le sentiment d'isolement au travail et de créer un meilleur climat de confiance interne. Depuis, le travail en binôme a lieu en fin de tournée, lorsqu'un intervenant estime que la situation est trop difficile ou trop risquée pour sa santé (en termes de risques de lombalgies notamment). Il peut décider de faire appel à un collègue et utilise pour cela son téléphone mobile professionnel. Le destinataire de l'appel est un soignant opérant dans la même zone géographique (dont le périmètre a été précisé par la structure). Il sait quel intervenant appeler grâce aux échanges qui ont eu lieu le matin au bureau entre soignants préparant leurs visites. L'intervenant sollicité, s'il a fini sa tournée, rejoint le domicile désigné pour aider son collègue. Le coordinateur est prévenu de ce changement lors des transmissions orales qui sont effectuées au bureau. Dans quelques cas connus à l'avance, le travail en binôme est programmé.

Une troisième mesure a consisté à réorganiser le travail des coordinateurs pour qu'ils ne soient pas dérangés pendant qu'ils se transmettent les informations relatives au patient. Une secrétaire prend désormais les appels et saisit les données capitales à considérer, pour que les coordinateurs accordent toute leur attention aux retours d'information des

soignants. Ces moments dédiés ont permis une meilleure prise en compte des situations vécues, une adaptation optimisée de la planification aux besoins réels, des échanges professionnels de qualité et une considération et une confiance mutuelles renforcées. La quatrième mesure visait la mise à disposition de certains matériels pour faciliter le travail des soignants. Par exemple, des aiguilles à ailettes ont été achetées pour sécuriser les injections particulièrement délicates.

D'autres mesures ont été appliquées qui, comme celles précédemment citées, sont le fruit de collaborations avec l'ensemble du personnel du service de soins.

L'ensemble de ces mesures a été utile non seulement pour améliorer les conditions de travail, mais aussi pour aider la structure à trouver ou à renforcer ses ressources internes de régulation des difficultés et des conflits au fil de l'eau. Ses moyens de mettre en place une prévention dynamique, concertée et débattue sur un plus long terme, ont été augmentés.

Conclusion

Les intervenants, en prenant soin de personnes vulnérables, sont exposés à des situations de détresse qui suscitent et engagent des émotions. Cette composante de l'activité est pourtant rarement identifiée, nommée, caractérisée par les professionnels du secteur. Ni les recruteurs, ni les managers, ni même les intervenants ne qualifient ces aspects de l'activité ou, lorsque cela a lieu, les termes utilisés sont vagues et flous, indiquant par exemple des « qualités relationnelles » ou encore des « aptitudes sociales ». Or, la gestion de ses propres émotions et de celles des autres, sans rien laisser paraître, est un travail en soi. Non seulement cela constitue une grande part de l'activité, mais cela fait aussi appel à des compétences précises et complexes, fondées sur une expérience du métier, qu'il conviendrait de prendre en compte et de valoriser. Ceci contribuerait à faire diminuer les risques psychosociaux dans le secteur et à le rendre plus attractif. ●

BIBLIOGRAPHIE

[1] VALLERY G., LEDUC S. (2010), Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées : compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile, *Gérontologie et société*, 135, p. 213-237.

[2] MIKOLAJCZAK M., QUOIDBACH J., KOTSOU I., NELIS D. (2014), *Les compétences émotionnelles*, Dunod, 336 p.

[3] CAHOUR B., LANCRY A. (2011), Émotions et activités professionnelles et quotidiennes, *Le Travail humain*, 74 (2), p. 97-106.

[4] RIMÉ, B. (2005), *Le partage social des émotions*, Paris, Presses universitaires de France, 420 p.

[5] BARATTA, R. (2012), Éloge du plan de coupe et de l'imprévu, *Ethnographiques.org*, 25.

[6] CŒUGNET S., CHARRON C., VAN DE WEERDT C., ANCEAUX F., NAVETEUR J. (2011), La pression temporelle: un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier, *Le Travail humain*, 74 (2), p. 157-181.

[7] ROBERT N. (2007), *Bien-être au travail: une approche centrée sur la cohérence de rôle*, Les notes scientifiques et techniques de l'INRS, 267, 33 p.

[8] CLOT Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, Presses universitaires de France, 296 p.