



---

**Ingénieurs du Génie Sanitaire**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

---

**Analyse qualitative des risques professionnels,  
des conditions de travail et de l'état de santé  
des salariés de l'aide et du soin à domicile pour  
soumettre plusieurs méthodes d'approche  
d'investigation à mener**

---

**Présentation : Delphine CLOZEL**

**Lieu du stage : Caisse Régionale d'Assurance  
Maladie du Languedoc Roussillon**

**Référent professionnel : Bernard SENAULT**

**Référent pédagogique : Rémi DEMILLAC**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Bernard SENAULT, mon tuteur, responsable de la Mission nationale de prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile, pour la confiance qu'il m'a accordée. J'ai pu mener à bien ce projet en ayant toujours son soutien.

Je remercie également mes collègues au quotidien, Carole ALLARD et Hélène CHRISTOFIDIS, pour leur aide et leur disponibilité. Tous les membres du personnel que j'ai rencontrés au sein de la CRAM Languedoc Roussillon m'ont très bien accueillie, orientée, conseillée : merci !

Mes remerciements s'adressent aussi aux partenaires de la Mission, sans lesquels mon travail n'aurait pas été possible et notamment Laurent THEVENY, de l'INRS, qui m'a recommandée à l'origine.

Je n'oublie pas les personnes sans lesquelles rien n'aurait été possible : les salariés et les employeurs de l'aide et du soin à domicile, et les médecins du travail. Je leur exprime toute ma reconnaissance pour le temps qu'ils m'ont consacré et les échanges que nous avons eus.

Enfin, merci à Rémi DEMILLAC, enseignant-chercheur à l'EHESP, mon référent pédagogique, pour ses conseils, ses indications et sa disponibilité.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1 CONTEXTE</b>	<b>3</b>
1.1 LE SECTEUR DES SERVICES D'AIDE A DOMICILE	3
1.2 HISTORIQUE SUR L'ASSURANCE MALADIE	3
1.3 LA MISSION NATIONALE DE PREVENTION DES RISQUES DANS LES METIERS DE L'AIDE ET DU SOIN A DOMICILE	5
1.3.1 Objectifs	5
1.3.2 Actions	6
1.3.3 Partenaires principaux	6
1.3.4 Fonctionnement de la Mission	8
1.4 LES POPULATIONS ET LEUR FONCTIONNEMENT	8
1.4.1 L'aide à domicile	8
1.4.2 Le soin à domicile	9
1.4.3 Le travail au noir	10
<b>2 OBJECTIFS ET DEMARCHE</b>	<b>12</b>
2.1 OBJECTIFS	12
2.2 DEMARCHE	13
2.3 LIMITES	15
<b>3 RESULTATS DE L'ENQUETE</b>	<b>16</b>
3.1 DONNEES GENERALES	16
3.1.1 Choix de la profession	16
3.1.2 Choix de l'emploi direct ou indirect	16
3.1.3 Les relations entre salariés et bénéficiaires	17
3.1.4 Les autres relations au travail	18
3.1.5 Les tâches	20
3.1.6 Les formations	20
3.1.7 La réglementation	21
3.2 LES RISQUES	21
3.2.1 Description des risques	21
A) Les risques « physiques »	22
B) Les risques psychosociaux	25
3.2.2 Données chiffrées	27
3.2.3 Evaluation des risques et prévention	28
3.3 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	29
3.4 LES ATTENTES ET LES BESOINS	30

<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>32</b>
4.1	LES ENQUETES EXISTANTES	32
4.1.1	<i>SUMER</i>	32
4.1.2	<i>Enquête conditions de travail</i>	33
4.1.3	<i>Enquête décennale de santé</i>	34
4.1.4	<i>ESTEV</i>	35
4.2	L'APPROCHE DES POPULATIONS	36
4.3	PROPOSITIONS D'APPROCHES A PRIVILEGIER	39
4.3.1	<i>Quelles sont les hypothèses à tester pour évaluer les risques, l'état de santé et les conditions de travail ?</i>	39
4.3.2	<i>Comment tester les hypothèses ?</i>	40
A)	Questionnaire	40
B)	Nombre de salariés	44
C)	Exploitation	44
4.4	RETOMBEES, SUITES AU MEMOIRE	45
	<b>CONCLUSION</b>	<b>47</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>49</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>53</b>
	ANNEXE 1 : LISTE DES ACTIVITES DES SERVICES A LA PERSONNE	54
	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SALARIES DE L'AIDE	57
	ANNEXE 3 : INFORMATIONS RELATIVES AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	82
	ANNEXE 4 : LES CHIFFRES CLES EN 2006	85
	ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE KARASEK	93

### **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

FIGURE 1 :	LES IMPLANTATIONS DES CRAM ET DES CGSS ( <i>SOURCE ASSURANCE MALADIE</i> )	4
FIGURE 2 :	ILLUSTRATION AIDE A DOMICILE ( <i>SOURCE MAISON DE LA CONSOMMATION ET DE L'ENVIRONNEMENT</i> )	8
FIGURE 3 :	AFFICHE INRS	22
FIGURE 4 :	AFFICHE INRS	23
FIGURE 5 :	AFFICHE INRS	24
FIGURE 6 :	ILLUSTRATION RYTHME DE TRAVAIL ( <i>SOURCE SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL MT71</i> )	25

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACOSS :	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
ADMR :	Association du service à domicile (ex Aide à Domicile en Milieu Rural)
ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
AT/MP :	Accidents du Travail et Maladies Professionnelles
BEP :	Brevet d'Etudes Professionnelles
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CCAS :	Centres Communaux d'Action Sociale
CESU :	Chèque Emploi Service Universel
CGSS :	Caisses Générales de Sécurité Sociale
CISME :	Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise
CNAF :	Caisse Nationale des Allocations Familiales
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS :	Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM LR :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon
DARES :	Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques
DDTEFP :	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DRP :	Direction des Risques Professionnels
ETP :	Equivalent Temps Plein
FEPEM :	Fédération Nationale des Particuliers Employeurs
FESP :	Fédération des Entreprises de Services à la Personne
FNADAR :	Fédération Nationale d'Aide à Domicile aux Retraités
FNAFAD :	Fédération Nationale d'Aide Familiale A Domicile
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
SESP :	Syndicat des Entreprises de Services à la Personne
TMS :	Troubles Musculo Squelettiques
UNA :	Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles

## Introduction

Le secteur des services d'aide à la personne connaît un véritable essor depuis plus de dix ans. Les métiers exercés, répertoriés dans le décret n°2005-1698 du Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement (annexe 1), peuvent être de différentes natures :

- ✓ Les services à la famille : garde d'enfants, cours à domicile, assistance informatique, assistance administrative...
- ✓ Les services associés au logement et au cadre de vie : gardiennage, jardinage, petits travaux ou réparations (informatique, plomberie...), ...
- ✓ Les services liés au maintien à domicile d'un bénéficiaire dépendant : aide et soin à domicile.

D'ici à 2015, les effectifs dans les métiers d'aide aux personnes fragiles devraient atteindre les 1 718 000 (1 366 000 en 2005), ce qui représente un quart des futures créations d'emplois. Cette évolution sera particulièrement nette pour les aides à domicile (Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques ou DARES et Centre d'analyse stratégique, 2007).

La Sécurité sociale, qui, par l'intermédiaire de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) gère la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT/MP) des salariés du régime général a donc décidé de s'intéresser à la prévention des risques professionnels des salariés du secteur et a créé une Mission nationale de prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile.

C'est dans ce contexte que le sujet du mémoire a été défini : effectuer une analyse qualitative des risques, des conditions de travail et de l'état de santé des salariés de l'aide et du soin à domicile pour soumettre plusieurs méthodes d'approche d'investigation à mener au sein d'un des groupes de travail de la Mission, le groupe Epidémiologie et Santé au travail.

Dans un premier temps, le contexte du travail est défini, puis la démarche suivie pour la réalisation de l'étude est explicitée, les résultats sont exposés. Ils permettent d'aboutir, dans un dernier temps, à des propositions discutées de travaux envisageables.

# 1 Contexte

## 1.1 Le secteur des services d'aide à domicile

Aujourd'hui les personnes fragiles, et notamment les personnes âgées et handicapées, désirent rester dans leur domicile le plus longtemps possible. Ce maintien n'est envisageable que si des services d'aide et de soin à domicile sont disponibles pour effectuer les actes de la vie quotidienne (ménage, aide aux repas, à l'hygiène, pour se lever, se déplacer, s'habiller etc.) que l'entourage familial ne peut pas réaliser.

Concrètement, depuis la loi du 26 juillet 2005 (loi relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale), un premier constat peut être fait : en un peu plus d'un an, 144 000 emplois ont été créés en 2006 et le nombre de structures agréées a doublé, passant de 5 500 à 11 000. Ce secteur d'activité se classe actuellement au premier rang de l'économie française en terme de croissance des effectifs (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail ou ANACT, 2008). Il faut cependant relativiser ces chiffres qui ne correspondent pas à des équivalents temps plein (ETP), les salariés du secteur travaillant très souvent à temps partiel. De plus, le turn-over de ces professions est également extrêmement fort.

## 1.2 Historique sur l'Assurance Maladie

Créée en 1945, l'Assurance Maladie est un acteur majeur du système de soins basée sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Elle permet à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressources. Ainsi, en 2007, en France, 55 millions de personnes sont assurées auprès du régime général de l'Assurance Maladie.

En 1967, une ordonnance instaure une séparation en branches autonomes ; trois caisses nationales de Sécurité sociale et une agence centrale sont créées :

- ✓ La CNAMTS : gère la branche maladie (qui recouvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès) et, dans le cadre d'une gestion distincte, la branche AT/MP. Elle pilote le réseau des organismes chargés de mettre en oeuvre ses orientations :

- Au niveau local et départemental : 128 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) en France métropolitaine et 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.



Figure 2 : Les implantations des CRAM et des CGSS (source Assurance Maladie)

- Au niveau régional : 16 Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) interviennent en matière de prévention et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et agissent aussi dans le secteur de l'hospitalisation avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation.

La CNAMTS est soumise à une double tutelle : celle du ministère chargé de la Sécurité Sociale et celle du ministère de l'Economie et des Finances. Elle comprend une Direction Générale, des directions supports et six directions de gestion du risque notamment la Direction des risques professionnels (DRP).

- ✓ La Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) : définit les orientations de la branche retraite en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage.
- ✓ La Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) : gère différentes prestations familiales et sociales. Au niveau local, les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) assurent le service de ces prestations (allocations familiales, aides à la famille, aides au logement, RMI, etc).
- ✓ L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) assurant la gestion commune des ressources du régime est la caisse nationale de la branche de recouvrement du régime général de la sécurité sociale. Elle assure la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale et coordonne l'action des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) qui, au niveau local, assurent l'encaissement des cotisations et des contributions.

Près de 80 000 salariés de droit privé (techniciens de prestations, téléconseillers, statisticiens, juristes, assistantes sociales, médecins conseils, ingénieurs conseils...) exercent dans les différentes caisses (L'ASSURANCE MALADIE, 2008).

Suite à la situation financière particulièrement préoccupante de l'Assurance Maladie, la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie redéfinit l'organisation de l'offre de soins, de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des instances dirigeantes de la CNAMTS. Cinq orientations principales en découlent. Elles concernent :

- Le développement de la prévention pour contenir la dépense des soins, c'est-à-dire agir sur le comportement avant l'apparition d'une pathologie
- L'information et l'accompagnement de tous les acteurs du système, en particulier les assurés et les professionnels de santé
- La limitation des dépenses inutiles par le contrôle du périmètre des soins pris en charge, la fixation des tarifs et la justification médicale du recours aux soins
- L'organisation de l'offre de soins
- Le pilotage et le contrôle du système de soins

### **1.3 La Mission nationale de prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile**

Etant donnée la situation du secteur des services d'aide à domicile et les nouvelles orientations évoquées précédemment, la DRP de la CNAMTS a décidé de créer, en avril 2006, une Mission nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile.

#### **1.3.1 Objectifs**

La Mission nationale de prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile est pilotée par Bernard SENAULT, chargé de mission à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon.

Son champ d'action concerne uniquement l'étude de la prévention des risques des métiers de l'aide et du soin à domicile dans le cadre de la réalisation de services liés au maintien à domicile d'un bénéficiaire dépendant. Toutes les autres activités citées auparavant sont exclues du cadre de travail.

L'objectif de cette Mission nationale est :

- ✓ De faciliter la mise en commun des compétences, la connaissance partagée des actions et des projets du Réseau Prévention (CNAMTS, CRAM, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), EUROGIP (Groupement d'intérêt public qui anime, coordonne et développe au plan européen les actions de la sécurité sociale en matière de risques professionnels)), voire, le cas échéant, leur coordination,
- ✓ De jouer un rôle de conseil et d'appui auprès de la DRP, notamment en ce qui concerne les décisions à caractère national

### **1.3.2 Actions**

La Mission inclut notamment le recensement permanent des actions en cours ou en projet des organismes Réseau Prévention en France, l'animation d'une réflexion collective et le développement de relations avec les différentes structures publiques et/ou privées, professionnelles et associatives dans la perspective de construction de partenariats les plus opérationnels possibles.

La réflexion collective visera à établir un état des lieux de la problématique en termes de champs à couvrir et populations cibles, de connaissances épidémiologiques des risques du secteur (sinistralité et facteurs de risques), de recherche des effets leviers et des freins à la mise en œuvre d'un plan de prévention des risques professionnels, pour aboutir à des propositions et recommandations pour une mise en œuvre arbitrée d'un guide de bonnes pratiques de prévention (Lettre de mission, avril 2006).

### **1.3.3 Partenaires principaux**

- ✓ L'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP). Chargée de promouvoir le développement et la qualité du secteur des services à la personne, l'ANSP est un établissement public administratif créé par le décret du 14 octobre 2005 en application de la loi du 26 juillet 2005. Elle est placée sous la tutelle du ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi. Elle a avant tout vocation à dynamiser un secteur économique (AGENCE NATIONALE DES SERVICES A LA PERSONNE, 2008)

- ✓ L'Union Nationale de l'Aide à domicile, des soins à domicile et des services aux domiciles (UNA). Association loi 1901 à but non lucratif fondée en 1970, l'UNA est à la fois un mouvement social militant, un réseau et un syndicat d'employeurs qui a pour finalité de promouvoir une politique de maintien, de soutien et d'accompagnement à domicile ou à partir du domicile (UNA, 2008).
- ✓ L'Association du service à Domicile (ADMR, anciennement Aide à Domicile en Milieu Rural). Association créée en 1945, l'ADMR propose des services dans les domaines de l'aide à la vie quotidienne, l'action socio-éducative, la santé et le développement local par l'intermédiaire d'associations locales autonomes. Elle est organisée en réseau sur tout le territoire français (ADMR, 2008).
- ✓ ADESSA, fédération d'employeurs du secteur de l'aide à domicile créée en 2002, résultant de la fusion de la Fédération Nationale d'Aide à Domicile aux Retraités (FNADAR) et de la Fédération Nationale d'Aide Familiale A Domicile (FNAFAD). ADESSA est structurée en unions régionales d'associations indépendantes (ADESSA, 2008).
- ✓ Le Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (CISME). Association à but non lucratif créée en 1942, le CISME est l'organisme représentatif des services interentreprises de Santé au travail (plus de 300) (CISME, 2008).
- ✓ La Fédération Nationale des Particuliers Employeurs (FEPEM), organisation professionnelle créée en 1948 représentant les particuliers employeurs (FEPEM, 2008).
- ✓ Le Syndicat des Entreprises de Services à la Personne (SESP). Association loi 1901 créée en 1995, le SESP a souhaité faire évoluer sa structure ce qui a conduit à la création, en avril 2006, de la Fédération des Entreprises de Services à la Personne (FESP), association loi 1901 rassemblant l'ensemble des acteurs privés du secteur des services à la personne (SESP, 2008).

### 1.3.4 Fonctionnement de la Mission

La Mission a formé plusieurs groupes de travail constitué de membres du Réseau Prévention et de structures partenaires, chaque groupe œuvrant dans un domaine particulier : Epidémiologie et Santé au travail, Formation, Information, Aides Techniques...

Le groupe Epidémiologie et Santé au travail cherche à amplifier la connaissance épidémiologique et de santé au travail du secteur. Des analyses sont notamment faites à partir des données AT/MP.

## 1.4 Les populations et leur fonctionnement

Les métiers de l'aide et du soin diffèrent, de par les tâches effectuées, les responsabilités, les risques encourus. Les populations de salariés doivent donc être différenciées.

### 1.4.1 L'aide à domicile

Les prestations d'aide à domicile telles que les services ménagers et les actes essentiels de la vie quotidienne (en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale) concourent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage (MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, septembre 2007).

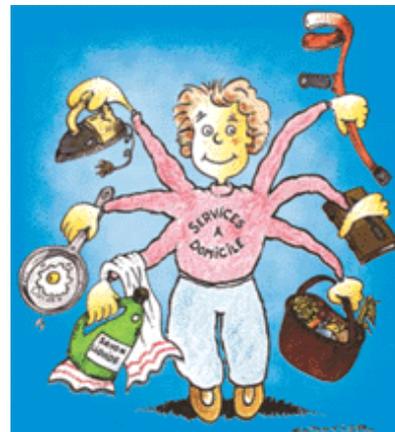


Figure 2 : Illustration aide à domicile  
(source *Maison de la Consommation et de l'Environnement*)

En France, depuis la Loi n°2005-841 (MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, 2005), une personne souhaitant bénéficier de ces prestations a le choix de faire appel à :

- ✓ Une structure prestataire. Elle emploie le salarié et est soumise à une autorisation du Président du Conseil Général ou à un agrément dit « qualité » délivré par la Préfet de département (après avis du Président de Conseil Général).

- ✓ Une structure mandataire. Elle met en relation, moyennant commission, demandeur et intervenant et s'occupe de traiter les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF...). La structure doit obligatoirement solliciter l'agrément dit « qualité ». Dans ce cas, l'employeur de l'intervenant est le demandeur ; il en a le statut juridique.
- ✓ Un intervenant en direct. Le travail au noir se substitue en partie au marché de l'emploi direct, même s'il est difficile de savoir dans quelles proportions (Commissariat général du Plan, 2005).

Les structures prestataires ou mandataires peuvent être des organismes proposés par la commune (Centre Communal d'Action Sociale ou CCAS), des associations ou des entreprises.

#### **1.4.2 Le soin à domicile**

Les prestations de soin à domicile relèvent de prescriptions médicales et peuvent être assurés par les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ou par des infirmières libérales. Cependant, les travailleurs libéraux ne sont pas couverts par le régime général de l'Assurance Maladie au niveau des AT/MP. Les salariés du soin entrant dans le cadre de la Mission sont donc les salariés des SSIAD.

Les SSIAD sont des services sociaux et médico-sociaux. Ils assurent aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées (BRESSE, 2004).

L'autorisation de créer un SSIAD est délivrée par le Préfet de département après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Les frais afférents aux soins dispensés par les SSIAD sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

Un SSIAD se compose d'au moins un infirmier coordinateur pour assurer l'organisation des soins, de plusieurs aides-soignantes, qui assurent sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, d'aides médico-psychologiques, et, selon les cas, d'autres auxiliaires médicaux.

Les SSIAD sont des structures de petite taille employant en moyenne une dizaine d'équivalent temps plein (ETP) et de statut majoritairement associatif (60%). Au 31 décembre 2004, il existait près de 1900 SSIAD ce qui correspondait à 83 000 places disponibles (MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, septembre 2007).

### **1.4.3 Le travail au noir**

Dans le domaine de l'aide et du soin à domicile, le travail au noir concerne essentiellement les salariés de l'aide des particuliers employeurs.

Plus globalement, depuis 1997, les sanctions envers les particuliers employeurs sont plus sévères ; elles sont désormais identiques à celles susceptibles d'être prononcées à l'encontre des structures.

Le travail au noir correspond au travail non déclaré, ou d'un point de vue législatif, au travail illégal car dissimulé, en totalité ou en partie (en l'absence de déclaration d'embauche, de déclaration de salaires, de paiement des charges sociales, de bulletin de paie, quand toutes les heures travaillées ne sont pas déclarées, qu'il y a cumul d'activités dissimulées avec des allocations sociales...). Le délit est commis dès lors qu'il y a activité même irrégulière, exceptionnelle ou occasionnelle. La responsabilité personnelle est engagée dès lors que l'intention se manifeste concrètement par des actes.

Par définition, le travail illégal ne peut être chiffré avec une grande précision. Très développé dans les services à domicile (une estimation de 30 à 40 % est faite), il est plus élevé pour les cours particuliers et le baby-sitting occasionnel que pour l'aide aux personnes âgées ou la garde d'enfants régulière (LESELLIER, 2008).

Le travail illégal est important pour plusieurs raisons :

- ✓ Il permet au bénéficiaire de percevoir un revenu net d'impôt ou un revenu complémentaire, d'éviter des effets éventuels sur les minima sociaux perçus, de maintenir des allocations Assedic pendant l'activité exercée. L'employeur utilisant le travail au noir indique souvent que c'est à la demande de son employé qu'il ne l'a pas déclaré (ce qui aggrave sa responsabilité auprès d'un tribunal). Dans cette situation, tout le monde y trouve apparemment son compte, employeur et employé.
- ✓ Les utilisateurs du travail au noir ne sont pas toujours conscients d'être dans l'illégalité. Certains services ne sont pas considérés comme un travail et à plus forte raison un travail illégal.
- ✓ Une relation libre, souple, en marge de règles jugées administratives et rigides, a des bénéfices qui compensent, aux yeux des utilisateurs, les risques qu'ils prennent.

Tant qu'il n'y a pas de problème, « *ça arrange tout le monde* ». Or, il suffit qu'un employeur se sépare de son salarié ou qu'un accident du travail ou de trajet se produise pour que se déclenche un processus qui peut avoir des conséquences imprévues. Sur le plan pénal, les peines encourues sont de trois ans d'emprisonnement et/ou de 45 000 € d'amende. De plus, le tribunal peut prononcer l'interdiction des droits civiques et y ajouter une amende et une peine de prison en cas d'emploi d'une personne d'origine étrangère en situation irrégulière. Sur le plan prud'homal, il est fréquent que le salarié employé au noir et remercié par son employeur se retourne contre lui et exige le paiement d'une indemnité.

Etant donné l'importance du travail au noir, des dispositifs ont été mis en place pour amener employeurs et salariés à ne plus y recourir : réduction et crédit d'impôts, réduction du coût du travail sur les bas salaires, exonération de charges patronales, assouplissements des seuils d'attribution des aides, TVA à taux réduit...

Concrètement, pour les salariés de l'aide et du soin à domicile, la mise en place de l'APA ou Allocation Personnalisée d'Autonomie, prestation gérée par les départements et destinée à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un soutien de la collectivité, a intensifié le recrutement au sein des structures (INRS, 2005). Pour information, au 30 septembre 2004, 837 000 personnes bénéficiaient de l'APA en France (MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DES SOLIDARITES, juin 2007).

## 2 Objectifs et démarche

### 2.1 Objectifs

C'est dans le contexte qui vient d'être exposé que le sujet du mémoire a été défini : il s'agissait d'effectuer une analyse qualitative des risques, des conditions de travail et de l'état de santé des salariés de l'aide et du soin à domicile pour soumettre plusieurs méthodes d'approche d'investigation à mener au sein du groupe Epidémiologie et Santé au travail.

Cette étude a été effectuée auprès des professionnels du secteur, salariés et employeurs et renseignait des données de base nécessaires sur :

- ✓ Les caractéristiques personnelles des salariés : âge, situation familiale, formation, parcours professionnel...
- ✓ La description des situations professionnelles des salariés : situation des personnes aidées, tâches effectuées, horaires de travail, organisation du travail (nombre d'employeurs, statut au travail...)...
- ✓ Les risques « physiques » et leur perception : les risques de TMS, les risques de manutention, les risques biologiques, les risques chimiques, les risques de chutes, les risques liés aux équipements, les risques liés à l'environnement, le risque routier... le regard porté par les salariés sur ces risques professionnels, leur histoire par rapport à ces risques, comment ils sont hiérarchisés...
- ✓ Les risques psychosociaux et leur perception : relations au travail, satisfaction au travail...
- ✓ L'état de santé des salariés et leur suivi médical
- ✓ L'évolution du métier et du secteur, les attentes et les besoins
- ✓ La mise en œuvre d'études supplémentaires.

Pour répondre aux questions suivantes :

- ✓ Est-ce que la perception des risques est la même pour toutes les populations du secteur ? Si non, pourquoi les perceptions diffèrent-elles ? Peut-on prévoir des actions similaires sur toutes les populations ?

- ✓ Quelles sont les actions mises en place dans le but de diminuer les risques et améliorer les conditions de travail et l'état de santé des salariés de l'aide et du soin à domicile ? Quels sont les résultats de ces actions ? Comment sont-ils perçus ? Y a-t-il adéquation entre les résultats réels et les résultats perçus ?
- ✓ Quels sont les besoins des professionnels du secteur ?

Le but du travail n'est pas de permettre une extrapolation statistique/une généralisation mais d'examiner le panel des situations. Ce n'est pas une approche quantitative mais bien qualitative.

## **2.2 Démarche**

Dans un premier temps, grâce à l'intermédiaire du CISME, des médecins du travail ont été consultés afin de partir des initiatives existantes en terme d'enquêtes et d'actions spécifiques menées auprès des salariés de l'aide et du soin à domicile dans les services de santé au travail. Des échanges ont eu lieu avec une dizaine de structures.

Les travaux menés cherchent en général à évaluer les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés pour les prévenir par des applications concrètes sur le terrain. Leur origine peut venir des médecins eux-mêmes, des employeurs ou alors d'actions transversales entre structures locales (notamment avec la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle ou DDTEFP). Cependant, les motivations diffèrent. Les médecins se rendent compte de la situation des salariés qu'ils rencontrent et veulent agir dans le cadre du rôle de la médecine du travail dans la structure. Les employeurs veulent se mettre en conformité avec le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 et posséder un document unique de prévention des risques professionnels associé à un plan d'actions. Les structures locales veulent lancer des axes de travail commun.

Dans un second temps, l'enquête proprement dite a été réalisée.

### Les populations

Les populations cibles de l'étude sont les salariés et les employeurs de l'aide et du soin à domicile travaillant auprès de personnes dépendantes (à l'exception des enfants). Plus particulièrement :

- Les salariés de l'aide travaillant dans des structures prestataires et mandataires de l'économie sociale et solidaire et de l'économie marchande
- Les employeurs des salariés de l'aide travaillant dans des structures prestataires et mandataires de l'économie sociale et solidaire et de l'économie marchande
- Les salariés de l'aide travaillant pour des particuliers employeurs
- Les employeurs des salariés de l'aide travaillant pour des particuliers employeurs
- Les salariés du soin travaillant dans des structures prestataires et mandataires de l'économie sociale et solidaire et de l'économie marchande
- Les employeurs des salariés du soin travaillant dans des structures prestataires et mandataires de l'économie sociale et solidaire et de l'économie marchande

La priorité a été de rencontrer un panel d'enquêtés représentatif de toutes les situations de salariés et d'employeurs ; une dizaine d'entretiens étaient prévus pour chacune des catégories précédemment évoquées.

#### Le contact avec les populations

L'approche des populations de salariés et employeurs de l'aide et du soin des structures prestataires et mandataires pour la réalisation des entretiens s'est faite grâce au réseau de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon et ses partenaires (DDTEFP, UNA, ADMR, ADESSA). L'approche des salariés et employeurs de l'aide travaillant pour des particuliers employeurs a été possible grâce à la FEPEM.

#### Le mode de recueil des données :

Les informations ont été récoltées par l'intermédiaire d'entretiens basés sur des questionnaires semi-directifs à la base commune mais adaptés selon les employeurs (structures ou particuliers) et selon le domaine de l'aide et du soin. Ainsi, cinq questionnaires ont été réalisés :

- Un questionnaire pour les salariés de l'aide (en annexe 2)
- Un questionnaire pour les structures de l'aide
- Un questionnaire pour les particuliers employeurs de l'aide
- Un questionnaire pour les salariés du soin
- Un questionnaire pour les structures du soin

## Les entretiens

Suivant le temps à disposition et les commentaires des personnes interrogées, la durée des entretiens a varié d'une heure à près de trois heures. A chaque début de discussion, le contexte de l'étude a été clairement défini et la confidentialité de l'échange a été assurée.

Chaque entretien a permis de mettre en évidence un ou plusieurs points importants sur les risques professionnels, les conditions de travail ou l'état de santé des salariés du secteur et d'avoir leurs avis et impressions sur leur situation de travail.

### **2.3 Limites**

Par manque de temps et en raison du fait que l'étude a été effectuée de mai à août), les 60 entretiens individuels prévus initialement n'ont pu être réalisés. Cependant, des réunions de groupe ont permis de rencontrer un grand nombre de responsables et de salariés de structures d'aide et de soin à domicile (plus d'une dizaine par catégorie) et, dans chaque catégorie, plusieurs entretiens individuels ont été menés (entre 5 et 10), au total 42.

Il n'a pas été facile de rencontrer des particuliers employeurs utilisateurs de services liés au maintien à domicile d'un bénéficiaire dépendant. Tout d'abord parce que, majoritairement, ces personnes et leur entourage font plutôt appel à des structures.

Ensuite, parce que les particuliers employeurs ne sont pas encore dans une démarche de réflexion sur les risques professionnels encourus par leurs salariés (les structures étant elles-mêmes au début de leur travail de prévention). Mais cela est le cas de presque tous les bénéficiaires, et non pas seulement de ceux qui sont des particuliers employeurs, qui, aux détours d'une conversation, déclarent : « *De notre temps, on ne prenait pas toutes ces mesures de protection, on ne s'embêtait pas avec la sécurité* ».

Enfin, les particuliers employeurs dépendants n'ont pas toujours les capacités pour réaliser que leurs salariés encourent des risques au travail ou encore pour mener une conversation suivie. Bien évidemment, il y a des exceptions, comme le sont par exemple les personnes qui ont été sensibilisées à la question au cours de leur activité professionnelle.

## **3 Résultats de l'enquête**

### **3.1 Données générales**

#### **3.1.1 Choix de la profession**

Les orientations vers les métiers de l'aide et du soin sont différentes.

Pour ce qui concerne les salariés de l'aide rencontrés, leurs parcours professionnels sont variés. A l'origine, il peut s'agir de personnes ayant exercé des métiers tels que secrétaire, assistante de direction, professeur de danse, femme au foyer, assistante maternelle, dame de compagnie, membre d'association humanitaire... mais la majorité des intervenants n'ont aucune qualification professionnelle. Leur entrée dans la profession est principalement due au hasard, suite à des événements familiaux particuliers, des opportunités qui se sont présentées, une volonté de trouver rapidement un emploi...

Les salariés du soin se sont orientés, en général, plus tôt dans la profession. Ce sont des intervenants soignants qui ont eu une ou plusieurs expériences en établissement.

Cependant tous ces salariés, qui sont très majoritairement des femmes, ont en commun une attirance pour le contact avec les personnes qui en ont besoin (que ce soit des personnes malades, âgées, handicapées,...) et se préoccupent de leurs bénéficiaires. D'ailleurs, les responsables des structures d'aide et de soin témoignent : « *Les salariés font plus attention à la santé de leurs bénéficiaires qu'à leur propre santé* ». Cette volonté d'aider et de se sentir utile est une des principales raisons de satisfaction au travail.

#### **3.1.2 Choix de l'emploi direct ou indirect**

##### Les bénéficiaires :

Les bénéficiaires dépendants et leur entourage qui recherchent des personnes afin d'effectuer des travaux d'aide à domicile vont s'adresser en premier lieu à des structures. Tout d'abord parce que, lorsqu'ils ne connaissent personne pour effectuer ces tâches, il s'agit de la méthode la plus simple et la plus logique. Ensuite, parce qu'une structure peut assurer un travail en continu même pendant les week-ends, les vacances ou en cas d'arrêt maladie. Enfin, parce que la structure s'occupe d'un certain nombre de démarches administratives ce qui simplifie la gestion de la situation.

Par contre, une fois que bénéficiaire et salarié se connaissent, ils peuvent choisir de changer de mode de fonctionnement et utiliser l'emploi direct. Le salarié est alors mieux payé.

La bouche-à-oreille est également à l'origine de services en emploi direct.

### Les salariés :

Pour ce qui concerne les salariés, ils font le choix de travailler pour des structures afin d'avoir des revenus fixes, mensualisés, des intermédiaires en cas de problème avec un bénéficiaire ou son entourage, des démarches administratives simplifiées.

Ils peuvent préférer l'emploi direct pour avoir des revenus plus élevés, une entière liberté dans leur emploi du temps et dans le choix des bénéficiaires avec lesquels ils travaillent (choix de la personne en fonction de critères personnels : comportement mais aussi état du logement, distance par rapport au domicile...).

### **3.1.3 Les relations entre salariés et bénéficiaires**

Les salariés de l'aide et du soin à domicile estiment leur activité utile et le plus souvent, reconnue par les bénéficiaires qui en ont les capacités. Ce sont d'ailleurs leurs principales sources de satisfaction au travail : « *Les compliments, c'est la récompense* ». Les entretiens menés auprès des bénéficiaires confirment ces dires des salariés, comme ce particulier employeur qui témoigne : « *Je serais bien embêtée si elle [son aide à domicile] partait* ». De solides relations de confiance se créent, personnalisées au point que « *Les bénéficiaires acceptent mal l'absence de l'intervenant quand il tombe malade ou qu'il part en congés* ».

Les bénéficiaires réellement dépendants sont sensiblement les mêmes : des personnes âgées, handicapées et/ou touchées par la maladie (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaque, cancer...). Il est rare que, pour ces populations, des actions d'aide et de soin se fassent l'une sans l'autre. Les relations qui se créent entre salariés et bénéficiaires sont donc logiquement similaires. Bien évidemment, il faut prendre en compte le fait que le nombre d'heures de présence de chaque salarié diffère et que pour aboutir à une même relation, il faut un nombre d'heures équivalent. Les liens qui apparaissent (quand il n'y a pas conflits de caractères) sont forts et les salariés peuvent avoir du mal à prendre congé des bénéficiaires, qu'ils savent en mal de compagnie ou qui les font culpabiliser de les laisser seuls, à la fin de leur travail : « *On n'est pas dans un bureau : je laisse mon dossier, je reprendrai demain* ».

L'état des bénéficiaires est évolutif et va, le plus souvent, en se dégradant. Les salariés de l'aide à domicile peuvent se trouver face à une situation que ne connaissent pas les salariés du soin : à l'origine, ils travaillaient pour une personne valide ou peu dépendante dont l'état de santé s'est détérioré et qu'ils ont continué à aider. Les relations entre salarié et bénéficiaire sont alors d'autant plus fortes qu'ils se connaissaient avant que ne se produisent les changements d'état de santé. Les salariés du soin, eux, sont amenés à voir des bénéficiaires aux besoins plus importants dès le début de leurs interventions. De par leur expérience en établissement, ils ont plus connaissance des limites à imposer dans leurs relations de travail auprès des bénéficiaires.

Mais, entre théorie et pratique, des cas particuliers se présentent régulièrement. Il est naturel qu'il soit plus facile de travailler auprès de certains bénéficiaires que d'autres. Certains salariés indiquent que « *Les bénéficiaires sont de plus en plus exigeants, de plus en plus difficiles* ». En outre, selon les pathologies, les comportements peuvent être altérés ; les malades d'Alzheimer peuvent notamment être très agressifs.

Un point peut également être relevé concernant les salariés de l'emploi direct : ils choisissent leurs bénéficiaires et peuvent décider de leur propre chef de ne plus travailler pour une personne. Il n'y a pas d'intermédiaire (structure), aussi bien pour imposer de continuer le travail chez un bénéficiaire que pour régler la situation (médiation, aide d'un autre salarié...). Cela signifie que les relations que ces salariés entretiennent avec leurs bénéficiaires sont généralement bonnes.

### **3.1.4 Les autres relations au travail**

#### Entourage des bénéficiaires

Les réactions de l'entourage des bénéficiaires varient d'une personne à l'autre. Divers sentiments cohabitent : reconnaissance, confiance mais aussi culpabilité, jalousie, incompréhension car méconnaissance... Des situations difficiles peuvent en résulter : l'entourage est désagréable envers le salarié, lui reproche de ne pas faire son travail correctement ou de ne pas effectuer assez de tâches dans le temps imparti, il veut tout contrôler et ne permet aucune autonomie dans le déroulement de l'activité... Il est paradoxal de voir que parfois, les relations entre bénéficiaire et intervenant sont très bonnes mais que l'entourage est source de conflits.

Les cas où l'entourage ne s'implique pas et ceux où les personnes sont totalement seules ne sont cependant pas plus faciles à gérer. Les intervenants sont alors les seuls contacts avec l'extérieur des bénéficiaires et ils se font « accaparer » par ces personnes qui ont besoin d'établir des relations sociales.

#### Responsables de structure et collègues

En général, les responsables et les collègues de la structure reconnaissent le travail des intervenants. Des tensions existent lorsqu'un salarié ne fait pas correctement son travail ou alors quand des inégalités de traitement se font ressentir ce qui entraîne des jalousies. C'est le cas notamment lorsqu'une salariée de l'aide s'occupe de préparer le repas d'un bénéficiaire et lui tient compagnie alors qu'une de ses collègues, aux compétences similaires, qui intervient auprès de la même personne, ne fait que s'occuper des tâches ménagères. Mais il s'agit de situations que l'on retrouve dans tous les métiers.

Ce qui est notable, par contre, c'est que les salariés des structures de l'aide et du soin n'hésitent pas à faire remonter les problèmes ainsi que les informations qui leurs semblent importantes afin de prévenir leur responsable et leurs collègues.

#### Autres intervenants au domicile

Des problèmes apparaissent plutôt au niveau des relations entre les salariés et les autres intervenants au domicile.

Salariés de l'aide et salariés du soin se craignent mutuellement. Les salariés de l'aide ont l'impression que les salariés du soin les « *Regardent de haut* » et les salariés du soin pensent que les salariés de l'aide, qui passent plus de temps avec les bénéficiaires, les « *Critiquent derrière leur dos* ». Ces problèmes sont liés à une méconnaissance entre les intervenants qui ont pourtant les mêmes objectifs d'aide aux personnes. Des rencontres entre responsables de structures d'aide et de soin ont mis en évidence la situation.

Les relations sont encore plus tendues entre salariés de l'aide et du soin et intervenants libéraux, notamment les infirmières (parce que ce sont elles qui interviennent le plus souvent et non parce que leur attitude est différente des autres). Plusieurs salariés estiment qu'on leur manque de respect, quand, par exemple, les déchets de soin ne sont pas jetés correctement ou quand des couches sont laissées à même le sol dans la chambre.

### 3.1.5 Les tâches

Les tâches des salariés de l'aide et du soin diffèrent.

Les premiers effectuent principalement des tâches domestiques d'entretien de la maison (ménage, lavage, repassage...), s'occupent des courses, préparent les repas, aident à certains actes de la vie quotidienne (aide à la prise du repas, à l'habillage, aide aux transferts...).

Les salariés du soin réalisent des actes sur prescription médicale et effectuent un certain nombre de tâches annexes à ces actes (aide aux transferts...).

Les questions de frontières se posent pour la toilette, la préparation et l'assistance à la prise de médicaments. Ces questions entraînent des conflits entre intervenants, principalement parce qu'ils ne savent pas ce qui relève de leur travail ou non.

### 3.1.6 Les formations

Les salariés de l'aide travaillant auprès de personnes dépendantes (hors enfants) ont à leur disposition plusieurs formations et ministères certificateurs, notamment :

- ✓ Le DEAVS ou Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale, le plus reconnu. Il est géré par la Direction générale de l'action sociale et comprend environ un millier d'heures de formation. La voie principale permettant d'y accéder est la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).
- ✓ Le diplôme d'assistante de vie familiale, du Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité,
- ✓ Le CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) d' « assistant technique en milieu familial et collectif » et le BEP (Brevet d'Etudes Professionnelles) « carrières sanitaires et sociales » et la mention complémentaire « aide à domicile », du Ministère de l'Education nationale,
- ✓ Le CAP « employé d'entreprise agricole » option « employé familial », le CAP « services en milieu rural » et le BEP « services aux personnes », délivrés par le Ministère de l'Agriculture,
- ✓ Le certificat de qualification professionnelle « assistante de vie personnes âgées », de l'Institut FEPEM de l'Emploi Familial (LESELLIER, 2008).

Les salariés du soin sont issus principalement des formations de santé d'aide-soignant (Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant ou DEAS) et d'infirmier.

Les stages de formations effectués par les salariés de l'aide et du soin à domicile sont particulièrement appréciés. Ils témoignent « *J'apprends beaucoup* », « *Les stages sont vraiment bien, c'est dommage qu'ils soient si courts et si condensés* ». Les modules les plus suivis sont notamment ceux basés sur l'ergonomie (manutention de personnes, gestes et postures), ceux sur les maladies du grand âge (Alzheimer, Parkinson...), l'accompagnement en fin de vie, les premiers secours...

### **3.1.7 La réglementation**

Tout employeur a des obligations en matière de prévention des risques professionnels envers ses salariés.

Ainsi, il doit respecter l'article L230-2 du code du travail (Livre II : Réglementation du travail, Titre III : Hygiène, sécurité et conditions de travail, Chapitre préliminaire : Principes généraux de prévention) : « *I. - Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.* ».

Les responsables de structures sont au courant de cette obligation ; ils savent qu'ils doivent mettre en œuvre des moyens afin de limiter les risques professionnels encourus par leurs salariés. Mais cette situation est loin d'être la même pour les particuliers employeurs qui ne sont pas préoccupés généralement par la protection de leurs salariés lors des travaux effectués pour eux, tout simplement parce qu'ils ne sont pas assez informés sur leurs responsabilités en tant qu'employeurs.

## **3.2 Les risques**

### **3.2.1 Description des risques**

Les salariés de l'aide et du soin à domicile sont exposés à deux familles de risques :

- ✓ Les risques « physiques »
- ✓ Les risques psychosociaux

## A) Les risques « physiques »

La famille des risques « physiques » des métiers de l'aide et du soin à domicile comprend les risques suivants :

- Risque routier : étant donné la multiplicité des lieux de travail des salariés du secteur, ces derniers effectuent quotidiennement plusieurs déplacements. Le risque lié à ces déplacements est d'autant plus important si le salarié n'a pas assez de temps entre deux interventions ou s'il a été retenu plus longtemps chez un bénéficiaire et qu'il se dépêche pour arriver à l'heure chez le suivant. De même, un véhicule mal entretenu, des routes dégradées, une mauvaise connaissance de l'itinéraire, des conditions climatiques difficiles (brouillard, pluie, neige, verglas...), la fatigue peuvent aggraver la situation. Les accidents dus à la circulation sont la première cause d'accident mortel au travail (75% des accidents mortels pour les salariés de l'aide et du soin à domicile).

- Risque de troubles musculo squelettiques (TMS) :
  - Lié aux postures pénibles telles que la posture courbée, accroupie, à genoux, le dos en torsion (pour nettoyer des endroits difficiles d'accès, pour aider un bénéficiaire à s'habiller), bras levés (pour nettoyer des éléments en hauteur : vitres, haut de meubles), lié aux postures prolongées (debout toute la journée), lié aux gestes répétitifs à cadence élevée (repassage, passage de l'aspirateur)...
  - Lié aux manutentions manuelles de charges lourdes ou volumineuses : aider un bénéficiaire à se lever et à se déplacer, porter des courses, déplacer des meubles, soulever des tapis, retourner des matelas, transporter du bois ou des bouteilles de gaz...



Figure 3 : Affiche INRS

Ces situations peuvent entraîner affections péri-articulaires, douleurs dorsales, lumbagos, sciatiques, traumatismes suite à l'écrasement ou au coincement d'un pied, d'une main... Des facteurs influencent l'exposition : le poids (des meubles, des courses, des appareils, de la personne...), l'état de santé de la personne assistée (plus ou moins autonome), la configuration du domicile, la formation...

- Risque de chute :
  - De plain pied en présence d'un sol glissant, défectueux (trous, mauvais ajustement de carreaux ou de lattes), en pente, en présence de tapis, moquettes, paillasons, marche ou rebord, lorsque le passage est étroit ou encombré (par des rallonges électriques, des cartons),
  - De hauteur quand est effectué un travail en hauteur sur une chaise, un escabeau, une échelle (pour nettoyer les vitres, changer une ampoule, accéder à un rangement en hauteur).

Les animaux présents au domicile des bénéficiaires peuvent également être à l'origine de chutes. Cependant, ce risque, rencontré dans la vie quotidienne, est banalisé et les salariés ne font pas remonter les incidents, ne les considérant pas comme liés à leur travail.

- Risque chimique : lors de l'utilisation d'eau de javel, détergents (nettoyants sols et autres surfaces), produit vaisselle, produit lave vitre, anticalcaire, détartrant, désinfectant, dépoussiérant, décapant four, déboucheur de conduite (Destop...), produits pour le linge (lessive, adoucissants, détachants...), pastille lave-vaisselle, produits pour les plantes, insecticides, produits pour les animaux. Ces produits peuvent être irritants, corrosifs (comme l'eau de javel). L'exposition, qui a lieu pendant l'exécution de tâches ménagères, est répétée et se fait par voie cutanée ou par inhalation. Les conséquences peuvent aller d'irritations à la brûlure chimique grave en passant par l'allergie, le mal de tête ou de ventre... L'utilisation de ces produits se fait généralement dans des pièces non adaptées : trop petites, non ventilées, sans fenêtre, aux fenêtres qui ne peuvent pas s'ouvrir ou qui ne doivent pas être ouvertes



Figure 4 : Affiche INRS

pour respecter la volonté du bénéficiaire... Il est donc logique que tous les salariés de l'aide rencontrés utilisant régulièrement ces produits aient indiqué avoir déjà souffert soit de maux de tête ou de ventre soit d'irritations des yeux ou respiratoires.

Au cours de leur travail, les salariés de l'aide et du soin peuvent également être soumis au tabagisme passif de la part des bénéficiaires ou de leur entourage.

- Risque biologique : lors de contacts éventuels avec sang, urine, selles, déchets de soin, salive (bave, crachats), animaux et leurs déjections (notamment lors du nettoyage de litières). Les agents infectieux peuvent être des bactéries (staphylocoques, streptocoques, bacille tuberculeux...), des virus (grippe, zona, hépatite B et C, infection par le VIH...), des champignons (mycoses). Les voies de contamination possibles sont la voie respiratoire (émission de gouttelettes lors de la parole, toux...), la voie cutanée (blessure par un objet souillé, contact avec une plaie infectée, ulcère de jambe, manipulation de linge, de bassin, d'ordures ménagères...), la voie digestive (par l'intermédiaire des mains ou d'un objet souillés portés à la bouche) (INRS, 2005). Dans les métiers du soin, plusieurs vaccins sont obligatoires pour limiter ces risques : le DTPolio, le vaccin contre l'hépatite B. Par contre, dans le domaine de l'aide, seul le DTPolio est obligatoire.

Un grave problème existe concernant la prévention du risque infectieux : les intervenants, et souvent leurs responsables également, n'ont pas connaissance des pathologies dont souffrent les bénéficiaires. Ces derniers ne sont pas tenus de donner de telles informations personnelles. Les médecins, soumis au secret médical, ne peuvent pas en faire part non plus. La santé des intervenants est donc potentiellement mise en danger sans qu'ils le sachent...

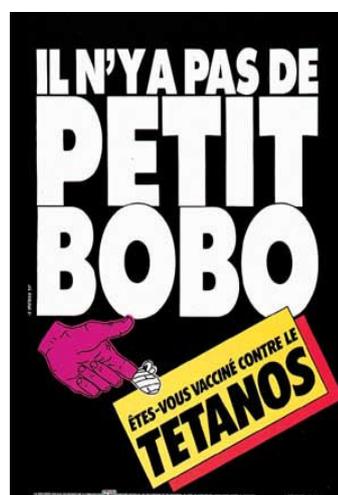


Figure 5 : Affiche INRS

- Risque lié au matériel : coupure, piqûre, brûlure, électrisation, électrocution, intoxication au gaz (monoxyde de carbone...), incendie, explosion... Dus à la manipulation d'objets tranchants (couteaux, ouvre-boîtes, boîtes de conserve, verre cassé...), piquants (seringue, aiguille, épingle...), chauffants (plaque de cuisson, four, fer à repasser, sèche-cheveux, chauffage d'appoint, poêle, bouilloire, cafetière, grille-pain, friteuse...), ou présentant d'autres dangers particuliers. Comme pour le risque de chute, les petits incidents de la vie quotidienne liés au matériel ne sont pas remontés. Par contre, lorsqu'un appareil est défectueux, lorsqu'il y a un défaut électrique, les salariés vont en faire part à leur employeur. Malheureusement, ce n'est pas pour cela que quelque chose sera fait dans tous les cas.
- Risque lié à l'environnement de travail : bruit (bénéficiaires qui ont des problèmes d'audition), température (trop élevée quand le bénéficiaire a toujours froid, trop basse si tout le domicile n'est pas chauffé), humidité (notamment dans la salle de bain lors de la toilette, de la douche...).

## B) Les risques psychosociaux

Le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et des solidarités, indiquent que les risques psychosociaux recouvrent les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés. Ils se traduisent par l'apparition de symptômes physiques (douleurs, troubles du sommeil, de l'appétit...), de symptômes émotionnels (crises de larmes, angoisse, tristesse, dépression...), de symptômes intellectuels (problèmes de concentration, erreurs, difficultés à prendre des initiatives...) et de répercussions sur le comportement (consommation de médicaments psychoactifs, d'excitants, addiction, fuite, inhibition...). Ils peuvent interagir avec d'autres risques et favoriser l'apparition de pathologies graves comme les maladies cardio-vasculaires, de troubles musculo squelettiques, de problèmes de santé mentale (dépressions, maladies psychosomatiques...). Cela peut aller jusqu'au suicide.

Les conséquences sont également lourdes pour les entreprises : détérioration de l'ambiance de travail, hausse des accidents de travail et des maladies professionnelles, hausse des arrêts de travail, turn-over, absentéisme, baisse de la productivité... (INRS, juillet 2007) Certaines de ces conséquences sont considérées comme des indicateurs de risques psychosociaux.

L'origine des risques psychosociaux est multifactorielle. Dans le domaine de l'aide et du soin à domicile, plusieurs facteurs interagissent :

- Le travail à effectuer :
  - Les tâches en elles-mêmes : lorsqu'elles sont monotones, répétitives, trop dispersées, lorsqu'elles ne permettent pas d'apprendre des choses ni d'évoluer professionnellement, lorsqu'elles nécessitent beaucoup d'attention ou impliquent trop de responsabilités
  - Conditions de déroulement de l'activité : lorsque le travailleur est isolé, quand il n'a aucune liberté de décision ou inversement
  - Quantité de travail : lorsqu'il y a surcharge ou sous-charge de travail
- L'organisation du travail :
  - Rythme : lorsque la cadence est trop rapide, les horaires mal agencés ou dépassés, des créneaux surchargés (le matin pour le lever des personnes, le midi pour le repas, le soir pour le coucher), si le travail est fréquemment interrompu



**Figure 6 : Illustration rythme de travail (source Service de santé au travail MT71)**

- Management de travail : lorsqu'il y a multiplicité des lieux de travail, quand il y a de grandes distances entre les lieux de travail ou entre le domicile et les lieux de travail, lorsqu'il y a travail de nuit, le week-end, les jours fériés, qu'il est difficile de prendre des congés, qu'il y a des sollicitations en-dehors des heures de travail (appel téléphonique au domicile personnel), qu'il y a peu de temps pour manger correctement
- Communication interne : lorsqu'il y a des exigences ou des consignes contradictoires, ou en l'absence de consignes

On peut remarquer qu'au niveau organisationnel (et notamment au niveau de l'aménagement des horaires et des tournées), le secteur du soin est plus structuré car il est plus ancien.

- Les relations au travail : avec les bénéficiaires, les responsables hiérarchiques, les collègues de travail, les autres intervenants au domicile
  - Charge mentale : difficultés de communication (impossibilité de partager les difficultés), manque de soutien, absence de reconnaissance ou de considération
  - Charge émotionnelle : pathologies physiques et psychologiques lourdes, consommation de médicaments psychotiques, d'alcool, confrontation à la souffrance et à la mort

Risques « physiques » et risques psychosociaux s'entremêlent souvent, notamment car certains facteurs de risques sont communs :

- L'environnement : en présence de nuisances physiques (bruit, éclairage, température...), de manque d'espace, de lieux insalubres...
- Le matériel : en l'absence de matériel (lit médicalisé, lève malade, fauteuil roulant...) ou en présence de matériel inadapté/dangereux, selon les produits ménagers et les équipements de protection (gants...) présents ou non

Le contexte global de travail c'est-à-dire l'environnement socio-économique (rémunération faible pour un investissement important, incertitude sur l'avenir de l'entreprise) et, bien évidemment, la vie privée de chaque salarié influent également mais sont des éléments individuels (MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DES SOLIDARITES, 2005).

L'un des principaux risques psychosociaux est le stress. L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail en donne la définition suivante : « *Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui est soumise* ». En Europe, en 2005, 27% des salariés européens estimaient que leur santé était affectée par des problèmes de stress au travail ce qui en fait l'un des principaux problèmes de santé au travail (INRS, juillet 2007).

Stress aigu et stress chronique sont à différencier (INRS, juillet 2007) :

- ✓ Les situations de stress aigu correspondent aux situations où la personne doit faire face à un événement ponctuel exigeant (prendre la parole devant une ou plusieurs personnes, rendre un rapport écrit...)
- ✓ Les situations de stress chronique correspondent aux situations où la personne est confrontée à des contraintes de travail durables ; cela correspond à l'épuisement d'un organisme qui fonctionne depuis longtemps en surrégime. Dans ce cas, il s'agit de risques psychosociaux.

Le stress est vécu plus difficilement lorsqu'il est subi : une aide-soignante pourra, par exemple, supporter la confrontation quotidienne à la maladie dans la mesure où, en choisissant ce métier, elle en connaissait les contraintes. En revanche, elle supportera mal l'absence de plage horaire planifiée pour faire le point avec ses collègues sur l'état des malades. De même, l'accumulation de sources de stress est un élément aggravant.

### **3.2.2 Données chiffrées**

D'après les données AT/MP, en 2006, en France, les 520 000 salariés relevant du régime général des services de l'aide et du soin à domicile recensés (8 500 structures) comptabilisaient 27 156 sinistres avec arrêt (dont 19 mortels, 15 par accident de circulation). 84 % de ces déclarations concernaient des accidents du travail et 14 % des accidents du trajet. Le reste a été reconnu comme maladie professionnelle.

Les services de l'aide et du soin à domicile connaissent un nombre important d'accidents du travail avec arrêt, 44 pour 1 000 salariés (moyenne nationale toute branche professionnelle confondue : 39,4). Les origines de ces AT avec arrêt sont principalement les chutes de plain pied (1 sur 3) et les manutentions manuelles (1 sur 3 également). La nature des lésions est le plus souvent des douleurs par effort au niveau du tronc (38 %), puis des contusions (20 %). Si le secteur du Bâtiment et Travaux Publics reste loin devant avec 85,4 AT pour 1 000 salariés, le secteur de l'aide et du soin à domicile a un taux comparable au secteur de la Métallurgie (40,5 pour 1 000) ou des Transports, Eau, Gaz, Electricité (48,2 pour 1 000), ce qui paraît anormal au vu des activités respectives des salariés et particulièrement élevé.

Pour ce qui concerne les 769 maladies professionnelles indemnisées en 2006, 88 % d'entre elles sont des affections péri articulaires (contre 70 % au niveau national tous domaines confondus), tableau 57 des maladies professionnelles (CNAMTS, CRAM Languedoc Roussillon, ORS Languedoc Roussillon, 2008).

Ces données, issues des déclarations faites à la Sécurité sociale, permettent d'avoir des renseignements sur les risques « physiques » mais le flou persiste sur les risques psychosociaux (pour plus d'informations sur les AT/MP dans les métiers de l'aide et du soin à domicile, voir les annexes 3 et 4).

### **3.2.3 Evaluation des risques et prévention**

Les risques ne sont pas évalués par les salariés qui travaillent pour les particuliers employeurs. Pour les salariés des structures (qu'elles soient prestataires, mandataires ou les deux), la situation varie en fonction de l'organisation du service. En général, s'il y a une réelle évaluation, elle a lieu avant la première intervention au domicile du bénéficiaire, au cours d'une visite d'un responsable de secteur ou d'un infirmier coordinateur. Ces derniers considèrent qu'il faut « *Etablir un contact, regarder, écouter* », « *Connaître la personne* ». Ces visites peuvent durer d'une heure jusqu'à près de 3h. D'un côté, « *On ne peut pas faire vite* », d'un autre côté, « *Il ne faut pas que la personne ait l'impression d'être jugée* ».

Les documents uniques d'évaluation des risques professionnels sont rares et ne répondent que partiellement à ce que l'on pourrait attendre de ces documents.

Des actions de prévention des risques professionnels peuvent exister ou se mettre en place dans les structures mais, à ce niveau également, la situation est très inégale car complexe. Le problème est le suivant : d'une part les lieux de travail des salariés sont des domiciles privés où les structures n'ont pas la légitimité d'intervenir sans l'accord du bénéficiaire ou de son entourage, d'autre part les employeurs se doivent de protéger la santé et d'assurer la sécurité de leurs salariés

Pour ce qui concerne les équipements de protection individuelle ou EPI (tels que gants, blouses, chaussures, masques...), ils sont fournis aux salariés du soin par les SSIAD mais pas par toutes les structures ou tous les particuliers employeurs aux salariés de l'aide. Il s'agit toujours de situations au cas par cas. L'aide à domicile fait parfois elle-même des achats parce qu'on ne lui fournit pas de matériel (EPI mais aussi produits ménagers, balai espagnol...) ou alors du matériel qui ne lui convient pas. Quand on sait que même lorsqu'ils sont présents, les EPI ne sont pas forcément utilisés, la proportion de salariés protégés est donc plutôt faible.

### **3.3 Informations complémentaires**

L'étude a permis de pointer des données qui n'apparaissent pas dans les chiffres clés 2006 et d'en développer d'autres :

- ✓ Les risques professionnels les plus fréquemment cités par les salariés ne sont pas toujours ceux qui ressortent dans les chiffres clés. La perception des risques varie d'une personne à l'autre, il est donc compliqué de généraliser les données et d'indiquer LE risque perçu comme le plus important pour les salariés et les structures du secteur. Ce qui est certain c'est que les risques psychosociaux, les troubles musculo squelettiques, les chutes et le risque routier sont prépondérants.
- ✓ Malgré leur forte présence dans le secteur de l'aide et du soin à domicile, il y a très peu d'informations sur les risques psychosociaux si ce n'est à travers les TMS, dont on admet qu'ils sont en facteur aggravant. Il est certain qu'évaluer précisément ces risques est complexe étant donné qu'ils résultent de l'interaction entre de nombreux facteurs liés au travail mais également personnels.

- ✓ Beaucoup de salariés du secteur souffrent de pathologies professionnelles ou ont des accidents de travail qui ne sont pas déclarés, surtout s'ils sont exposés aux dangers également dans leur vie privée. Cela est dû à de l'ignorance, à la peur de perdre son emploi, à l'habitude ou l'accoutumance à la souffrance. Il y a donc une sous déclaration des AT/MP.
- ✓ Les salariés se mettent plutôt en arrêt maladie qu'en AT/MP, notamment pour des problèmes de stress, de charge mentale ou de douleurs physiques, ce qui entraîne un transfert des AT/MP vers des arrêts maladie.
- ✓ Les restrictions d'activité physique prononcées par le médecin du travail à l'encontre des salariés du secteur ne sont pas recensées.
- ✓ Le risque chimique n'apparaît jamais alors que tous les salariés ont reconnu avoir déjà été incommodé par un produit chimique.

### 3.4 Les attentes et les besoins

Salariés et employeurs de l'aide et du soin à domicile sont dans l'attente de toujours plus d'actions de formation et d'information à tous les niveaux pour limiter les risques professionnels (par exemple : en améliorant l'organisation du travail pour les employeurs, en ayant connaissance des gestes et postures à privilégier pour les salariés, en indiquant aux particuliers employeurs, qui l'ignorent, qu'ils peuvent faire bénéficier de formations gratuites à leur salarié). Ces actions doivent être largement diffusées et simples d'accès.

Des initiatives de rencontres entre les salariés de l'aide et du soin et les professionnels libéraux de santé doivent être lancées pour communiquer et limiter les problèmes liés à la méconnaissance que les intervenants ont les uns des autres notamment :

- ✓ Les médecins connaissent mal le fonctionnement des aides qui peuvent être apportées à une personne alors que leurs patients et leurs familles leur demandent conseil. Les infirmiers coordinateurs de SSIAD s'expriment : « *Les médecins ne connaissent pas les SSIAD* », « *Quand on les appelle, ils demandent ce qu'est un SSIAD et quel travail nous faisons* ».
- ✓ Les infirmiers libéraux, qui considèrent les SSIAD comme des concurrents et non comme des partenaires.

Les salariés de l'aide et du soin à domicile souhaitent également que des actions de prévention des risques psychosociaux soient mises en œuvre (soutien psychologique, groupes de paroles...), que la reconnaissance de leurs métiers continue de progresser et que cela passe notamment par une reconnaissance financière, que les tâches de chacun soient éclaircies et bien définies.

La multiplicité des statuts des structures pouvant apporter des services d'aide, qui peuvent se référer à différentes conventions collectives, les politiques qui varient en fonction des Conseils Généraux (notamment au niveau du nombre d'autorisations qu'ils donnent à des structures d'aide), complexifient beaucoup la donne.

## **4 Discussion**

### **4.1 Les enquêtes existantes**

Depuis les années 1960, des enquêtes ont lieu régulièrement sur les conditions de travail des salariés, leur santé... Afin de déterminer ce qui peut être fait pour les salariés de l'aide et du soin à domicile, il est intéressant de savoir comment elles ont été réalisées.

#### **4.1.1 SUMER**

L'enquête SUMER (Surveillance MEDicale des Risques) est une enquête transversale qui évalue les expositions professionnelles des salariés (près de 50 000 personnes interrogées), la durée de ces expositions et les protections collectives ou individuelles mises à disposition. Elle a eu lieu en 1994 et en 2002-2003. Les données ont été recueillies par le médecin du travail lors des visites médicales périodiques et par un auto-questionnaire. La conception des questionnaires et le déroulement de la collecte ont été élaborées par un comité de pilotage regroupant des experts des conditions de travail et de la santé au travail issus de nombreuses institutions et de disciplines variées, ergonomie, épidémiologie, sociologie...

Les objectifs de l'enquête sont :

- D'offrir aux préventeurs un état des lieux des expositions professionnelles aux nuisances ou aux situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé, étape nécessaire à la mise en place de mesures de prévention au niveau local, régional et national (veille sanitaire). Cet état des lieux peut se faire en fonction du secteur d'activité, de la taille de l'établissement employeur et des caractéristiques personnelles et socioprofessionnelles du salarié.
- D'offrir au législateur la possibilité de confronter le champ de la réglementation en hygiène et sécurité à la réalité des expositions professionnelles.
- D'offrir aux chercheurs une référence pour établir des priorités d'études, fondamentales ou appliquées.

Le questionnaire rempli par le médecin du travail comprend :

- Les caractéristiques de l'employeur,
- Les caractéristiques du salarié,
- Les contraintes organisationnelles et relationnelles : temps de travail, rythme de travail, autonomie, marges d'initiative, collectif de travail, contacts avec le public
- Les ambiances et contraintes physiques (bruit, nuisances thermiques, radiations ou rayonnements, manutention manuelle, contraintes posturales et articulaires, vibrations...).
- Les expositions aux agents biologiques
- Les agents chimiques
- Le jugement du médecin sur la qualité du poste de travail.

L'auto-questionnaire rempli par le salarié comprend :

- Le ressenti sur sa situation de travail, avec les items du questionnaire de Karasek
- Une évaluation des modifications induites par le passage aux 35 heures sur sa charge et ses contraintes de travail
- Une estimation de son état de santé et quelques indicateurs sur le lien qu'il fait entre sa santé et sa situation de travail
- Un questionnement sur des situations qui par leur accumulation font ressentir un possible harcèlement moral au travail.

La mise en parallèle des réponses des deux questionnaires permet une meilleure appréhension des liens entre le ressenti au travail (perception du travail et relation travail santé) et les expositions. SUMER 2003 serait représentative de 17,5 millions de salariés (80%) (MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DES SOLIDARITES, mars 2007).

#### **4.1.2 Enquête conditions de travail**

Depuis 1978, des enquêtes « Conditions de travail » ont été menées en France. Destinées aux actifs ayant un emploi, ces enquêtes sont organisées et exploitées par la DARES.

Quantifier les conditions de travail ne va pas de soi. En effet, les données recueillies ne reposent pas sur des mesures objectives mais sur les déclarations des salariés. Pour autant, il ne s'agit pas d'enquêtes d'opinion. Les items choisis sont aussi concrets que possible. Par exemple, sur le bruit, une des questions posées est : "quand vous travaillez, si une personne placée à deux ou trois mètres de vous, vous adresse la parole : 1. vous l'entendez si elle parle normalement ; 2. vous l'entendez, à condition qu'elle élève la voix ; 3. vous ne pouvez pas l'entendre". Cette question vise à repérer indirectement le seuil de 85 décibels, considéré comme l'intensité sonore au-delà de laquelle des atteintes irréversibles de l'audition sont susceptibles de se manifester. En outre, sur chaque thème abordé, plusieurs questions simples sont posées ; elles permettent de limiter les incertitudes et de cerner une réalité perçue et non un fonctionnement théorique

A l'origine, l'enquête s'est construite autour des pénibilités physiques (rester longtemps debout, rester longtemps dans une autre posture pénible et fatigante à la longue, porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations...) et risques professionnels (manipuler ou être en contact avec des produits explosifs, travailler sur une machine dangereuse, risquer de tomber, d'être brûlé, risquer d'avoir un accident de la circulation) ou environnementaux (températures, conditions d'hygiène, nuisances sonores, respirer des fumées, des toxiques...). Les contraintes horaires de travail ont été prises en compte (durée de travail, de trajet, étendue de la journée de travail, régularité ou irrégularité, travail tôt le matin, tard le soir, la nuit, le week-end, absence de repos hebdomadaire de 48 heures consécutives...) en tenant compte d'une journée et d'une semaine "de référence".

Il en est de même pour l'organisation du travail (rythmes de travail et ce qui les détermine, marges d'initiatives par rapport aux procédures et le collectif de travail...).

Sur de nombreux sujets, conformément aux intentions de ses concepteurs, l'enquête « Conditions de travail » ne permet pas de conclure mais pose des questions. Les chiffres doivent susciter des débats et non clore les discussions (MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DES SOLIDARITES, novembre 2005).

#### **4.1.3 Enquête décennale de santé**

L'enquête décennale de santé est une enquête descriptive réalisée environ tous les dix ans (en 1960, 1969-1970, 1980-1981, 1991-1992, 2002-2003) par l'INSEE auprès de l'ensemble de la population métropolitaine.

Ses principaux objectifs sont d'appréhender les états de santé, la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée ainsi que la santé perçue. Elle met en relation les consommations de soins avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus et des ménages.

L'enquête fait collaborer l'INSEE, le ministère de la Santé par l'intermédiaire de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le ministère de l'emploi avec la DARES, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), la CNAMTS, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), les Observatoires Régionaux de Santé (ORS), l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques)...

Les personnes enquêtées sont interrogées par l'intermédiaire d'entretiens et d'auto-questionnaires sur leur :

- ✓ Caractéristiques sociodémographiques, y compris diplômes et profession
- ✓ Caractéristique du logement et composition du ménage, revenus
- ✓ Profession actuelle et celle le plus longtemps exercée, âge au premier emploi, durée de chômage au cours de la vie professionnelle,
- ✓ Changement d'activité pour raison de santé, durée de cessation d'activité de plus de six mois pour raison de santé
- ✓ Activité professionnelle et conditions de travail (horaires, pression temporelle, contraintes psychosociales, temps de travail, type de contrat)
- ✓ Morbidité et handicaps des individus, antécédents médicaux
- ✓ Consommations de soins et de prévention en volume et en valeur par catégories : hospitalisation, soins médicaux, pharmacie, autres biens médicaux, soins paramédicaux, biologie...
- ✓ Comportements de prévention

#### **4.1.4 ESTEV**

L'enquête ESTEV (Enquête Santé Travail et Vieillesse) est une enquête sur l'évolution de la santé avec l'âge, en milieu de travail. Elle a été réalisée par les médecins du travail en 1990 et en 1995 au cours de la visite annuelle des salariés pour :

- ✓ Evaluer les évolutions avec l'âge des critères de santé (santé objective et santé perçue) en rapport avec le vieillissement
- ✓ Détecter les facteurs professionnels (expositions, contraintes, astreintes) au moment de l'enquête ou dans le passé, mais aussi certaines caractéristiques psychosociales liées à la monotonie, à l'intérêt, à l'autonomie et aux marges de manoeuvre dans le travail susceptibles de modifier les évolutions de la santé avec l'âge.

Les questionnaires portent :

- ✓ Sur les caractéristiques du travail actuel et passé (horaires, contraintes de temps, pénibilité physique, sur la difficulté de ces contraintes avec l'avance en âge) ;
- ✓ Sur les caractéristiques de santé relevées par les médecins du travail, notamment celles susceptibles d'évoluer avec l'âge : audition, vision, pression artérielle, mesures anthropométriques, douleurs articulaires, nombre de maladies actuelles et passées, consommation de médicaments
- ✓ Sur des examens complémentaires (épreuve fonctionnelle respiratoire, audiogramme, test visuel)
- ✓ Sur des caractéristiques socio-démographiques concernant la qualité de vie (conditions de vie, santé perçue) à partir d'une adaptation française du test de Nottingham et d'une auto-évaluation sur une échelle analogique de bien-être

## 4.2 L'approche des populations

Les populations de salariés de l'aide et du soin à domicile ne peuvent pas être approchés de la même manière.

### ✓ **Salariés prestataires**

Pour approcher les salariés des structures prestataires, des entretiens pourraient être réalisés par des enquêteurs, comme pour les enquêtes décennales de santé et « Conditions de travail », ou par des médecins du travail, comme dans les enquêtes SUMER et ESTEV.

Le passage par des enquêteurs ne permet pas cependant de limiter les biais comme peuvent le faire les médecins du travail. La comparaison des enquêtes SUMER et « Conditions de travail » le montre notamment dans le cas des chauffeurs routiers. Depuis 1984, la proportion de ces salariés estimant qu'une erreur de leur part pourrait entraîner

un danger pour leur sécurité ou celle d'autres personnes ne fait qu'augmenter (ce qui est logique, la sensibilisation des salariés aux risques professionnels augmentant). Or, face à un investigateur de l'enquête « Conditions de travail » en 1998, 70% des chauffeurs répondaient oui tandis que, face à un médecin du travail de l'enquête SUMER, en 1994, ils étaient déjà 82% dans ce cas. Cela s'explique car le médecin du travail est considéré comme un acteur de la sécurité au travail qui connaît les postes et les risques d'accidents. Les salariés sont plus concentrés sur les aspects liés à leur sécurité au travail en sa présence. D'ailleurs, c'est ce qu'il ressort des entretiens avec les salariés du secteur. De plus, les personnes interrogées, parce qu'elles connaissent le médecin du travail ou, au moins, son rôle, lui font plus confiance qu'à un enquêteur inconnu. Elles sont donc plus enclines à lui répondre.

Ces entretiens seraient basés sur un questionnaire à questions fermées (réponses du type oui/non, échelles de fréquence, de temps, d'intensité...). D'ailleurs, afin de faciliter le traitement des données, les enquêtes importantes suivent ce fonctionnement.

L'auto-questionnaire est une autre possibilité mais un enquêteur ou un médecin peut assurer une homogénéité dans les conditions de réalisation du questionnaire et éclaircir les points qui posent problèmes. De plus, un auto-questionnaire peut entraîner des biais car il n'y a pas d'informations sur les non-répondants : ne répondent-ils pas parce qu'ils sont moins conscients des risques ? Parce qu'ils ne sont pas exposés ? Parce qu'ils ne sont plus exposés ? Parce qu'ils ont d'autres priorités que de remplir un questionnaire ?

#### ✓ **Salariés mandataires**

Les salariés employés à temps partiel par des particuliers, que ce soit directement ou dans le cadre mandataire, ne sont concernés par les modalités existantes d'obligation de visite à la médecine du travail. Les employeurs sont encouragés à adhérer à un service de santé au travail mais l'encouragement ne fait pas l'obligation et la question du suivi médical de ces salariés est préoccupante.

Pour avoir des informations sur l'état de santé et les conditions de travail de ces salariés, la solution la plus adaptée est probablement un auto-questionnaire. Les médecins du travail pourraient voir avec les structures d'aide à domicile avec lesquelles ils travaillent pour transmettre ce questionnaire aux salariés mandataires de ces structures. Cependant, les retours seront bien moins importants si les salariés sont interrogés de cette manière que s'ils sont questionnés par un médecin. De plus, certains salariés sont à la fois prestataires et mandataires et il faut donc déterminer comment ils doivent être interrogés : est-ce qu'à partir du moment où ils sont prestataires, ils appartiennent à cette catégorie même s'ils font plus d'heures en mandataire ? Est-ce que c'est le nombre d'heures le plus important qui détermine la catégorie ?

## ✓ **Salariés des particuliers employeurs**

Pour ce qui concerne les salariés du particulier employeur, les entretiens réalisés grâce aux listes de la FEPEM auprès de cet échantillon de population ont permis de mettre plusieurs points en évidence :

- Les listes de la FEPEM ne permettent pas d'interroger un échantillon de population représentatif. Ces listes se basent sur les salariés qui ont une volonté de se former et mènent des actions en ce sens. Ils ont déjà suivi des formations (dans des organismes partenaires de la FEPEM) leur permettant de limiter leurs risques professionnels et donc d'améliorer leurs conditions de travail et leur état de santé. Cela correspond à une portion restreinte et particulière des salariés des particuliers employeurs du secteur.
- Parmi les salariés du particulier employeur consultés, 80% travaillent également pour des structures prestataires ou mandataires. Une partie de cette population de salariés est donc comprise dans les salariés des structures de l'aide. Mais cette proportion varie d'un département à l'autre selon les volontés des Conseils Généraux.

L'URSSAF de Saint Etienne possède des listes sur les employeurs et les salariés utilisant le Chèque Emploi Service Universel ou CESU. Ce mode de paiement est très courant dans l'emploi direct. Malheureusement, ces listes ne contiennent pas d'informations sur les emplois des salariés, il n'est donc pas possible de savoir qui travaille dans le secteur de l'aide auprès de personnes dépendantes. De plus, tous les salariés de l'emploi direct ne sont pas forcément payés par le CESU et des structures sont parfois payées par l'intermédiaire du CESU...

L'INSEE possède des fichiers sur les salariés des particuliers employeurs et travaille actuellement sur l'exploitation de ces fichiers. Il en ressortira des applications qui devraient pouvoir être diffusées à partir d'avril 2009. Les fichiers originaux contiennent essentiellement des informations relatives au nombre d'heures et de jours travaillés, au salaire, au type d'emploi exercé, à l'âge et au sexe des salariés. Ils proviennent de la CNAV et ne sont donc, actuellement, ni réellement adaptés (ils sont basés sur les données des employeurs retraités) ni complets (ils ne prennent en compte que les retraités du régime général). L'exploitation de l'INSEE améliorera sans doute la situation.

Il n'est pas envisageable de passer par les Conseils Généraux qui attribuent l'APA. Ils n'ont à leur disposition que des listes de bénéficiaires et ils ne savent pas si ces derniers font appel à une structure, à plusieurs, à un ou plusieurs salariés de l'emploi direct.

Dans tous les cas, la constitution d'un échantillon représentatif de toutes les populations de salariés de l'aide et du soin à domicile est extrêmement compliquée voire impossible en l'état actuel des choses. Il n'y a pas de bonne solution permettant d'interroger les salariés de l'emploi direct et les salariés mandataires. Dans un premier temps, il est plus pertinent d'approcher les salariés prestataires, par l'intermédiaire de médecins du travail volontaires pour participer à l'étude.

### **4.3 Propositions d'approches à privilégier**

#### **4.3.1 Quelles sont les hypothèses à tester pour évaluer les risques, l'état de santé et les conditions de travail ?**

Grâce aux chiffres-clés 2006, qui détaillent les AT/MP des salariés de l'aide et du soin à domicile, un certain nombre de données existent aujourd'hui sur les risques « physiques » et leur importance. De futures études exploitant les mêmes fichiers vont encore permettre d'affiner les informations sur ces risques professionnels.

Par contre, à ce jour, il existe peu d'informations, dans ce secteur, sur les risques psychosociaux, risques qui influent sur l'état de santé et les conditions de travail des salariés. Plusieurs hypothèses pourraient être testées :

- ✓ Quelle est l'importance des risques psychosociaux dans le secteur de l'aide et du soin à domicile ? Quelle est l'importance des conséquences des risques psychosociaux dans le secteur ? Veut-on tester que l'exposition des salariés aux risques psychosociaux est liée, par exemple, aux relations au travail ?
- ✓ Quel est l'état de santé mentale des salariés du secteur ? En comparant avec les données nationales des enquêtes déjà effectuées, dans quelles conditions est-il significativement plus mauvais ? Quelles en sont les raisons ?
- ✓ Quelle qualité de vie pour les salariés du secteur ? Dans quelles conditions est-elle moins bonne ?

L'objectif de l'étude étant de faire un état des lieux, d'évaluer la situation pour déterminer quelles sont les actions d'amélioration à mettre en œuvre.

### 4.3.2 Comment tester les hypothèses ?

#### A) Questionnaire

Les questionnaires servent à objectiver, à mesurer, à évaluer un état, des contraintes... Leur utilisation exige certaines précautions. Le choix du type de questionnaire n'est pas anodin : celui utilisé doit explorer au mieux les contraintes évoquées par les salariés.

Pour un travail sur les risques psychosociaux, deux possibilités sont présentes :

- ✓ Le modèle de Karasek (annexe 5) : les facteurs psychosociaux au travail sont très classiquement mesurés par le questionnaire de Karasek (psychologue néerlandais). Au cours des deux dernières décennies, ce questionnaire est devenu le principal instrument d'évaluation de ces risques. Il comporte trois dimensions :
  - La demande psychologique. Elle est associée à la réalisation des tâches et porte sur des aspects aussi bien quantitatifs (« travailler très vite », « disposer du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail »...) que qualitatifs (« recevoir des ordres contradictoires »).
  - La latitude décisionnelle. Elle recouvre l'utilisation et le développement des compétences d'une part, l'autonomie, les marges de manœuvre dans la manière de faire son travail et de prendre part aux décisions d'autre part.
  - Le soutien social au travail. Il comporte des aspects relatifs au soutien socio-émotionnel (« les collègues avec qui je travaille sont amicaux ») et instrumental (ils « m'aident à mener les tâches à bien »). Il s'agit aussi bien des relations avec la hiérarchie qu'avec les collègues (INRS, 2006)
  
- ✓ Le modèle de Siegrist : il s'agit du second modèle reconnu dans le domaine de l'évaluation des facteurs psychosociaux. Il a été développé dans les années 90 et repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Ce modèle est moins utilisé pour l'instant car les études qui l'ont validé sont beaucoup moins nombreuses.

Dans son concept d'effort, Siegrist distingue deux sous-domaines :

- La notion d'effort extrinsèque, lié aux exigences de travail, qui reprend certains items du concept de « demande » de Karasek : contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires...

- L'effort intrinsèque ou l'investissement de l'individu vis-à-vis de ce qui est demandé (incapacité de prendre ses distances par rapport au travail, compétitivité et hostilité, besoin d'approbation, impatience et irritabilité)

Ainsi la notion d'exigence de la tâche est modulée par la personnalité de l'individu.

Le deuxième concept du modèle s'intéresse aux gratifications qu'apportent le travail. Elles peuvent être liées au salaire, à l'estime/respect au travail, au statut (sécurité d'emploi et opportunités de carrière). Cet aspect permet de prendre en compte non seulement la réalisation et l'organisation immédiate de son travail mais également le contrôle que peut avoir l'individu sur l'ensemble de sa carrière professionnelle (INRS, 2006).

Dans les enquêtes présentées précédemment, le modèle utilisé est celui de Karasek. Il semble donc judicieux de l'utiliser. Selon le cas, le questionnaire est présent dans sa totalité (comme pour SUMER) ou adapté et seuls certains items sont présents (comme l'enquête décennale de santé et l'enquête « Conditions de travail »). Ce choix dépend des objectifs de l'enquête.

L'enquête décennale de santé, qui n'est pas une enquête spécifique dans le domaine santé travail mais une enquête généraliste, s'intéresse à l'ensemble du domaine de la santé. De ce fait, le nombre de questions propres à chaque thématique est limité. Seules quelques questions parmi les 26 du questionnaire de Karasek sont présentes notamment « Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles », « Dans mon travail, j'ai des activités variées ». D'autres questions se retrouvent mais avec quelques nuances comme on peut le voir dans le tableau qui suit :

<b>Enquête décennale de santé</b>	<b>Questionnaire de Karasek</b>
« Je suis souvent obligée de me dépêcher »	« Mon travail est très bousculé » « Mon travail demande de travailler vite » <i>Pour évaluer la demande psychologique</i>
« Je peux choisir moi-même la façon de procéder »	« J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail » « Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail » <i>Pour évaluer la latitude décisionnelle</i>
« J'ai des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération pour réaliser votre travail »	« Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien » <i>Pour évaluer le soutien social</i>

L'InVS a utilisé les données de l'enquête 2002-2003 pour étudier les associations entre la déclaration de symptômes dépressifs, signes notamment de risques psychosociaux, et certaines conditions de travail et indique que :

- La dépressivité augmente globalement avec l'âge, touche plus fréquemment les inactifs, les personnes ayant des comportements à risque pour la santé (alcool, tabac), les personnes ayant une maladie chronique grave.
- Les caractéristiques personnelles sont à prendre en compte car certaines sont significativement liées à la dépressivité : les événements potentiellement traumatisants survenus avant l'âge de 18 ans, la survenue d'événements graves durant l'année écoulée.
- Plus spécifiquement, les personnels des services directs aux particuliers sont plus touchés par la dépressivité que la moyenne (plus de 15 % au lieu de 11 %).
- Certaines populations, qui correspondent aux salariés de l'aide et du soin à domicile, sont plus exposées que d'autres : les travailleurs qui n'ont pas à disposition l'aide suffisante pour mener à bien leur tâche, les travailleurs aux horaires atypiques, les travailleurs (hors cadres) qui subissent des contraintes de pression temporelle, les travailleurs qui subissent des contraintes psychosociales, les femmes aux revenus modestes qui ne considèrent pas leur travail comme varié ou qui perçoivent comme difficile d'être souvent interrompu dans leur travail ou de devoir se dépêcher (InVS, 2007).

Mais il est difficile de comparer ces résultats avec ceux d'autres enquêtes existantes car le modèle de questionnaire utilisé est spécifique à l'enquête décennale de santé. Le fait de ne pas inclure le modèle de Karasek en entier peut donc être dommageable lorsque l'on souhaite procéder à des comparaisons.

Dans l'enquête « Conditions de travail », pour apprécier la charge mentale, plusieurs questions spécifiques sont posées. En 1984, « Ne pas quitter son travail des yeux » était le seul indicateur de charge mentale. Depuis 1991, de nouvelles questions ont été introduites sur certaines astreintes du travail (gêne oculaire, gêne due au bruit, attention à des signaux visuels ou sonores), sur les relations avec les clients, le fait de devoir abandonner une tâche pour une autre plus urgente, les conséquences d'une erreur... En

1998, de nouvelles questions ont porté sur l'existence d'ordres contradictoires, la nécessité de se débrouiller seul dans des situations difficiles, le fait de devoir se dépêcher, la tension avec les supérieurs et les collègues. Là encore, plusieurs items se retrouvent dans le questionnaire de Karasek et, si l'on s'intéresse aux résultats d'une question et non pas d'un ensemble (comme dans Karasek), ils peuvent être facilement critiqués. En effet, dire, par exemple, qu'une erreur peut avoir des conséquences dommageables peut être une source d'angoisse pour le salarié (qui pense qu'il peut faire perdre de l'argent à son entreprise, être responsable d'un accident) ou un sentiment de responsabilité (qui manifeste l'importance du travail qu'il fait).

En résumé, dans le cadre d'une enquête auprès des salariés de l'aide et du soin à domicile sur les risques psychosociaux, il semble pertinent de reprendre le modèle de Karasek et de l'inclure en entier pour une évaluation globale des situations qui pourront être comparées aux résultats des études existantes. Une restriction doit cependant être émise pour les populations de salariés qui n'ont pas de relations avec une hiérarchie ou des collègues : la dimension soutien au travail n'est pas judicieuse. Il se trouve que cette dimension n'était pas présente dans la première version du modèle, le questionnaire original de Karasek pourrait donc être utilisé pour ces populations.

Ensuite, en fonction des hypothèses à tester, d'autres séries de questions, plus spécifiques, pourraient être ajoutées.

Si l'on s'intéresse à la qualité de vie des salariés, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la perception qu'a chaque individu de sa position dans la vie en fonction du contexte de culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses exigences et ses intérêts. Il existe différents questionnaires :

- ✓ Nottingham Health Profile, auto-questionnaire ou face-à-face d'une durée d'environ 10 minutes. 38 items en 6 catégories : énergie, douleur, réactions émotionnelles, sommeil, isolement sociale, aptitude physique/mobilité. Plusieurs scores sont calculés : un score global, un score par catégorie.
- ✓ Le Short Form 36, auto-questionnaire ou face-à-face d'une durée d'environ 5-10 minutes. 36 items en 8 catégories : activités physiques, limitations dues à l'état physique, douleurs corporelles, santé générale, vitalité, vie sociale, limitations dues à l'état psychologique, santé mentale, changement de santé. Plusieurs scores sont calculés : un score physique, un score psychologique, un score par catégorie.

- ✓ Le Sickness Impact Profile, auto-questionnaire ou face-à-face d'une durée d'environ 40 minutes. 136 items répartis dans 12 catégories : sommeil et repas, comportement émotionnel, soins corporels et gestes quotidiens, tâches ménagères, mobilité, vie sociale, ambulation, degré d'éveil, communication, travail, loisirs et divertissements, alimentation. Plusieurs scores sont calculés : un score de qualité de vie qui prend en compte l'ensemble des réponses, un score psychosocial, un score physique, un score par catégorie.

Si l'on veut travailler sur la santé mentale des salariés, des outils de mesure spécifiques basés sur la classification américaine DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>ème</sup> édition) peuvent être utilisés. L'auto-questionnaire le plus fréquent en santé mentale est de loin le GHQ (General Health Questionnaire). Il mesure un mal-être global au travers de symptômes de type anxio-dépressifs.

Différents travaux sont donc possibles mais il semble plus pertinent de s'intéresser, dans le cadre d'une Mission sur la prévention des risques professionnels, aux risques psychosociaux.

#### B) Nombre de salariés

Pour que les résultats de l'étude soient considérés comme fiables, les répondants devront être suffisamment nombreux et représentatifs des salariés (comme expliqué précédemment, il ne faut pas, par exemple, n'interroger que des salariés des particuliers employeurs ayant déjà suivi des formations dans le domaine des risques professionnels). Leur nombre va dépendre des hypothèses choisies par le groupe de travail Epidémiologie et Santé au travail et du mode de recueil des données (si les médecins du travail recueillent les données, il faut, dans un premier temps, avoir assez de volontaires et, dans un deuxième temps, qu'ils puissent interroger assez de salariés).

#### C) Exploitation

Les ressources et les compétences pour saisir les données du questionnaire, les analyser et les interpréter devront avoir été prévues en amont.

La question des financements se pose également.

#### **4.4 Retombées, suites au mémoire**

Les résultats de ce mémoire sont à discuter avec le groupe Epidémiologie et Santé au travail.

Avant d'approfondir le travail, un certain nombre de points doivent être éclaircis et déterminés. Il faut notamment répondre aux questions suivantes :

- ✓ Est-il judicieux de vouloir toucher toutes les populations de salariés étant donné les difficultés présentes ?
- ✓ Si non, quelles sont les populations à interroger ?
- ✓ A quels critères doit répondre un travailleur pour appartenir aux populations interrogées (notamment, par exemple, quand il peut appartenir à plusieurs populations en étant à la fois salarié prestataire et mandataire) ?
- ✓ De quelle manière ces populations doivent-elles être interrogées ?
- ✓ Quelles hypothèses sont à tester ?
- ✓ En fonction des hypothèses à tester, quels sont les modèles choisis pour l'enquête ?
- ✓ Qui peut se charger de l'exploitation des données de l'enquête ?

## Conclusion

Le secteur de l'aide et du soin à domicile pour les personnes dépendantes va continuer à connaître un fort développement dans les années à venir. Les salariés seront de plus en plus nombreux et ils travailleront avec des bénéficiaires de plus en plus âgés aux pathologies de plus en plus lourdes.

A partir d'entretiens auprès de ces salariés, de leurs employeurs et de médecins du travail, une analyse des risques, des conditions de travail et de l'état de santé des intervenants à domicile a été menée. Le contexte est complexe car les situations de travail, qui présentent certes des similitudes, ont des particularités en fonction des employeurs, des bénéficiaires, des tâches effectuées, de l'organisation du travail, de l'environnement... Les salariés sont exposés à des risques « physiques », notamment ceux dus aux TMS, aux chutes et aux déplacements, et à des risques psychosociaux importants. Le fait que les sources de risques puissent être communes ne facilite pas la donne.

Afin de limiter ces risques professionnels et ainsi rendre ces métiers plus attractifs, une démarche réfléchie de prévention est à mettre en place. Cela nécessite la réalisation d'études permettant de comprendre correctement les situations rencontrées et de disposer d'un état des lieux.

Plusieurs populations peuvent être interrogées : les salariés prestataires, les salariés mandataires, les salariés de l'emploi direct, les salariés de l'aide, les salariés du soin... Le mode de recueil des données doit être choisi, les hypothèses doivent être définies précisément. Ce mémoire donne un certain nombre de réponses au groupe Epidémiologie et Santé au travail de la Mission nationale de prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile pour déterminer quels sont les choix opportuns à effectuer.

---

## Bibliographie

---

ADESSA, [visité le 07.07.08], disponible sur internet : <http://www.federation-adessa.org>

ADMR, [visité le 07.07.08], disponible sur internet : <http://www.admr.org>

AGENCE NATIONALE DES SERVICES A LA PERSONNE, [visité le 07.07.08], disponible sur internet : <http://www.servicesalapersonne.gouv.fr>

ANACT, Dossier thématique, Organisation et technologies, Les services à la personne, [visité le 03.04.2008], disponible sur internet : [http://www.anact.fr/portal/page/portal/AnactWeb/NOTINPW\\_DOSSIERS\\_THEMATIQUES/W\\_A\\_3\\_ORGA\\_TECHNOW\\_D\\_3\\_4\\_Services-a-la-personne](http://www.anact.fr/portal/page/portal/AnactWeb/NOTINPW_DOSSIERS_THEMATIQUES/W_A_3_ORGA_TECHNOW_D_3_4_Services-a-la-personne)

BRESSE S., novembre 2004, « Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », *DREES Etudes et résultats* [en ligne], n°350, 8 pages, disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm>

CISME, [visité le 07.07.08], disponible sur internet : <http://www.cisme.org>

CNAMTS, CRAM Languedoc Roussillon, ORS Languedoc Roussillon, 2008, « Les risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile – Les chiffres clés en 2006, France entière », 8 pages, disponible sur internet : [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp\\_media/Chiffres-2006-France.pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/Chiffres-2006-France.pdf)

Commissariat général du Plan (Guilhem BENTOGLIO), mai 2005, « Développer l'offre de services à la personne », *Les Cahiers du Plan*, n° 4

DARES (CHARDON O.) et Centre d'analyse stratégique (ESTRADE M.-A.), janvier 2007, *Les métiers en 2015*, Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications », Collection « Qualifications & prospective », 179 pages, disponible sur internet : [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr) ou [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr)

FEPEM, [visité le 07.07.08], disponible sur internet : <http://www.fepem.fr>

INRS, deuxième trimestre 2005, « Evaluation et prévention des risques chez les aides à domicile », *Document pour le médecin du travail*, [en ligne], n°102, 29 pages, disponible sur internet : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

INRS, deuxième trimestre 2006, « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention », *Document pour le médecin du travail*, [en ligne], n°106, 18 pages, disponible sur internet : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

INRS (CHOUANIERE D., LANGEVIN V., GUIBERT A.), juillet 2007, « Stress au travail - Les étapes d'une démarche de prévention - Repères pour le préventeur en entreprise » [en ligne], ED 6011, 36 pages, disponible sur internet : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

INRS, décembre 2007, « Dépister les risques psychosociaux – Des indicateurs pour vous guider » [en ligne], ED 6012, 49 pages, disponible sur internet : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

INSEE (MARBOT C., DEJONGHE V., division Exploitation des fichiers administratifs, BRUNIAUX V., direction régionale Nord - Pas-de-Calais), janvier 2008, « Les salariés des particuliers-employeurs en 2006 » [en ligne], *Insee Première*, n° 1173, 4 pages, disponible sur internet : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

InVS (COHIDON C., SANTIN G., département Santé travail), octobre 2007, « Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee » [en ligne], 78 pages, disponible sur internet : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

L'ASSURANCE MALADIE, [visité le 11.07.08], disponible sur internet : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/index.php>

LESELLIER J.N., 2008, *Les services à la personne, comment ça marche ?*, 1<sup>ère</sup> édition, Pays-Bas : Wolters Kluwer France, 281 pages

Lettre de Mission de Pascal JACQUETIN, Responsable du Département de la Direction des Risques Professionnels de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en date du 3 avril 2006

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (1) [en ligne], Journal officiel, n°173 du 27 juillet 2005 [visité le 17.07.2008], disponible sur internet : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=197A40B3E493E517D7B3F93DD6EFD743.tpdjo12v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006052059&dateTexte](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=197A40B3E493E517D7B3F93DD6EFD743.tpdjo12v_1?cidTexte=LEGITEXT000006052059&dateTexte)

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, Décret n°2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L. 129.1 du code du travail (activités de services à la personne) [en ligne], Journal officiel, n°303 du 30 décembre 2005 [visité le 17.07.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006053011&dateTexte>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DES SOLIDARITES, La prévention des risques professionnels, [mis à jour le 27.10.2005], disponible sur internet : <http://www.travail.gouv.fr/dossiers/sante-securite-au-travail/demarche-prevention-risques-professionnels/prevention-risques-professionnels.html>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DES SOLIDARITES, Les enquêtes Conditions de travail : précisions méthodologiques, [mis à jour le 03.11.05], disponible sur internet : [www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/statistiques/conditions-travail/enquetes-conditions-travail-precisions-methodologiques.html](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/statistiques/conditions-travail/enquetes-conditions-travail-precisions-methodologiques.html)

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DES SOLIDARITES, SUMER, [mis à jour le 20.03.07], disponible sur internet : <http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/statistiques/sante-au-travail/enquetes/sumer.html>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DES SOLIDARITES, L'APA pour quoi ?, [mis à jour le 19.06.07], disponible sur internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/allocation-personnalisee-autonomie-apa/apa-pour-quoi.html>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, Les soins infirmiers à domicile, [mis à jour le 04.09.07], disponible sur internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, Les services d'aide à domicile, [mis à jour le 05.09.07], disponible sur internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/services-aide-domicile.html>

SESP, [visité le 07.07.08], disponible sur internet : <http://www.sesp.asso.fr>

UNA, [visité le 07.07.08], disponible sur internet : <http://www.una.fr>

---

## Liste des annexes

---

<u>ANNEXE 1 : LISTE DES ACTIVITES DES SERVICES A LA PERSONNE</u>	54
<u>ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SALARIES DE L'AIDE</u>	57
<u>ANNEXE 3 : INFORMATIONS RELATIVES AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</u>	82
<u>ANNEXE 4 : LES CHIFFRES CLES EN 2006</u>	85
<u>ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE KARASEK</u>	93

# **Annexe 1 : Liste des activités des services à la personne**

JORF n°303 du 30 décembre 2005 page 20443

texte n° 16

DECRET

## **Décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L. 129-1 du code du travail**

NOR: SOCF0511983D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement,

Vu le code général des impôts, et notamment son article 199 sexdecies ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 129-1 et L. 129-17 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 16 décembre 2005,

Décète :

### **Article 1**

Le chapitre IX du titre II du livre Ier du code du travail (troisième partie : Décrets) est complété par une section 5 ainsi rédigée :

#### « Section 5

##### « Agréments des associations et entreprises de services à la personne

« Art. D. 129-35. - Les activités de services à la personne à domicile relatifs à la garde des enfants, à l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile et aux tâches ménagères et familiales, au titre desquelles les associations et les entreprises sont agréées en application de l'article L. 129-1, sont les suivantes :

« 1° Entretien de la maison et travaux ménagers ;

« 2° Petits travaux de jardinage ;

« 3° Prestations de petit bricolage dites "hommes toutes mains ;

« 4° Garde d'enfant à domicile ;

« 5° Soutien scolaire et cours à domicile ;

- « 6° Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions ;
  - « 7° Livraison de repas à domicile, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;
  - « 8° Collecte et livraison à domicile de linge repassé, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;
  - « 9° Assistance aux personnes âgées ou autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux ;
  - « 10° Assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété ;
  - « 11° Garde-malade, à l'exclusion des soins ;
  - « 12° Aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement lorsque cette activité est incluse dans une offre de services d'assistance à domicile ;
  - « 13° Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;
  - « 14° Accompagnement des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante), à condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;
  - « 15° Livraison de courses à domicile, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services comprenant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;
  - « 16° Assistance informatique et internet à domicile ;
  - « 17° Soins et promenades d'animaux domestiques, pour les personnes dépendantes ;
  - « 18° Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes ;
  - « 19° Gardiennage et surveillance temporaire, à domicile, de la résidence principale et secondaire ;
  - « 20° Assistance administrative à domicile.
- « Les activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services aux personnes mentionnées au premier alinéa appartiennent au champ des activités définies à l'article L. 129-1.

« Art. D. 129-36. - Les activités mentionnées à l'article D. 129-35 ouvrent droit à la réduction fiscale prévue à l'article L. 129-3 sous les réserves suivantes :

- « a) Les prestations dites "hommes toutes mains doivent donner lieu à un abonnement mensuel résiliable sous préavis de deux mois auprès d'associations ou d'entreprises de service agréées. L'intervention ne doit pas excéder deux heures. Le montant total des prestations est plafonné à 500 par an et par foyer fiscal ;

« b) Le montant de l'assistance informatique et internet à domicile est plafonné à 1 000 par an et par foyer fiscal ;

« c) Le montant des interventions de petits travaux de jardinage des particuliers est plafonné à 1 500 par an et par foyer fiscal.

« Art. D. 129-37. - L'émergence d'activités nouvelles de services à la personne entrant dans le champ d'activité de l'article L. 129-1 fera l'objet chaque année d'une évaluation réalisée par l'Agence nationale des services à la personne en vue, le cas échéant, de modifier la liste des activités mentionnées à l'article D. 129-35. »

## **Article 2**

Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre des petites et moyennes entreprises, du commerce, de l'artisanat et des professions libérales et la ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 29 décembre 2005.

Dominique de Villepin

Par le Premier ministre :

Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement,

Jean-Louis Borloo

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,

Thierry Breton

Le ministre de la santé et des solidarités,

Xavier Bertrand

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Dominique Bussereau

Le ministre des petites et moyennes entreprises, du commerce, de l'artisanat

et des professions libérales,

Renaud Dutreil

La ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité,

Catherine Vautrin

## Annexe 2 : Questionnaire salariés de l'aide

I. CARACTERISTIQUES PERSONNELLES	58	XV. RELATIONS AU TRAVAIL	71
II. FORMATION ET PARCOURS PROFESSIONNEL	58	XVI. SATISFACTION AU TRAVAIL	76
III. LES PERSONNES AIDEES	61	XVII. SUIVI MEDICAL	78
IV. TACHES EFFECTUEES	62	XVIII. EVOLUTION DU METIER	80
V. HORAIRES, ORGANISATION DU TRAVAIL	63	XIX. LES ATTENTES ET LES BESOINS	80
VI. RISQUE ROUTIER	64		
VII. RISQUE TMS POSTURES	64		
VIII. RISQUE MANUTENTION MANUELLE	65		
IX. RISQUE INFECTIEUX/BIOLOGIQUE	66		
X. RISQUE CHIMIQUE	67		
XI. RISQUE DE CHUTE	68		
XII. RISQUE EQUIPEMENT	68		
XIII. RISQUE ENVIRONNEMENTAL	69		
XIV. IMPORTANCE DES RISQUES	70		

## I. Caractéristiques personnelles

---

1. Sexe :  femme  homme
2. Année de naissance :
3. Nationalité : .....
4. Vivez-vous en couple ?  oui  non
- Si oui, votre compagnon a-t-il un emploi ?
- oui  non
- Si oui, quel est-il ? .....
- Travaille-t-il à temps complet ?
- oui  non
- Si non, combien d'heures par semaine travaille-t-il et pourquoi ? .....
- .....
5. Combien de personnes avez-vous à charge (enfants, parents...) ? .....

## II. Formation et parcours professionnel

---

1. Quel est l'intitulé de votre métier ? .....
2. Avez-vous une autre activité professionnelle ?
- oui  non
- Si oui, laquelle ? .....
- Si oui, est-ce votre activité principale ?
- oui  non
3. Pourquoi avez-vous choisi ce métier ? *cochez votre ou vos situations*
- a. Vous aimez travailler auprès des personnes qui en ont besoin
- b. Vous deviez absolument travailler pour des raisons financières
- c. Vous souhaitez travailler à temps partiel
- d. Vous ne trouviez pas de travail dans votre branche
- e. Par hasard, par opportunité
- f. Pour ne pas rester inactif en attendant de trouver un emploi
- g. Autre : *citez* .....

4. Quel(s) diplôme possédez-vous ? *cochez votre ou vos réponses*

- a. Aucun
- b. Brevet ou BEPC
- c. CAP ou certificat d'aptitude professionnelle :  
employé technique de collectivité...
- d. BEP ou brevet d'études professionnelles :  
carrières sanitaires et sociales, BEPA services aux personnes...
- e. Baccalauréat ou équivalent
- f. Diplôme d'études supérieures
- g. CAFAS (certificat d'étude à la formation d'aide-soignant)
- h. CAFAD (certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile)  
ou DEAVS (diplôme d'auxiliaire de vie sociale)
- i. TISF (technicienne de l'intervention sociale et familiale)
- j. Certificat d'employé familial polyvalent ou titre d'assistante de vie
- k. Autre : *citez* .....

5. Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ? .....

6. Avez-vous déjà été arrêté pendant plus de trois mois (hors grossesse) ?

oui  non

Si oui, combien de fois ? .....

Quelle(s) étai(en)t la (les) durée(s) de cet (ces) arrêt(s) ? .....

.....

Quelle(s) étai(en)t la (les) cause(s) de cet (ces) arrêt(s) ?

- a. Education des enfants
- b. Problèmes de santé
- c. Perte d'emploi
- d. Exercice d'une autre activité professionnelle
- e. Déménagement
- f. Difficulté du métier
- g. Autre : *citez* .....

7. Combien avez-vous d'employeurs ? .....

8. Quel(s) est (sont) votre (vos) statut(s) ? *cochez votre ou vos réponses*

- a. Secteur privé : CDD
- b. Secteur privé : CDI
- c. Secteur public : stagiaire
- d. Secteur public : titulaire
- e. Secteur public : contractuel
- f. Autre : *citez* .....

9. Depuis combien de temps exercez-vous ce métier dans votre (vos) structure(s) actuelle(s) ? .....

10. Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans une structure ou chez un particulier employeur ? .....

.....

.....

11. Souhaiteriez-vous quitter votre (vos) structure(s) actuelle(s) à court ou à moyen terme pour une ou des structures où vous exerceriez le même travail ?

oui  non

Si oui, pourquoi ?

- a. Pour n'avoir qu'un seul employeur
- b. Pour que cela soit plus pratique pour vous (plus près du domicile...)
- c. Parce que vous ne vous entendez pas avec vos responsables
- d. Parce que vous ne vous entendez pas avec vos collègues
- e. Autre : *citez* .....

12. Souhaiteriez-vous quitter ce travail à court ou à moyen terme ?

oui  non

Si oui, pourquoi ? *cochez votre ou vos réponses*

- a. Raisons familiales
- b. Raisons de santé
- c. Vous envisagez d'autres activités
- d. Votre travail vous est pénible physiquement
- e. Votre travail vous est pénible psychologiquement
- f. Il y a trop de contraintes (horaires, exigences des personnes aidées...)
- g. Il y a trop de responsabilités
- h. Vous n'en aurez plus besoin financièrement
- i. La rémunération n'est pas suffisante
- j. Vous en avez assez
- k. Autre : *citez* .....

13. Conseilleriez-vous à l'un de vos proches de s'engager dans la même activité que vous ?

oui  non

14. Avez-vous bénéficié de formations dans votre (vos) structure(s) ?

oui  non

Si oui, lesquelles ? .....

Si oui, avez-vous choisi ces formations ?

oui  non

15. Suivez-vous actuellement une formation professionnelle ?

oui  non

Si oui, laquelle ? .....

16. Ressentez-vous des besoins de formation ?

oui  non

Si oui, dans quels domaines ?

- a. Gestes et postures
- b. Manutention de personnes âgées
- c. Hygiène
- d. Produits chimiques
- e. Approche psychologique des personnes âgées et/ou du vieillissement
- f. Soins palliatifs et aides aux mourants
- g. Communication
- h. Gestion du stress
- i. Autre : *citez* .....

17. Souhaiteriez-vous suivre une formation permettant d'avoir une promotion ?

oui  non

### III. Les personnes aidées

---

1. Dans combien de foyers travaillez-vous ? .....
2. Parmi ces foyers, combien sont des foyers de personnes fragiles comportant des :
  - a. Personnes âgées : .....  
Dont personnes dépendantes (qui ne pourraient pas rester seules chez elles sans aide) : .....
  - b. Enfants : .....
  - c. Personnes Handicapées moteurs : ..... Dont enfants : .....
  - d. Personnes Handicapées mentales : ..... Dont enfants : .....
  - e. Malades Alzheimer et démences apparentées : .....
  - f. Personnes alitées : .....
  - g. Autre : *citez* .....
3. Dans combien de foyers l'état de santé des personnes est-il mauvais de manière permanente chez les :
  - a. Personnes âgées : .....  
Dont personnes dépendantes (qui ne pourraient pas rester seules chez elles sans aide) : .....
  - b. Enfants : .....
  - c. Personnes Handicapées moteurs : ..... Dont enfants : .....
  - d. Personnes Handicapées mentales : ..... Dont enfants : .....
  - e. Malades Alzheimer et démences apparentées : .....
  - f. Personnes alitées : .....
  - g. Autre : *citez* .....

#### IV. Tâches effectuées

1. Quelle(s) tâche(s) effectuez-vous (à l'intérieur du domicile) ? *cochez les tâches*

- a. Lever et coucher
- b. Toilette 
  - b<sub>1</sub>. Au lit
  - b<sub>2</sub>. Au lavabo ou à l'évier
  - b<sub>3</sub>. Dans la salle de bain (prise de douche, bain)
- c. Habillage et déshabillage
- d. Aide aux déplacements dans la maison (toilettes...)
- e. Préparation des repas
- f. Aide au repas (faire manger)
- g. Entretien du logement et tâches ménagères : 
  - g<sub>1</sub>. Faire le lit
  - g<sub>2</sub>. Passer le balai
  - g<sub>3</sub>. Passer l'aspirateur
  - g<sub>4</sub>. Passer la serpillière
  - g<sub>5</sub>. Faire la vaisselle, débarrasser la table
  - g<sub>6</sub>. Faire la poussière
  - g<sub>7</sub>. Faire les vitres
  - g<sub>8</sub>. Rangement du logement
- h. Entretien du linge 
  - h<sub>1</sub>. Utilisation machine à laver
  - h<sub>2</sub>. Utilisation sèche-linge
  - h<sub>3</sub>. Lavage à la main
  - h<sub>4</sub>. Etendage
  - h<sub>5</sub>. Repassage
  - h<sub>6</sub>. Couture

- i. Evacuation des déchets / sortie des poubelles
- j. Travail administratif
- k. Transmission d'informations aux autres intervenants
- l. Soutien moral, stimulation
- m. Surveillance
- n. Préparation de médicaments
- o. Distribution de médicaments
- p. Soins : *citez* .....
- q. Autres tâches : *citez* .....

2. Indiquez le numéro des tâches les plus fréquentes : .....

3. Indiquez le numéro des tâches qui vous prennent le plus de temps : .....

4. Pensez-vous que les tâches effectuées correspondent à votre qualification ?

oui  non

## V. Horaires, organisation du travail

---

1. Combien d'heures travaillez-vous par semaine ? .....

2. Etes-vous satisfaits de ce nombre d'heures ?

oui  non

Si non, souhaiteriez-vous travailler  moins ?  plus ?

3. Quelle est la durée moyenne d'une de vos interventions ? .....

Quelle est la durée moyenne de votre intervention la plus courte ? .....

3.2. Quelle est la durée moyenne de votre intervention la plus longue ? .....

4. Vous arrive-t-il de dépasser votre temps de travail prévu ?

oui  non

Si oui, à quelle fréquence ? .....

5. 1. Travaillez-vous de nuit ?  oui  non

2. Travaillez-vous le week-end ?  oui  non

3. Cela vous convient-il ?  oui  non

6. Vos horaires de travail vous conviennent-ils ?

oui  non

Si non, pourquoi ? *cochez la ou les réponses qui vous conviennent*

a. Travail terminé trop tard

b. Travail commencé trop tôt

c. Journée trop longue

d. Temps trop court entre deux interventions

e. Coupure trop longue entre deux interventions

f. Pas de temps de déjeuner

g. Demande de venir travailler pendant des jours de repos

h. Autre : *citez* .....

7. Etes-vous consultés sur l'organisation de votre travail ?

oui  non

8. Combien de congés avez-vous pris l'année dernière ? .....

## VI. Risque routier

---

1. En moyenne, quel est votre temps global de trajet sur une semaine ? .....
2. Quel(s) est (sont) votre (vos) modes de transport ? *cochez la ou les réponses qui correspondent à votre situation*
  - a. Transports en commun
  - b. Voiture
  - c. Vélo
  - d. Mobylette, moto
  - e. A pied
  - f. Train
  - g. Autre : *citez* .....
3. Si vous utilisez votre voiture, combien de kilomètres parcourez-vous en moyenne sur une semaine ? .....
4. Comment estimez-vous la pénibilité de vos trajets ?  
 pas du tout pénible     peu pénible     assez pénible     très pénible
5. Vos frais de transport sont-ils indemnisés par votre employeur ?  
 oui     non
6. Vos déplacements sont-ils considérés comme du temps de travail ?  
 oui     non

## VII. Risque TMS Postures

---

1. Travaillez-vous debout plus de 4h par jour ?  
 oui     non
2. A quelle fréquence tenez-vous longtemps les postures suivantes ?

	Jamais	Parfois	Souvent	Constamment
a. Position courbée, penchée en avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Position accroupie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Position agenouillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mouvements de torsion du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bras levés, tendus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Travail en hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comment évaluez-vous la pénibilité des postures suivantes ?
  - a. Position courbée, penchée en avant  
 pas du tout pénible     peu pénible     assez pénible     très pénible
  - b. Position accroupie  
 pas du tout pénible     peu pénible     assez pénible     très pénible



## IX. Risque infectieux/biologique

---

4. Avez-vous des aides à votre disposition ?

oui  non

Si oui, lesquelles ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Lève malade
- b. Lit à hauteur variable
- c. Fauteuil roulant
- d. Autre : *citez* .....

1. Etes-vous en contact avec :

- a. Urines ou selles  oui  non
- b. Sang  oui  non
- c. Déchets de soins  oui  non
- d. Crachats  oui  non
- e. Animaux et leurs déjections  oui  non
- f. Autre : *citez* .....  oui  non

2. Comment êtes-vous protégés du risque infectieux ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Pas de protection
- b. Formation
- c. Information
- d. Lavage des mains
- e. Masque en cas de maladie contagieuse
- f. Gants
- g. Vêtements de travail
- h. Autre : *citez* .....

## X. Risque chimique

---

1. Cochez les produits avec lesquels vous êtes en contact :

- a. Eau de javel
- b. Détergents (nettoyants sols et autres surfaces)
- c. Soude
- d. Produit vaisselle
- e. Produit lave vitre
- f. Anticalcaire, détartrant
- g. Désinfectant
- h. Dépoussiérant
- i. Décapant four
- j. Déboucheur de conduite (Destop...)
- k. Produits pour le linge (lessive, adoucissants...)
- l. Pastilles lave-vaisselle
- m. Insecticides
- n. Produits pour les plantes
- o. Produits pour les animaux
- p. Autres : *citez* .....

2. Ces produits vous ont-ils déjà rendu malade (maux de tête, de ventre, malaise, irritations des yeux, irritations respiratoires...) ?

oui  non

Si oui, indiquez la lettre des produits responsables : .....

Si oui, quelle a été votre réaction afin d'éviter que la situation ne se reproduise ? .....

.....  
.....  
.....

Si oui, avez-vous consulté un médecin ?

oui  non

Si non, pourquoi ? .....

.....  
.....

3. Subissez-vous du tabagisme passif au domicile d'une ou plusieurs personnes aidées ?

oui  non

Si oui, comment estimez-vous la pénibilité de cette situation ?

pas du tout pénible  peu pénible  assez pénible  très pénible

4. Comment êtes-vous protégés du risque chimique ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Pas de protection
- b. Formation
- c. Information
- d. Lavage des mains, des parties du corps en contact
- e. Masque
- f. Gants
- g. Vêtements de travail
- h. Autre : *citez* .....

## XI. Risque de chute

---

1. Avez-vous déjà chuté au travail ?  oui  non

Si oui, combien de fois ? .....

Si oui, quelle en était la raison ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Sol glissant
- b. Sol défectueux (trous)
- c. Présence de tapis, moquette
- d. Passage étroit
- e. Passage encombré (rallonges, cartons...)
- f. Sol en pente
- g. Présence d'une marche, d'un rebord
- h. Travail en hauteur sur une chaise
- i. Travail en hauteur sur un escabeau, une échelle
- j. Malaise
- k. Autre : *citez* .....

2. Vous protégez-vous des chutes ?  oui  non

Si oui, comment ?

- a. Chaussures
- b. Semelles
- c. Achat de matériel
- d. Autre : *citez* .....

## XII. Risque Equipement

---

1. Avez-vous déjà été blessé (coupure, brûlure...) au travail par du matériel ?

oui  non

Si oui, combien de fois ? .....

Si oui, quelle en était la raison ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Manipulation d'objets tranchants (couteaux, ouvre-boîtes, boîtes de conserve, verre cassé...)
- b. Manipulation d'objets piquants (seringue, aiguille, épingle...)
- c. Manipulation d'objets chauffants (plaque de cuisson, four, fer à repasser, sèche-cheveux, chauffage d'appoint, poêle, bouilloire, cafetière, grille-pain...)
- d. Autre : *citez* .....

2. Y a-t-il des appareils particulièrement dangereux que vous ne voulez pas utiliser ?

oui  non

Si oui, lesquels ? .....

Pour quelle(s) raison(s) ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Risque de coupure
- b. Risque de piqûre
- c. Risque de brûlure
- d. Risque électrique
- e. Risque d'intoxication au gaz (monoxyde de carbone...)
- f. Risque d'incendie
- g. Risque d'explosion
- h. Autre : *citez* .....

3. Comment estimez-vous la pénibilité d'une situation où vous avez à disposition du matériel inadapté ou insuffisant ?

- pas du tout pénible     peu pénible     assez pénible     très pénible

### XIII. Risque environnemental

---

1. Avez-vous à vous plaindre de lieux de travail où l'éclairage est mal adapté ?

- oui                       non

Si oui, pourquoi ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Il est excessif  oui                       non
- b. Il est insuffisant  oui                       non
- c. Il est éblouissant  oui                       non
- d. Autre : *citez* .....  oui                       non

Si oui, comment estimez-vous la pénibilité liée à un problème d'éclairage ?

- pas du tout pénible     peu pénible     assez pénible     très pénible

2. Avez-vous à vous plaindre du bruit sur vos lieux de travail ?

- oui                       non

Si oui, pourquoi ? .....

Si oui, comment estimez-vous la pénibilité liée au bruit ?

- pas du tout pénible     peu pénible     assez pénible     très pénible

3. Avez-vous à vous plaindre de la chaleur sur vos lieux de travail ?

oui  non

Si oui, pourquoi ? .....

Si oui, comment estimez-vous la pénibilité liée à la chaleur ?

pas du tout pénible  peu pénible  assez pénible  très pénible

4. Avez-vous à vous plaindre de l'humidité associée à de la chaleur sur vos lieux de travail ?

oui  non

Si oui, pourquoi ? .....

Si oui, comment estimez-vous la pénibilité liée à l'humidité associée à la chaleur ?

pas du tout pénible  peu pénible  assez pénible  très pénible

5. Avez-vous à vous plaindre du froid sur vos lieux de travail ?

oui  non

Si oui, pourquoi ? .....

Si oui, comment estimez-vous la pénibilité liée au froid ?

pas du tout pénible  peu pénible  assez pénible  très pénible

#### XIV. Importance des risques

---

1. Parmi les risques cités précédemment, numérotez-les de 1 (le plus important) à 8 (le moins important) :

- a. Risque routier .....
- b. Risque TMS Postures .....
- c. Risque Manutention manuelle .....
- d. Risque infectieux/biologique .....
- e. Risque chimique .....
- f. Risque de chute .....
- g. Risque Equipement .....
- h. Risque environnemental .....

2. A quelle position introduiriez-vous le risque psychosocial (risque lié aux relations humaines au travail : stress, mal-être, inquiétude, angoisse, souffrance, dépression... ) dans la liste précédente ? .....

.....

.....

3. Y a-t-il d'autres risques auxquels vous pensez qui n'ont pas été évoqués précédemment ?

oui  non

Si oui, citez-les et indiquez à quelle position vous les introduiriez dans la liste précédente ? .....

.....

**XV. Relations au travail**

1. Comment sont vos relations avec :

a. Les personnes aidées ? *cochez la réponse correspondante*

Bonnes	Plutôt bonnes	Plutôt mauvaises	Mauvaises
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. L'entourage des personnes aidées ? *cochez la réponse correspondante*

Bonnes	Plutôt bonnes	Plutôt mauvaises	Mauvaises	Non concerné
<input type="checkbox"/>				

c. Les collègues de votre structure ? *cochez la réponse correspondante*

Bonnes	Plutôt bonnes	Plutôt mauvaises	Mauvaises	Non concerné
<input type="checkbox"/>				

d. Vos responsables ? *cochez la réponse correspondante*

Bonnes	Plutôt bonnes	Plutôt mauvaises	Mauvaises	Non concerné
<input type="checkbox"/>				

e. Les autres intervenants au domicile ? *cochez la réponse correspondante*

Bonnes	Plutôt bonnes	Plutôt mauvaises	Mauvaises	Non concerné
<input type="checkbox"/>				

2. Qui vous donne les consignes sur ce que vous devez faire ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Les personnes aidées
- b. L'entourage des personnes aidées
- c. Vos responsables
- d. Autre : *citez* .....

3. Ces consignes sont-elles claires et suffisantes ?

oui  non

4. Les consignes que vous recevez habituellement, est-ce que : *cochez votre réponse*

- a. Vous les appliquez strictement ?
- b. Dans certains cas, vous faites autrement ?
- c. La plupart du temps, vous faites autrement ?

5. Est-ce qu'il vous arrive de recevoir des consignes contradictoires ?

oui  non

Si oui, que faites-vous ? .....

.....

.....

.....

.....



11. Vous est-il arrivé qu'une personne que vous aidiez se sépare de vous ?  
 oui  non

Si oui, pour quelles raisons ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Relations difficiles entre vous ou avec la famille
- b. Changements de l'état de santé nécessitant plus de soins ou des soins différents
- c. Demande de plus d'heures d'intervention à domicile que vous ne pouviez pas fournir
- d. Déménagement (maison de retraite...)
- e. Autre : *citez* .....

12. Avez-vous déjà été confronté à la perte d'une personne aidée ?  
 oui  non

Si oui, comment avez-vous géré la mort d'une personne aidée ?

- a. Pas d'action
- b. Discussion avec vos collègues
- c. Discussion avec vos responsables
- d. Discussion avec d'autres professionnels
- e. Discussion avec votre entourage
- f. Discussion avec l'entourage de la personne disparue
- g. Soutien psychologique
- h. Autre : *citez* .....

13. A combien estimez-vous la pénibilité d'une situation où vous vivez :

a. La détérioration intellectuelle des usagers ?  
 pas du tout pénible  peu pénible  assez pénible  très pénible

b. La détérioration physique des usagers ?  
 pas du tout pénible  peu pénible  assez pénible  très pénible

c. L'accompagnement de fin de vie ?  
 pas du tout pénible  peu pénible  assez pénible  très pénible

14. Trouvez-vous que l'entourage des personnes que vous aidez est, en général : *cochez la réponse correspondante*

- a. Très exigeant
- b. Exigeant
- c. Peu exigeant
- d. Pas exigeant
- e. La situation varie d'une personne à l'autre

15. Etes-vous écoutés par l'entourage de l'aidé lorsque vous rencontrez des difficultés ?

non concerné  oui  non

Si oui, agissent-ils afin de vous aider ?

oui  non

**Relations avec les collègues de votre structure**

*Si vous n'êtes pas concernés, passez aux questions suivantes*

16. Parlez-vous des problèmes que vous pouvez rencontrer lors de votre travail avec vos collègues ?

oui  non

17. Lorsque vous êtes plusieurs collègues à suivre la même personne, cela se passe-t-il bien ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Oui tout à fait
- b. Plutôt oui
- c. Plutôt non
- d. Pas du tout
- e. Variable

18. Vous transmettez-vous les informations concernant la personne aidée entre collègues ?

oui  non

*Si oui, comment ? cochez la réponse correspondante*

- a. Cahier ou feuille de liaison
- b. Rencontre
- c. Appel téléphonique
- d. Autre : *citez* .....

*Si non, pourquoi ? cochez la réponse correspondante*

- a. Pas besoin
- b. Pas le temps
- c. Autre : *citez* .....

19. A quelle fréquence discutez-vous avec vos collègues ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Plusieurs fois par semaine
- b. Une fois par semaine
- c. Plusieurs fois par mois
- d. Une fois par mois
- e. Plusieurs fois par an
- f. Une fois par an
- g. Moins d'une fois par an

### Relations avec vos responsables

Si vous n'êtes pas concernés, passez aux questions suivantes

20. Lorsque vous avez des problèmes dans votre travail, en parlez-vous avec vos responsables ?

oui  non

Si oui, s'occupent-ils de les résoudre ?

oui  non

21. A quelle fréquence avez-vous des entretiens avec vos responsables ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Plusieurs fois par semaine
- b. Une fois par semaine
- c. Plusieurs fois par mois
- d. Une fois par mois
- e. Plusieurs fois par an
- f. Une fois par an
- g. Moins d'une fois par an

### Relations avec les autres intervenants au domicile

Si vous n'êtes pas concernés, passez aux questions suivantes

22. Lorsque vous êtes plusieurs intervenants à suivre la même personne, cela se passe-t-il bien ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Oui tout à fait
- b. Plutôt oui
- c. Plutôt non
- d. Pas du tout
- e. Variable

23. Vous transmettez-vous les informations concernant la personne aidée entre intervenants ?

oui  non

Si oui, comment ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Cahier ou feuille de liaison
- b. Rencontre
- c. Appel téléphonique
- d. Autre : *citez* .....

Si non, pourquoi ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Pas besoin
- b. Pas le temps
- c. Autre : *citez* .....

24. A quelle fréquence discutez-vous avec les autres intervenants à domicile ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Plusieurs fois par semaine
- b. Une fois par semaine
- c. Plusieurs fois par mois
- d. Une fois par mois
- e. Plusieurs fois par an
- f. Une fois par an
- g. Moins d'une fois par an

## XVI. Satisfaction au travail

---

1. A combien estimez-vous votre satisfaction à exercer votre travail ?

- tout à fait satisfait     assez satisfait     peu satisfait     pas du tout satisfait

2. Quelle est la principale source de satisfaction dans votre travail ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Aucune
- b. Relations avec les personnes aidées
- c. Relations avec vos collègues
- d. Acquisition de nouvelles connaissances
- e. Responsabilités
- f. Valorisation sociale
- g. Salaire
- h. Autre : *citez* .....

3. Quel est le principal inconvénient de votre travail ? *cochez la réponse correspondante*

- a. Conditions physiques trop éprouvantes
- b. Conditions psychologiques trop éprouvantes
- c. Responsabilités trop importantes
- d. Exigences trop importantes
- e. Rémunération insuffisante
- f. Autre : *citez* .....

4. Avez-vous l'impression que votre travail est reconnu par :

a. Les personnes aidées ?  oui  non

b. L'entourage des personnes aidées ?

non concerné  oui  non

c. Vos collègues ?

non concerné  oui  non

d. Vos responsables ?

non concerné  oui  non

e. Les autres intervenants au domicile ?

non concerné  oui  non

5. Avez-vous l'impression que votre travail est important ?

oui  non

Pourquoi ? .....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Travaillez-vous avec un système de télégestion ?

oui  non

Si oui, qu'est ce système pour vous ?

a. Une contrainte supplémentaire

b. Un bon outil de gestion pour comptabiliser vos horaires réelles

c. Autre : *citez* .....

7. Votre travail vous permet-il d'apprendre des choses ?

oui  non

8. Avez-vous un travail répétitif ?  oui  non

9. Devez-vous faire plusieurs choses à la fois ?

oui  non

10. Vous arrive-t-il d'être souvent interrompu pendant votre travail ?

oui  non

11. Etes-vous pressés dans votre travail ?  oui  non

12. Devez-vous réaliser trop vite des tâches qui demanderaient davantage de temps et soin ?

oui  non

13. Avez-vous les moyens (en terme de matériel, formation, informations, aide de collègues ou autre) pour faire un travail de bonne qualité ?

oui  non

Si non, que vous faudrait-il ?

- a. Matériel
- b. Formation
- c. Information
- d. Aide de collègues
- e. Autre : *citez* .....

### XVII. Suivi médical

---

1. Comment estimez-vous votre état de santé ?

excellente santé  bonne santé  mauvaise santé  très mauvaise santé

2. Depuis un an, avez-vous vu votre médecin traitant ?

oui  non

Si oui, combien de fois ? .....

3. Avez-vous vu un médecin du travail dans les deux dernières années ?

oui  non

4. Avez-vous déjà eu un ou plusieurs accidents de travail ?

oui  non

Si oui, que s'est-il passé ? .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Avez-vous déjà eu des arrêts de travail liés à l'exercice de votre métier ?

oui  non

Si oui, pour quelles raisons ? .....  
.....  
.....

6. Avez-vous déjà fait une ou plusieurs déclarations de maladies professionnelles ?

oui  non

Si oui, de quelle(s) pathologie(s) s'agissait-il ? .....  
.....

7. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

oui  non

Si oui, pour quelles raisons ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Pour la douleur
- b. Pour le cœur
- c. Pour la tension
- d. Pour le cholestérol
- e. Pour le diabète
- f. Pour des troubles digestifs
- g. Pour les nerfs
- h. Pour dormir
- i. Pour avoir plus d'énergie
- j. Pour vous remonter le moral
- k. Autre : *citez* .....

8. Ressentez-vous régulièrement des douleurs à l'une ou l'autre des parties du corps mentionnées ci-dessous ?

- a. Cou, nuque  oui  non
- b. Haut du dos  oui  non
- c. Bas du dos  oui  non
- d. Epaules  oui  non
- e. Coudes  oui  non
- f. Poignets, mains  oui  non
- g. Hanches, cuisses  oui  non
- h. Genoux  oui  non
- i. Jambes, mollets  oui  non
- j. Chevilles, pieds  oui  non

9. Pratiquez-vous des activités extraprofessionnelles (sport ou autre) qui pourraient être une source de ces douleurs ?

oui  non

Si oui, lesquelles ? .....

10. Avez-vous des séquelles suite à un accident autre que professionnel (accident de voiture, accident domestique...) qui pourraient être une source de ces douleurs ?

oui  non

Si oui, lesquelles ? .....

**XVIII. Evolution du métier**

1. Quelles évolutions prioritaires du métier souhaiteriez-vous ? *cochez trois cases maximum*

- a. Moins de personnes à aider
- b. Plus de temps pour une intervention
- c. Moins de temps de trajet
- d. Plus d'implication de la part de vos responsables
- e. Plus d'implication de la part des familles des personnes aidées
- f. Plus de liberté dans votre travail
- g. Plus de reconnaissance de votre travail
- h. Travail plus varié et diversifié
- i. Autre : *citez* .....

*La personne interrogée doit exercer son métier depuis plus de 5 ans.*

2. Avez-vous noter des changements dans votre métier depuis que vous avez commencé à travailler ?

- oui  non

Si oui, lesquels ? *cochez la ou les réponses correspondantes*

- a. Augmentation du nombre de personnes aidées
- b. Diminution du nombre de personnes aidées
- c. Augmentation de la fréquence d'interventions chez les personnes
- d. Diminution de la fréquence d'interventions chez les personnes
- e. Augmentation de la durée de l'intervention
- f. Diminution de la durée de l'intervention
- g. Modifications des besoins d'aide des personnes
- h. Modifications des tâches demandées
- i. Plus d'exigences de la part des personnes aidées et leur entourage
- j. Moins d'exigences de la part des personnes aidées et leur entourage
- k. Plus d'exigences de la part de vos responsables
- l. Moins d'exigences de la part de vos responsables
- m. Autre : *citez* .....

Si oui, quelles sont les conséquences qu'ont eu pour vous ces changements ? .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si oui, du fait de ces changements, diriez-vous que votre travail est :

- Plus intéressant ?  Moins intéressant ?  Equivalent ?  
 Plus pénible ?  Moins pénible ?  Equivalent ?



## **Annexe 3 : Informations relatives aux Accidents du travail et Maladies Professionnelles**

### A. Extraits du code de la sécurité sociale

Partie législative, Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles

- Titre 1 : Généralités – Dispositions propres à certains bénéficiaires  
Chapitre 1<sup>er</sup> : Définitions : accident du travail et accident du trajet

#### **Article L411-1 :**

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

#### **Article L411-2 :**

« Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »

- Titre 6 : Dispositions concernant les maladies professionnelles

#### **Article L461-1 :**

« Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.»

« Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.»

B. Liste non exhaustive des tableaux de maladies professionnelles pouvant concerner le secteur de l'aide et du soin à domicile

Type de risque	N° de tableau	Intitulé
Risque physique	57	Affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (Troubles Musculo Squelettiques) → <i>Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule</i>
	98	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes → <i>Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes</i>
Risque chimique	65	Lésions exzamatiformes de mécanismes allergiques
	66	Rhinites et asthmes professionnels → <i>Travaux de désinfection et de stérilisation (...)</i> → <i>Fabrication et utilisation de détergents (...)</i>
	84	Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel → <i>Utilisation de solvants comme agents (...) de nettoyage, décapants (...)</i>
	95	Affections de mécanismes allergiques provoquées par les protéines du latex → <i>Préparation, emploi et manipulation du latex naturel et des produits en renfermant</i>

Type de risque	N° de tableau	Intitulé
Risque biologique infectieux	40	<p>Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques</p> <p>→ <i>Travaux effectués par le personnel de soin et assimilé (...), de service ou des services sociaux, mettant le personnel au contact de produits contaminés ou de malades dont les examens bactériologiques ont été positifs</i></p>
	45	<p>Affections d'origines professionnelles par les hépatites A, B, C, D et E</p> <p>→ <i>Travaux comportant des actes de soin, d'hygiène, d'entretien (...), susceptibles d'exposer aux produits biologiques d'origine humaine et aux produits contaminés par eux.</i></p>
	76	<p>Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile</p> <p>→ <i>Travaux accomplis par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact de ces agents infectieux ou parasitaires</i></p>
	80	<p>Kéraconjonctivites virales.</p> <p>→ <i>Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, (...), de service et d'entretien, mettant au contact direct ou indirect de malades porteurs de ces affections</i></p>

## Annexe 4 : Les chiffres clés en 2006



# LES CHIFFRES CLES EN 2006

## France entière

Les risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile :

- ▶ Les accidents du travail
- ▶ Les maladies professionnelles
- ▶ Les accidents du trajet

## En résumé

En 2006, les services de l'aide et du soin à domicile (SASAD) comptaient 27 156 sinistres avec arrêt relevant des caisses régionales d'assurance maladie du régime général de la France entière. 84 % de ces déclarations concernent des accidents du travail et 14 % des accidents du trajet. Le reste a été reconnu comme maladie professionnelle.

Avec près de 44 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés des SASAD, ce secteur d'activité est touché par un nombre important d'accidents du travail avec arrêt. La nature des lésions est le plus souvent des douleurs par effort au niveau du tronc. Les victimes de ces accidents sont pour la plupart expérimentées. 73 % des accidents du travail avec arrêt dans les SASAD surviennent chez les salariés dont l'ancienneté dans l'entreprise est supérieure ou égale à 1 an.

Il semble important d'engager des actions de prévention dans ce secteur afin de réduire les risques professionnels même si ces chiffres reflètent une partie de la réalité.

Tableau 1 : Les principaux résultats sur les accidents de travail, sur les maladies professionnelles et sur les accidents de trajet

	SASAD	Ensemble
	n	n
<b>Effectif salariés</b>	516 285	17 786 989
<b>Nombre d'établissements</b>	8 497	1 958 036
<b>Accidents du travail (AT)</b>		
avec arrêt	22 692	700 772
ayant entraîné une incapacité permanente (IP)	1 266	46 596
mortels	8	537
<b>Coût imputé moyen d'un accident du travail avec arrêt</b>	2 289 €	2 812 €
<b>Coût imputé moyen d'un accident du travail grave</b>	19 853 €	26 339 €
<b>Nombre de jours d'arrêt de travail (AT)</b>	1 104 711	34 726 602
<b>Durée moyenne (jours) de l'arrêt de travail (AT)</b>	49	50
<b>Maladies professionnelles (MP)</b>		
avec arrêt	769	42 306
ayant entraîné une incapacité permanente (IP)	300	22 763
mortelles	0	467
<b>Coût imputé moyen d'une maladie professionnelle avec arrêt</b>	8 129 €	8 858 €
<b>Coût imputé moyen d'une maladie professionnelle grave</b>	30 612 €	53 214 €
<b>Nombre de jours d'arrêt (MP)</b>	145 932	7 535 058
<b>Durée moyenne (jours) de l'arrêt de travail (MP)</b>	190	178
<b>Accidents du trajet (ATJ)</b>		
avec arrêt	3 695	83 022
ayant entraîné une incapacité permanente (IP)	329	8 856
mortels	11	384
<b>Coût imputé moyen d'un accident du trajet avec arrêt</b>	3 036 €	4 242 €
<b>Coût imputé moyen d'un accident du trajet grave</b>	23 293 €	33 651 €
<b>Nombre de jours d'arrêt (ATJ)</b>	208 325	5 309 379
<b>Durée moyenne (jours) de l'arrêt (ATJ)</b>	56	64

# Les accidents du travail

Tableau 2 : Indices de fréquence par branches professionnelles

Branche	En France	
	Poids économique	Indice de fréquence
Métallurgie	10,9	40,5
Bâtiment, Travaux Publics	8,4	85,4
Transports, eau, gaz, électricité	11	48,2
Services, commerces, industrie de l'alimentation	12,4	54,1
Chimie, caoutchouc, plasturgie	2,7	32,8
Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, cuir, peaux, pierres et terre à feu	3,4	54
Commerces non alimentaires	12,7	25,5
<b>Services de l'aide et du soin à domicile</b>	<b>2,9</b>	<b>44,0</b>
Activités de service 1	20,8	10,3
Activités de service 2	17,7	43,8
<b>Ensemble des branches professionnelles</b>	100,0	39,4

Tableau 3 : Accidents du travail indemnisés en 2006 par région pour les services de l'aide et du soin à domicile (SASAD)

CRAM	Effectifs salariés	Poids économique	Nombre d'accidents de travail	Indice de fréquence	Taux de fréquence
Sud-Est	26 791	2,1	1 444	53,9	34,7
Bourgogne et Franche-Comté	28 751	4,0	1 364	47,4	29,3
Midi-Pyrénées	28 369	4,0	1 232	43,4	28,4
Aquitaine	26 138	3,4	1 021	39,1	25,8
Languedoc-Roussillon	21 367	3,8	1 069	50,0	33,0
Bretagne	29 063	3,7	1 264	43,5	29,7
Pays de la Loire	30 343	3,2	1 163	38,3	24,1
Centre	21 256	3,3	984	46,3	28,6
Nord-Est	24 351	3,8	1 183	48,6	31,1
Nord-Picardie	57 585	3,8	2 489	43,2	28,5
Auvergne	11 117	3,4	404	36,3	23,5
Alsace-Moselle	22 489	2,9	1 155	51,4	31,4
Rhône-Alpes	49 891	2,7	2 404	48,2	30,9
Guadeloupe	755	0,9	21	27,8	21,3
Martinique	1 398	1,5	47	33,6	21,6
Guyane	481	1,6	6	12,5	7,9
La Réunion	6 144	3,9	161	26,2	17,2
Île-de-France	72 155	1,6	3 033	42,0	30,3
Normandie	36 560	4,2	1 434	39,2	26,0
Centre-Ouest	21 281	3,7	814	38,3	24,6
<b>TOTAL</b>	<b>516 474</b>	<b>3,0</b>	<b>22 692</b>	<b>44,0</b>	<b>28,8</b>

Tableau 4 : Origines des accidents de travail avec arrêt

	SASAD		Ensemble	
	n	%	n	%
Chutes de plain pied	7 347	32,4	166 717	23,8
Chutes de hauteur	2 399	10,6	86 164	12,3
Manutentions manuelles	7 282	32,1	239 388	34,2
Objets, masses, particules en mouvement accidentel	565	2,5	40 804	5,8
Circulation	788	3,5	21 806	3,1
Outils à main	500	2,2	38 031	5,4
Autres	3 811	16,8	107 862	15,4
<b>TOTAL</b>	<b>22 692</b>	<b>100,0</b>	<b>700 772</b>	<b>100,0</b>

Tableau 5 : Nature des lésions des accidents du travail avec arrêt

	SASAD		Ensemble	
	n	%	n	%
<b>Douleur par effort</b>	<b>8 616</b>	<b>38,0</b>	<b>178 675</b>	<b>25,5</b>
Tronc	5 100	22,5	107 475	15,3
Membres sup, (exceptés mains)	1 098	4,8	23 029	3,3
Membres inf, (exceptés pieds)	768	3,4	19 621	2,8
<b>Contusion</b>	<b>4 459</b>	<b>19,7</b>	<b>149 500</b>	<b>21,3</b>
Membres inf, (exceptés pieds)	931	4,1	31 946	4,6
Main	709	3,1	33 841	4,8
Membres sup, (exceptés mains)	650	2,9	20 697	3,0
<b>Plaies</b>	<b>1 908</b>	<b>8,4</b>	<b>119 868</b>	<b>17,1</b>
Main	1 347	5,9	88 576	12,6
Tête	176	0,8	8 444	1,2
<b>Entorse</b>	<b>2 558</b>	<b>11,3</b>	<b>73 678</b>	<b>10,5</b>
Membres inf, (excepté pieds)	1 757	7,7	52 698	7,5
Membres sup, (excepté mains)	317	1,4	7 817	1,1
<b>Fracture, fêlure</b>	<b>775</b>	<b>3,4</b>	<b>35 390</b>	<b>5,1</b>
Main	169	0,7	11 850	1,7
Membres sup, (excepté mains)	179	0,8	6 856	1,0
<b>Autres</b>	<b>4 376</b>	<b>19,3</b>	<b>143 661</b>	<b>20,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>22 692</b>	<b>100,0</b>	<b>700 772</b>	<b>100,0</b>

Tableau 6 : Répartition du nombre d'accidents avec arrêt selon l'ancienneté du salarié

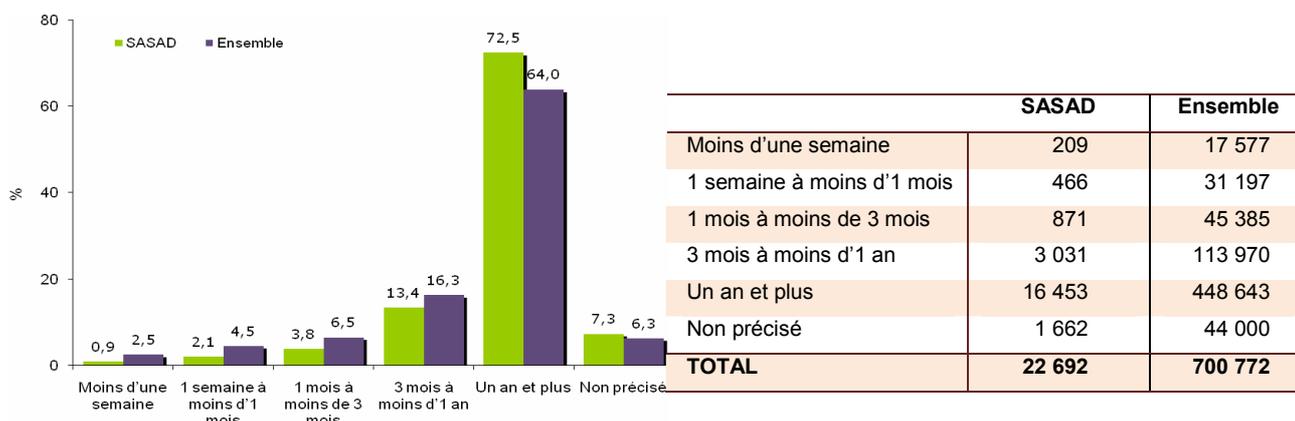
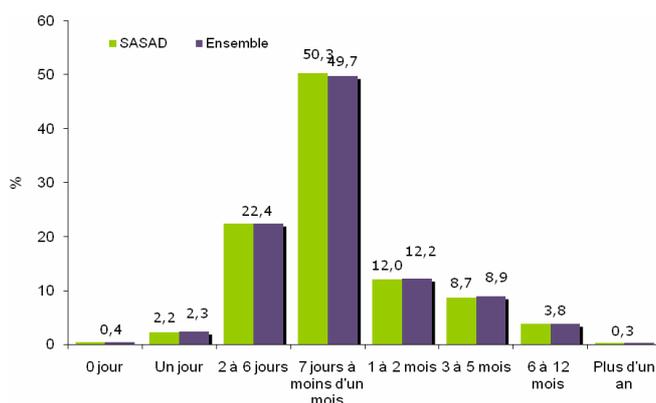


Tableau 7 : Répartition du nombre d'accidents de travail avec arrêt par nombre de jours d'arrêt



	SASAD	Ensemble
0 jour	80	2 850
Un jour	503	15 950
2 à 6 jours	5 073	157 155
7 jours à moins d'un mois	11 415	348 188
1 à 2 mois	2 727	85 728
3 à 5 mois	1 985	62 362
6 à 12 mois	852	26 448
Plus d'un an	57	2 091
<b>TOTAL</b>	<b>22 692</b>	<b>700 772</b>

Tableau 8 : Accidents du travail mortels

	SASAD		Ensemble	
	n	%	n	%
Chutes de plain pied	0	0,0	20	3,7
Chutes de hauteur	0	0,0	66	12,3
Manutentions manuelles	0	0,0	17	3,2
Objets, masses, particules en mouvement accidentel	0	0,0	29	5,4
Circulation	4	50,0	116	21,6
Autres (dont non classés, malaises, morts subites)	4	50,0	289	53,8
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>537</b>	<b>100,0</b>

# Les maladies professionnelles

Tableau 9 : Principales maladies professionnelles indemnisées en 2006 avec arrêt

	SASAD			Ensemble		
	n	%	Coût imputé moyen	n	%	Coût imputé moyen
Affections péri articulaires	677	88,0	7 708 €	29 379	69,4	9 666 €
Affections chroniques du rachis lombaire	44	5,7	17 218 €	2 251	5,3	18 946 €
Amiante	2	0,3		6 731	15,9	1 954 €
Autres	46	6,0	5 979 €	3 945	9,3	8 865 €
<b>TOTAL</b>	<b>769</b>	<b>100,0</b>	<b>8 129 €</b>	<b>42 306</b>	<b>100,0</b>	<b>8 858 €</b>

Tableau 10 : Répartition des principaux syndromes avec arrêt

	SASAD		Ensemble	
	n	%	n	%
Syndrome du canal carpien	304	39,5	11 316	26,7
Epaule douloureuse	165	21,5	6 881	16,3
Sciatique par hernie discale	42	5,5	2 516	5,9
Plaques pleurales	0	0,0	4 333	10,2
Autres	258	33,6	17 260	40,8
<b>TOTAL</b>	<b>769</b>	<b>100,0</b>	<b>42 306</b>	<b>100,0</b>

Tableau 11 : Maladies professionnelles indemnisées en 2006 par région

CRAM	SASAD			Ensemble		
	Nombre de MP avec arrêt	Nombre de MP avec IP	Nombre de MP avec décès	Nombre de MP avec arrêt	Nombre de MP avec IP	Nombre de MP avec décès
Sud-Est	31	22	0	2 349	1 487	56
Bourgogne et Franche-Comté	75	22	0	2 020	939	15
Midi-Pyrénées	23	10	0	800	316	7
Aquitaine	19	15	0	1 538	1 179	26
Languedoc-Roussillon	17	6	0	635	353	4
Bretagne	112	42	0	4 043	1 506	19
Pays de la Loire	107	29	0	4 821	1 953	27
Centre	39	16	0	1 464	638	3
Nord-Est	45	22	0	1 872	1 085	23
Nord-Picardie	22	10	0	5 193	3 326	82
Auvergne	7	1	0	702	362	4
Alsace-Moselle	104	36	0	2 946	1 344	31
Rhône-Alpes	48	11	0	3 797	1 939	30
Guadeloupe	0	0	0	19	10	0
Martinique	1	0	0	6	3	0
Guyane	1	0	0	10	5	0
La Réunion	4	3	0	82	59	0
Île-de-France	55	28	0	4 669	3 088	84
Normandie	34	22	0	3 593	2 520	49
Centre-Ouest	25	5	0	1 747	651	7
<b>TOTAL</b>	<b>769</b>	<b>300</b>	<b>0</b>	<b>42 306</b>	<b>22 763</b>	<b>467</b>

# Les accidents du trajet

Tableau 12 : Résultats par région

CRAM	SASAD			Ensemble		
	Nombre de ATJ avec arrêt	Nombre de ATJ avec IP	Nombre de ATJ avec décès	Nombre de ATJ avec arrêt	Nombre de ATJ avec IP	Nombre de ATJ avec décès
Sud-Est	215	35	0	7 258	1 216	21
Bourgogne et Franche-Comté	294	14	0	3 271	277	23
Midi-Pyrénées	163	12	2	3 254	386	16
Aquitaine	137	18	0	3 453	510	12
Languedoc-Roussillon	101	16	1	2 417	298	17
Bretagne	168	14	0	3 178	259	18
Pays de la Loire	193	20	1	4 453	333	29
Centre	192	9	1	2 976	286	14
Nord-Est	125	17	2	2 233	234	25
Nord-Picardie	462	38	3	6 098	620	30
Auvergne	56	8	1	1 281	182	12
Alsace-Moselle	221	15	0	3 875	280	20
Rhône-Alpes	365	29	0	8 412	932	36
Guadeloupe	4	1	0	181	10	3
Martinique	6	1	0	289	18	0
Guyane	1	0	0	49	5	0
La Réunion	19	2	0	457	48	5
Île-de-France	626	56	0	23 113	2 360	66
Normandie	245	19	0	4 108	395	16
Centre-Ouest	102	5	0	2 666	207	21
<b>TOTAL</b>	<b>3 695</b>	<b>329</b>	<b>11</b>	<b>83 022</b>	<b>8 856</b>	<b>384</b>

Tableau 13 : Origine des accidents du trajet avec arrêt

	SASAD		Ensemble	
	n	%	n	%
Véhicule	2 035	55,1	55 032	66,3
Plain pieds	1 095	29,6	15 912	19,2
Chute	362	9,8	7 177	8,6
Autres	203	5,5	4 901	5,9
<b>Total</b>	<b>3 695</b>	<b>100,0</b>	<b>83 022</b>	<b>100,0</b>

## Précisions

Les chiffres publiés dans cette fiche ont été obtenus selon la région de résidence des entreprises relevant ainsi de la caisse régionale d'assurance maladie concernée. Au sein des résultats présentés en termes de sinistres, les salariés peuvent relever d'une caisse primaire d'assurance maladie d'une autre région (cf tableau 3) qui a financé certains de ces sinistres.

♦ **Accident avec arrêt** : accident ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour duquel l'accident est survenu et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière.

♦ **Accident ayant entraîné une incapacité permanente (IP)** : accident ayant entraîné une reconnaissance d'une IP et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'une rente IP ou IC.

♦ **Accident mortel** : accident professionnel reconnu ayant provoqué le décès et ayant entraîné une réparation sous forme d'une rente dite « Mortelle ».

♦ **Calcul des coûts imputés sur 2006 d'un accident** :

Le coût d'un accident avec arrêt est calculé à partir des montants des indemnités journalières, des frais médicaux, des frais de pharmacie et des frais d'hospitalisation.

Le coût d'un accident ayant entraîné une IP est calculé à partir des montants des indemnités journalières, des frais médicaux, des frais de pharmacie, des frais d'hospitalisation, des IPS et des IPI pour l'ensemble des accidents ayant entraîné une IP.

♦ **Nombre de jours d'arrêt** : somme des nombres de jours perdus pour l'ensemble des accidents.

♦ **Poids économique** est le nombre total des salariés du service de l'aide et du soin à domicile pour 100 salariés de l'ensemble des branches professionnelles.

♦ **Indice de fréquence** : le nombre d'accidents avec arrêt pour 1000 salariés.

♦ **Taux de fréquence** : le nombre d'accidents avec arrêt par millions d'heures travaillées.

### Mars 2008

Les chiffres clés en 2006 des risques professionnels dans les services de l'aide et des soins à domicile sont l'aboutissement d'une large collaboration entre les personnes des organismes suivants :

- M. Jean-Claude BLANCHARD de la Drees-DMSI qui a fourni le fichier Finess,
- Mme Delphine GARCONNAT de la Mission Statistique de la DRP à la Cnamts qui a fourni le fichier SGE/TAPR 2006,
- Mme Inca RUIZ, chargée d'études à l'ORS du Languedoc-Roussillon qui a réalisé l'exploitation informatique sous la direction du Dr Bernard LEDESERT,
- Mme Jacqueline BELEN CAUSSIDIER (ORS L-R) a réalisé la mise en page,
- Mme Delphine DOMERGUE, attachée de direction à la Cram Languedoc-Roussillon, qui a supervisé l'exploitation statistique.

Ce travail a été réalisé dans le cadre du groupe de travail « Epidémiologie et Santé au Travail » de la mission nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et des soins à domicile de la Cnamts, coordonnée par M. Bernard SENAULT et suivie à la DRP par M. Philippe BIELEC.

Caisse régionale d'assurance maladie  
Languedoc-Roussillon (Cram L-R)  
29 cours Gambetta CS 49001  
34068 Montpellier  
Tél. 04 67 12 95 30 Fax 04 67 12 94 40  
[www.cram-lr.fr](http://www.cram-lr.fr)

Observatoire régional de la santé  
du Languedoc-Roussillon (ORS L-R)  
Parc Euromédecine  
209 rue des Apothicaires  
34196 Montpellier cedex 5  
Tél. 04 67 52 64 17 Fax 04 67 52 02 74  
[www.ors-lr.org](http://www.ors-lr.org)

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés  
(Cnamts)  
Direction des risques professionnels  
50 avenue du Pr André Lemierre  
75986 Paris cedex 20  
Tél. 01 72 60 10 00 Fax 01 72 60 10 10  
[www.risquesprofessionnels.ameli.fr](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des  
statistiques (Drees)  
11, place des 5 martyrs du lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. 01 40 56 80 54 Fax 01 40 56 81 30  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

## Annexe 5 : Questionnaire de Karasek

*Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse*

**1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**3. Mon travail me demande d'être créatif**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**5. Mon travail demande un haut niveau de compétence**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**7. Dans mon travail, j'ai des activités variées**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**10. Mon travail demande de travailler très vite**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**11. Mon travail demande de travailler intensément**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**17. Mon travail est très « bousculé »**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**19. Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

**26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien**

Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord

## **Analysis of the professional risks, the working conditions and the health status of help and care employees at home to submit several investigation approaches to carry out**

In France, for over a decade, the sector of home assistance is experiencing a real boom and the workers number will continue to increase every year. The “Assurance Maladie” is working on the subject with a national Mission to prevent the professional risks for help and care workers at home.

This work is an analysis of the professional risks, the working conditions and the health status of help and care employees at home. The aim is to submit to the Mission several investigation approaches to carry out.

The help and care workers are subjected to various solicitations depending on their employers, their recipients, their organisation of work, their environment... They are exposed to physical risks, for example when they have bad postures, when they have to do important physical efforts, when they fall. They are also exposed to significant psychosocial risks including when they have relational problems at work.

In order to have a national state of play and to understand the mechanisms of these professional risks, several studies can be conducted, with various populations, from different hypothesis. Proposals are made and discussed in order to start making the choices.