



BUTRUILLE Aurore

## **Master Ingénierie de la Santé parcours Ergonomie Santé Développement**

Mémoire de fin d'étude de la 2<sup>ème</sup> année de Master

**Impact des modes de financement du maintien au domicile des  
personnes âgées dépendantes sur l'activité des intervenants du  
domicile**

Date de soutenance : Lundi 8 Octobre 2018

Composition du Jury :

- Président du Jury : Xénophon VAXEVANOGLOU
- 2<sup>ème</sup> membre du jury : Sylvia PELAYO
- 3<sup>ème</sup> membre du jury : Tommy DUBOIS

# SOMMAIRE

---

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES .....	3
REMERCIEMENT .....	5
ABBREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
I.    POLE SANTE TRAVAIL .....	8
1.    Présentation .....	8
2.    Evolutions .....	10
3.    Projet de Service de POLE SANTE TRAVAIL .....	10
II.   ASSOCIATION SOINS ET SANTE .....	12
1.    Présentation de l'Association .....	12
2.    Présentation par service.....	13
a.    Centre de Soins.....	13
b.    Service de Soins Infirmiers A Domicile.....	15
c.    Service d'Aide à Domicile .....	22
III.  LA DEMANDE D'INTERVENTION .....	25
1.    Origine de la demande.....	25
2.    Analyse de la demande.....	25
a.    Entretiens avec les acteurs.....	25
b.    Analyse des traces et indicateurs de l'Association.....	30
c.    Analyse des traces et indicateurs des Equipes Santé Travail .....	36
3.    Reformulation de la demande .....	42
IV.  LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE : CONSTAT ET ENJEUX .....	44
1.    Personnes âgées, dépendance et perte d'autonomie .....	44
2.    Financement public du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes .....	47
3.    Enjeux des métiers de l'intervention au domicile pour l'ergonomie .....	52
V.   PRE-DIAGNOSTIC .....	56
1.    Organisation prescrite du travail des Aides-Soignants.....	56
a.    Tâches prescrites .....	56
b.    Organisation du travail et Planification des tournées .....	57
2.    Organisation prescrite du métier de l'aide à domicile.....	60
a.    Tâches prescrites .....	60
b.    Planification des tournées et organisation du travail.....	61

3.	Travail réel des intervenants au domicile et contraintes rencontrées .....	62
a.	SSIAD .....	62
b.	SAD .....	63
4.	Hygiène et santé : des découpages des tâches prescrite vers des similitudes dans les tâches réelles .....	65
5.	Synthèse et Hypothèses .....	66
VI.	ANALYSE DE L'ACTIVITE .....	68
VII.	DIAGNOSTIC .....	83
1.	Diagnostic global.....	83
2.	Diagnostic local.....	83
VIII.	SYNTHESE ET AXES DE TRAVAIL .....	84
IX.	DISCUSSION .....	86
1.	Discussion sur le déroulement du stage .....	86
2.	Discussion sur la thématique.....	87
	BIBLIOGRAPHIE .....	89
	ANNEXES .....	90

## LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 Carte des secteurs.....	8
Figure 2 Missions du POLE SANTE TRAVAIL.....	9
Figure 3 Organigramme de l'Association.....	12
Figure 4 Carte Communauté de Communes Pévèle Carembault .....	14
Figure 5 Organigramme du SSIAD.....	17
Figure 6 Répartition de la population prise en charge selon la classification GIR en pourcentage .....	18
Figure 7 Caractéristiques de la population pris en charge par le SSIAD par tranche d'âge et par sexe.....	18
Figure 8 Secteur d'intervention du SSIAD Templeuve .....	19
Figure 9 Répartition par tranche d'âge et par sexe des personnes prises en charge au SSIAD de Templeuve.....	19
Figure 10 Répartition des personnes âgées prises en charge à Templeuve par tranche d'âge et selon la classification GIR.....	20
Figure 11 Répartition des personnes âgées prises en charge à Bachy par tranche d'âge et par sexe.....	21
Figure 12 Répartition des personnes âgées prises en charge à Bachy par tranche d'âge et selon la classification GIR.....	21
Figure 13 Répartition des personnes âgées prises en charge à Phalempin par tranche d'âge et par sexe.....	22
Figure 14 Répartition des personnes âgées prises en charge à Phalempin par tranche d'âge et selon la classification GIR.....	22
Figure 15 Organigramme Service Aide à Domicile.....	23
Figure 16 Répartition des prestataires pris en charge par le SAD par tranche d'âge.....	24
Figure 17 Répartition des prestataires selon la classification GIR en pourcentage.....	24
Tableau 1 Effectif de l'Association .....	31
Figure 18 Répartition des AS par tranche d'âge .....	32
Figure 19 Répartition des AS par tranche d'ancienneté.....	32
Figure 20 Répartition des temps de travail du SSIAD .....	32
Figure 21 Répartition des salariés d'aide à domicile en pourcentage par tranche d'âge.....	33
Figure 22 Répartition des salariés d'aide à domicile en pourcentage selon l'ancienneté dans l'Association. ....	33
Tableau 2 Répartition des arrêts maladie au sein de l'Association.....	34
Figure 23 Répartition des arrêts maladies sur les 3 dernières années .....	34
Figure 24 Accidents du travail avec et sans arrêts de l'Association.....	35

Figure 25 Nature des lésions des AT sur les 3 dernières années.....	35
Figure 26 Circonstances des AT sur les trois dernières années.....	35
Figure 27 Répartition des AT sur les trois dernières années selon les fonctions .....	35
Tableau 3 Répartition des types de visites médicales sur ces 3 dernières années .....	36
Figure 28 Les caractéristiques du travail : les horaires de travail .....	38
Figure 29 Les caractéristiques du travail : les conditions de temps et contraintes psychologiques .....	38
Figure 30 Les caractéristiques du travail : l'appréciation du travail .....	39
Figure 31 Les caractéristiques du travail : les charges physiques .....	39
Figure 32 Plaintes ou signes cliniques de la sphère ostéo-articulaires repérés au cours des 7 derniers jours.....	40
Figure 33 Plaintes ou signes cliniques de la sphère neuro-psy repérés au cours des 7 derniers jours.....	40
Figure 34 Schéma Déterminants, Tâches, Activités.....	42
Figure 35 Evolution de l'espérance de vie à la naissance.....	44
Tableau 4 Groupes Iso-Ressources .....	46
Figure 36 Intervenants auprès des personnes âgées dépendantes .....	46
Figure 37 Les financeurs du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.....	48
Figure 38 Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement en pourcentage par Gir au 31 décembre 2015 .....	51
Figure 39 Exemple de Fiche de traçabilité remplie pour un patient en Avril 2018 .....	58
Figure 40 Tableau de planification des tournées à Phalempin .....	59
Figure 41 Comparatif travail prescrit - travail réelle des AS et des AD .....	65
Figure 42 Du modèle de financement vers l'activité .....	68
Figure 43 Schéma du modèle de financement vers l'activité .....	68
Figure 44 Temporalité des bénéficiaires .....	69
Figure 45 Chronogramme AS du SSIAD de Phalempin.....	70
Figure 46 Temporalité prescrite d'une journée pour une AD .....	71
Figure 47 Chronogramme d'une tournée d'aide à domicile.....	72
Figure 48 Fractionnement des intervenants au domicile du bénéficiaire .....	73
Figure 49 Stratégies engendrées par les modes de financement .....	75
Figure 50 Focus sur une tournée d'après-midi AS SSIAD de Phalempin .....	76
Figure 51 Mouvement des glissements de tâches .....	79
Figure 52 Exemples de situations de travail contraignantes .....	81
Figure 53 Synthèse de l'impact du modèle de financement du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes .....	82

# REMERCIEMENT

---

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à ceux qui ont contribué au bon déroulement des années de Master et à la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Sylvia PELAYO, pour son aide et sa supervision dans la rédaction de ce mémoire. Ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique du Master pour la richesse et la qualité des enseignements.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Tommy DUBOIS, mon tuteur de stage, pour son accompagnement, sa disponibilité, sa confiance, son soutien, ses conseils avisés et précieux qui m'ont guidé tout au long du master.

Mes remerciements vont également à la direction de POLE SANTE TRAVAIL qui m'octroie la possibilité de continuer à avancer dans mon projet professionnel, et bien évidemment à l'ensemble de mes collègues ergonomes du service pour leur implication, confiance, collaboration et l'apport de connaissances terrains.

Je remercie également l'ensemble des salariés de l'ASSOCIATION SOINS ET SANTE pour leur accueil, participation, implication, confiance, bienveillance et leur disponibilité malgré leur charge de travail pour mener à bien l'intervention ergonomique.

De plus, je remercie tout particulièrement Audrey LEFEBVRE, Infirmière en licence Santé Travail, pour le partage et le travail de collaboration.

Enfin, je tiens également à témoigner toute ma gratitude à ma famille, mes proches (amis et collègues) pour leur soutien moral inconditionnel et leur confiance en mes capacités dans la réussite de mon projet professionnel.

## ABBREVIATIONS

---

**AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources  
**AIS** : Actes Infirmiers de Soins  
**AMI** : Actes Médicaux Infirmiers  
**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
**ARACT** : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**AS** : Aide-Soignant  
**ASV** : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement  
**AT** : Accident de Travail  
**CA** : Conseil d'Administration  
**CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail  
**CDD** : Contrat à Durée Déterminée  
**CDI** : Contrat à Durée Indéterminée  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CRPRP** : Comité Régionale de Prévention des Risques Professionnels  
**DIRECCTE** : Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi  
**EPI** : Equipement de Prévention Individuel  
**EPHAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**EVREST** : EVolutions et RELations en Santé au Travail  
**GIR** : Groupes Iso-Ressources  
**IDEST** : Infirmière Diplômé d'Etat en Santé au Travail  
**ISTNF** : Institut de Santé au Travail du Nord de la France  
**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels  
**OPPBTP** : Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics  
**RPS** : Risques PsychoSociaux  
**SAD** : Service d'Aide à Domicile  
**SAAD** : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile  
**SAP** : Service A la Personne  
**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile  
**TMS** : Troubles Musculo-Squelettiques  
**URIOPSS** : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux

# INTRODUCTION

---

Ce travail de mémoire s'inscrit dans le cadre du travail de fin d'étude de la seconde année du Master Ingénierie de la Santé parcours Ergonomie Santé Développement, suivi dans un contexte de formation continu en Congé Individuel de Formation.

Ce travail s'est déroulé au sein du service pluri-technique des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels de mon entreprise POLE SANTE TRAVAIL, dont vous trouverez une présentation succincte en première partie.

Vous trouverez ensuite une présentation de l'ASSOCIATION SOINS ET SANTE, lieu de l'intervention ergonomique et ainsi le point d'ancrage de la thématique abordée dans ce mémoire. La demande d'intervention émane des acteurs l'association suite au constat d'une dégradation des indicateurs de santé en terme d'absentéisme et d'accidents du travail.

La thématique concerne le secteur du Service A la Personne (SAP). Secteur d'activité important qui comporte 2 millions de salariés dont 30 000 salariés répartis dans des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) avec 95% de femmes ; et un fort indice de fréquence d'accident du travail à 95 pour mille dû principalement à des manutentions (56%) et à des chutes (32%)<sup>1</sup>.

Ce secteur se trouve dans un contexte de forte évolution de la demande avec 90% des français qui expriment une préférence pour le mode de prise en charge au domicile et des enjeux sociétaux important :

- Un Vieillissement de la population, d'ici 2060 le nombre de personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire en perte d'autonomie, passera de 1 150 000 à 1 550 000 personnes en 2030 puis à 2 300 000 à 2060<sup>2</sup>,
- Une Politique de maintien à domicile avec la loi du 22 juillet 2001 conforté par celle du 28 décembre 2015 en faveur du maintien au domicile au travers des dispositifs d'aide,
- Un Modèle de financement public de la dépendance au cœur des préoccupations actuelles du gouvernement.

Tout ceci dans un contexte particulier de l'intervention au domicile où l'employeur n'a pas la main directe sur les conditions et sur l'environnement de travail.

Ce contexte sera explicité suite à l'analyse de la demande afin d'orienter le pré-diagnostic et le déroulement de l'intervention ergonomique.

---

<sup>1</sup> Carole GAYET, Juin 2018, *Le secteur de l'aide et soins à la personne*, Symposium au 35<sup>ème</sup> Congrès National de Médecine et Santé au Travail de Marseille

<sup>2</sup> Blanpain N. et Chardon O., « Projection de la population à l'horizon 2060 – Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », INSEE Première n°1320 - Octobre 2010



## I. POLE SANTE TRAVAIL

### 1. Présentation

Association paritaire sans but lucratif, POLE SANTE TRAVAIL Métropole Nord bénéficie du statut d'association de type 1901, créée en 2010 à partir de la fusion de 6 services de santé au travail.

POLE SANTE TRAVAIL est le 2<sup>ème</sup> Service interentreprises de France parmi les 250 services de santé au travail interentreprises existant et bénéficie de plus de 70ans d'expérience en santé au travail.

L'association est agréée par le Ministère du travail pour exercer ses missions de suivi de santé au travail et couvre un territoire précis : l'audomarois, les Flandres Intérieures, la métropole Lille Roubaix Tourcoing, et le Douaisis. Les entreprises de ce territoire adhèrent à POLE SANTE TRAVAIL avec le paiement d'une cotisation.

POLE SANTE TRAVAIL en quelques chiffres, c'est 12 secteurs géographiques, 477 025 salariés suivis (soit 30% des 1,5 million de salariés dans les Hauts de France), 32 197 adhérents, 592 professionnels de santé au travail, 141 centres de santé au travail au sein des entreprises, 22 centres de santé au travail et 3 centres de santé au travail mobile.

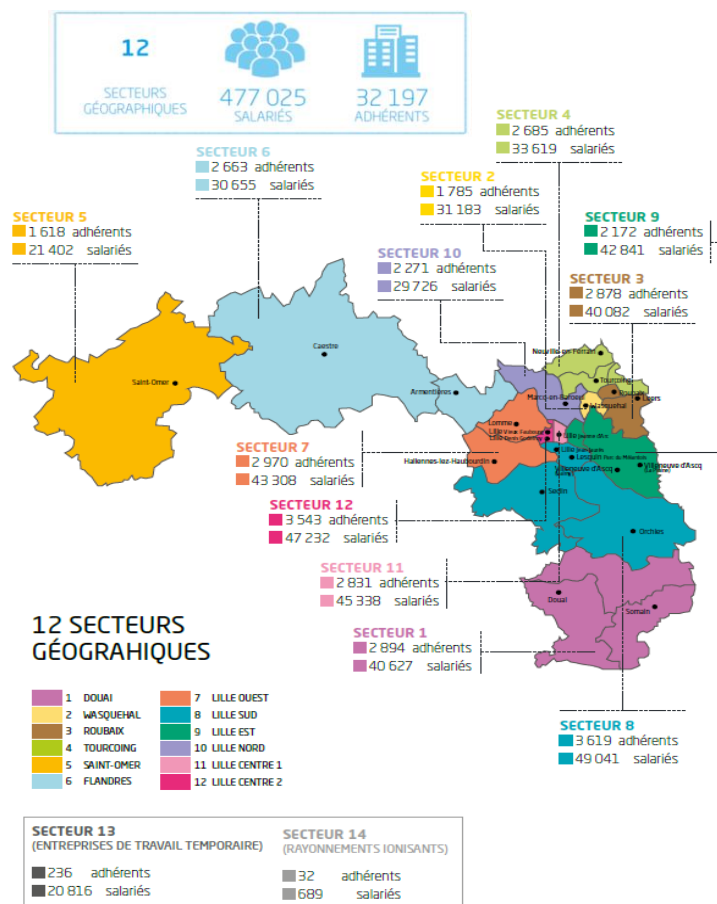


Figure 1 Carte des secteurs

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Pour cela, POLE SANTE TRAVAIL déploie 4 axes pour la prévention des risques professionnels en entreprise :

- La Surveillance de l'état de santé des salariés,
- Les Actions en entreprise,
- Le Conseil,
- La Traçabilité et la veille sanitaire.

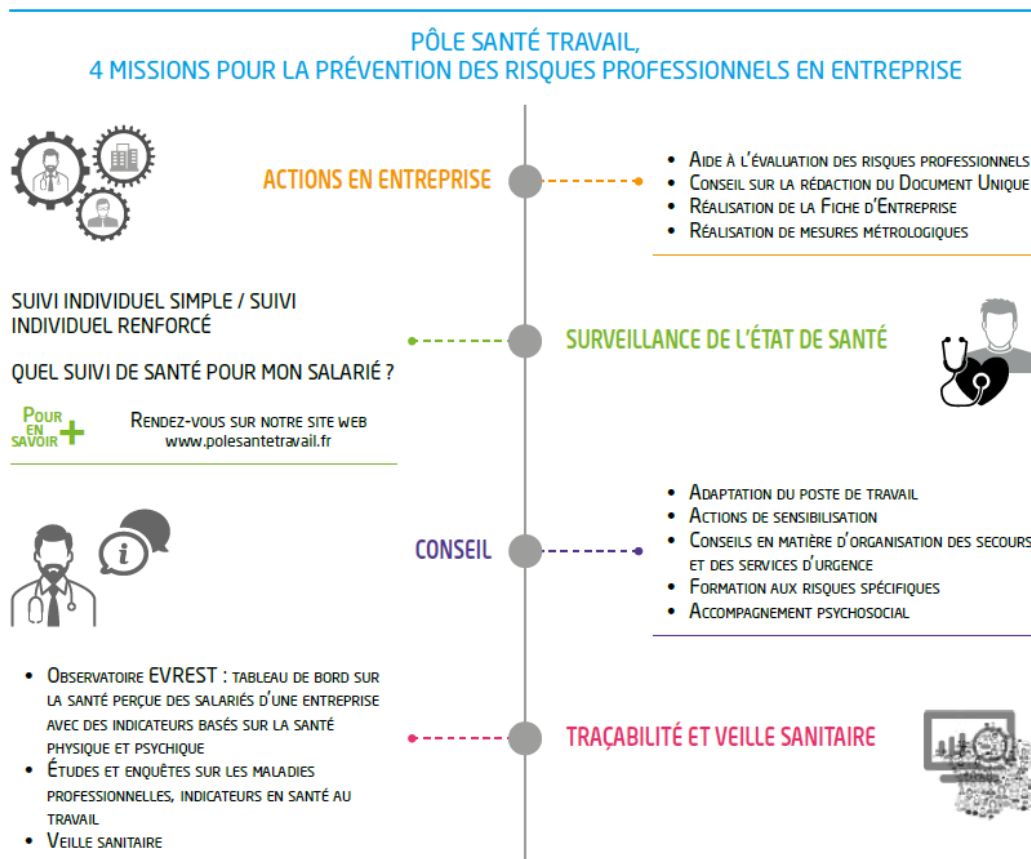


Figure 2 Missions du POLE SANTE TRAVAIL

Pour réaliser ses missions, POLE SANTE TRAVAIL est intégré dans un réseau de partenaires à la fois institutionnels et opérationnels : DIRECCTE (Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi), CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail), ISTNF (Institut de Santé au Travail du Nord de la France,) Conseil Régional, OPPBTP (Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics,) ARS (Agence Régionale de Santé), CRPRP (Comité Régionale de Prévention des Risques Professionnels).

## 2. Evolutions

La santé au travail connaît des évolutions et notamment réglementaire avec la LOI EL KHOMRI et le décret de modernisation de la médecine du travail du 27 décembre 2016 modifiant le suivi de santé des salariés et le principe d'aptitude au poste de travail, conservé uniquement pour les postes à risques.

L'objectif de ce nouveau texte est de proposer un suivi sur mesure à tous les salariés par un protocole de suivi. Chaque salarié bénéficie d'un suivi adapté à son âge, son poste de travail, son environnement de travail et son état de santé. C'est ainsi le médecin du travail qui fixe les modalités et la périodicité nécessaires au suivi de santé.

La place de l'équipe en santé travail a été réaffirmée dans ce dispositif, le médecin du travail est appuyé par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé qui lui permet d'assurer une action de proximité, sur le terrain de l'entreprise, par la prescription d'actions.

De ce fait, POLE SANTE TRAVAIL a renforcé ses équipes de terrains par le recrutement d'Infirmiers Santé Travail (20), Assistants Santé Travail (9) et Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (5 - Ergonome, Toxicologue et Psychologue du Travail) afin de proposer une démarche globale de prévention à toutes les entreprises, TPE/PME ou grosses structures, tous secteurs d'activités confondus.

## 3. Projet de Service de POLE SANTE TRAVAIL

Outre ses quatre missions principales, POLE SANTE TRAVAIL s'applique à développer des actions de prévention, d'information et de conseils à destination des entreprises adhérentes notamment par les actions du Projet de service 2014-2019 dont une partie des actions correspond au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signée avec la DIRRECTE et la CARSAT sont réparties dans 4 axes stratégiques et intégrées dans une démarche globale de prévention :

- **Axe 1** : Préserver un Suivi Santé Travail Individuel de qualité : notre expertise s'adapte aux nouveaux enjeux de santé au travail
- **Axe 2** : Préserver le recueil et la traçabilité d'indicateurs de santé et d'exposition professionnelle, afin de construire des diagnostics santé travail
- **Axe 3** : Renforcer les actions en entreprise et engager nos adhérents dans une démarche de prévention
- **Axe 4** : Développer une approche collective de la prévention, en menant des projets partenariaux par branche et/ou par risque professionnel.

Chaque axe comporte des objectifs et eux-mêmes des fiches d'actions avec la mise en place de groupes projets.

Ainsi la thématique abordée dans ce travail de mémoire est une préoccupation d'actualité du service de santé au travail puisqu'il figure dans l'axe n°4 dont l'objectif est d'engager la branche médico-sociale dans une démarche de prévention des Risques Psychosociaux et des Troubles Musculo Squelettiques pour les Services A la Personne et les EPHAD Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

En septembre 2017, ce projet a été initié. Il est suivi, coordonné et animé par un binôme porteur du projet soit par un chargé de projet de l'ISTNF détaché à 30% pour POLE SANTE TRAVAIL et par un Intervenant en Prévention des Risques Professionnels volontaire. Un appel à volontariat a été réalisé auprès des équipes santé travail assurant le suivi de santé des salariés de SAP et EPHAD qui souhaitent travailler sur le sujet et ainsi intégrer le groupe projet pluridisciplinaire RPS/TMS médico-social.

Fin Février 2018, la 1<sup>ère</sup> réunion du groupe projet a eu lieu à laquelle participent des médecins du travail, interne en médecine du travail, ergonomes, infirmiers en santé au travail, assistants en santé au travail et moi-même. En effet, au vu de la thématique et de la problématique de mon mémoire, il m'a semblé judicieux de participer et m'investir dans ce groupe de travail.

Le premier échange a permis par un retour d'expérience de faire émerger les constats de terrain et les problématiques rencontrées par les équipes.

Depuis des réunions sont programmées tous les deux mois afin de recenser les données existantes au sein de POLE SANTE TRAVAIL (données médicales, sociales, études et interventions réalisées) dans le but de construire des indicateurs de santé au travail collectif, de recenser les données externes (actions mises en places dans d'autres régions, par d'autres services, d'autres partenaires de la prévention), identifier les acteurs de branches concernés, contacter les partenaires CARSAT et ARACT Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

Le but final de ce projet est de pouvoir agir en amont par la sensibilisation des représentants de branches et des financeurs publics des structures de SAP et EPHAD sur les liens santé travail pour aider ces structures à améliorer leurs conditions de travail.

## II. ASSOCIATION SOINS ET SANTE

Le lieu de l'intervention ergonomique présentée dans ce mémoire est l'ASSOCIATION SOINS ET SANTE située à Templeuve.

### 1. Présentation de l'Association

Historiquement créée en 1952, SOINS ET SANTE était un dispensaire tenu par des religieuses afin d'assurer les soins pour les Templeuvois. En 1974, les religieuses sollicitent des Templeuvois pour les aider à la gestion du Centre de Soins.

Ainsi, l'ASSOCIATION SOINS ET SANTE est créée en septembre 1974, elle est à but non lucratif de type loi 1901 et est gérée par des bénévoles avec un président, un trésorier et un secrétaire.

L'association comprend 3 services qui fonctionnent en autonomie de gestion et orientent ses actions vers la prévention, l'éducation à la santé et le bien-être :

- Centre de Soins,
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile,
- SAD : Service d'Aide à Domicile.

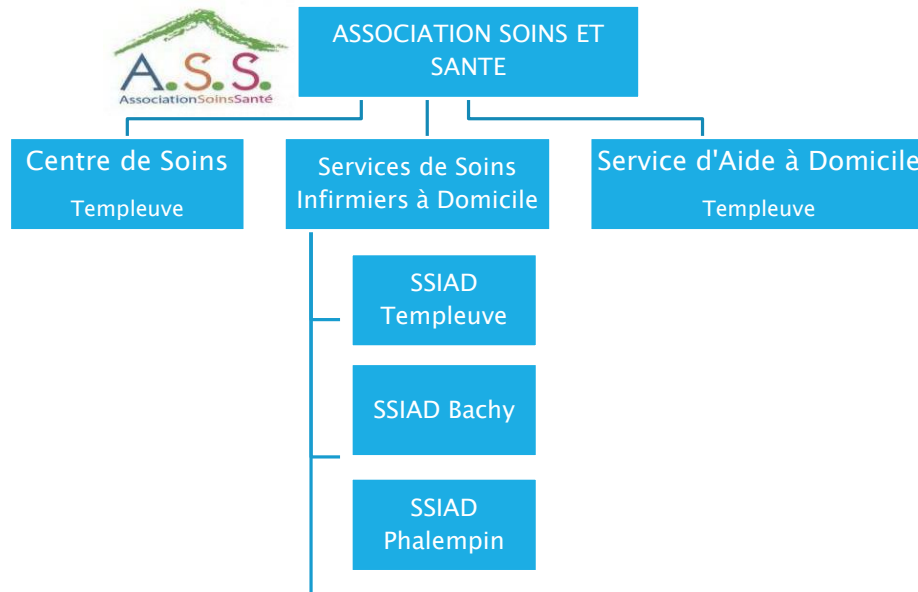


Figure 3 Organigramme de l'Association

L'ASSOCIATION SOINS ET SANTE est gérée par un Conseil d'Administration (CA) composé d'une centaine de bénévoles anciens salariés de l'Association et/ou Templeuvois, et des membres du Bureau du CA, soit le président de l'association, le trésorier et la secrétaire.

Les membres du bureau du CA se réunissent tous les mois et les membres du CA deux fois par an afin de discuter des préoccupations de l'Association soit les conditions de travail des salariés, le budget annuel prévisionnel, l'absentéisme, les problématiques terrains remontées par les salariés, les réclamations, les procédures juridiques, les locaux, ...

L'Association est adhérente de l'URIOPSS Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux Hauts de France, association loi 1901 qui unit les associations et organismes privés non lucratifs des secteurs sanitaire, médico-social pour développer les solidarités et apporter des réponses adaptées au plus près des besoins et attentes des adhérents.

L'Association est aussi investie dans la prévention notamment par un Comité de Pilotage Prévention comportant plusieurs thèmes dont celui de la Santé au Travail avec organisation de manifestations (conférences, ateliers, jeux interactifs, projection de film, pièce de théâtre...) à destination des salariés et de la population.

Pour cela, elle a nommé un « référent prévention » parmi les aides-soignantes en poste qui a accepté la mission à mi-temps en remplacement de son poste d'aide-soignante afin de conduire ces projets de prévention.

L'Association comporte un siège social à Templeuve où sont présents les 3 services : Centre de Soins, SSIAD et SAD. Le siège est installé dans une ancienne maison de ville de type 1930 comportant un étage. Le rez-de-chaussée dispose d'un accueil-sécrétariat, d'un bureau pour le SAD, d'un bureau pour le Centre de Soins et l'étage dispose d'un espace pour le SSIAD.

L'Association souhaite déménager pour avoir local ayant une superficie supérieure pour accueillir les salariés dans de bonnes conditions.

## 2. Présentation par service

### a. Centre de Soins

Le Centre de Soins de Templeuve existe depuis 1952 et est composé d'Infirmiers Diplômés d'Etat intervenant au domicile sur prescriptions médicales.

L'objectif médical du Centre de Soins est de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir l'autonomie des fonctions vitales, physiques et psychiques de la population habitant les communes desservies quelle que soit son âge, son origine sociale, ses convictions politiques, philosophiques et confessionnelles.

Outres les soins habituels, les infirmières sont formées spécifiquement aux soins de chimiothérapie, dialyse, péritonéale, soins lourds, SIDA, Alzheimer, soins palliatifs...

Les infirmières interviennent sur les communes de Capelle, Templeuve, Ennevelin, Genech, Pont à Marcq, Fretin, Bersée, Péronne, Mérignies, Auchy lez Orchies

et Louvil ; 7 jours sur 7 au domicile et accueillent les patients qui le souhaitent au dispensaire de soins sans rendez-vous 7h et 8h et entre 11h30 et 12h30.



Figure 4 Carte Communauté de Communes Pévèle Carembault

Il se compose de 4 Infirmiers Diplômés d'Etat dont une Responsable du centre de soins. L'effectif comporte une infirmière en arrêt maladie depuis octobre 2017 qui a été compensé par un remplacement en CDD.

Les soins infirmiers sont pris en charge par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé. Les actes sont rémunérés selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (prises de sang, actes infirmiers de soins, actes médicaux infirmiers) pris en charge par l'Assurance Maladie et la tarification en vigueur. Le Centre de Soins pratique le paiement à l'acte et le tiers payant.

Le Centre de Soins peut avoir des patients en commun avec le SSIAD et le SAD afin de garantir la continuité des soins. Chaque patient ou son représentant légal peut choisir de réaliser l'ensemble des prestations par les différents services de l'Association SOINS ET SANTE pour une continuité du suivi des soins ou au contraire choisir des services extérieurs à l'Association.

b. Service de Soins Infirmiers A Domicile

Présentation et organisation du SSIAD :

Le SSIAD de Templeuve créé en 1983 et agréé par la Préfecture, répond aux besoins de soins, santé et accompagnement des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans et des personnes adultes en situation de handicap sur 27 communes de la Communauté de communes Pévèle Carembault. Ce service permet le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, les soins sont assurés de manière à préserver et si possible restaurer l'autonomie des personnes prises en charge.

Le SSIAD de l'Association SOINS ET SANTE est l'un des 75 SSIAD de la région Haut de France.

Les SSIAD sont des services médico-sociaux qui apportent des soins aux personnes âgées et handicapées. Ces services sont autorisés par l'Agence Régionale de Santé.

Ils ont pour mission de contribuer à prévenir ou à différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement, raccourcir les séjours hospitaliers et réaliser des soins 7 jours sur 7. Ils préviennent et retardent la perte d'autonomie ainsi que la dégradation de l'état de santé des personnes.

L'admission dans le SSIAD est subordonnée à une prescription médicale du médecin traitant sur un imprimé spécifique.

Ils emploient des aides-soignants coordonnés par un infirmier et réalisent les soins d'hygiène générale et l'accompagnement aux actes essentiels de la vie quotidienne au domicile des personnes âgées dépendantes<sup>3</sup>.

Les soins prodigués sont financés par l'assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins. Les soins techniques peuvent être dispensés par l'infirmier coordinateur ou par des infirmiers libéraux sous convention avec le SSIAD. Ces soins techniques correspondent aux actes infirmiers cotés en AIM (actes médicaux infirmiers) selon la nomenclature

L'activité du SSIAD de l'Association s'est développée au cours des années avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes sur le secteur. De ce fait, deux antennes ont été créées et annexées au siège de Templeuve, une antenne à Phalempin en 2003 et une antenne à Bachy en 2010.

L'association est accréditée pour 105 places de personnes âgées et 5 places pour adultes en situation de handicap réparti sur les 3 secteurs géographiques :

- Templeuve : 50 places pour personnes âgées et 3 pour adultes en situation de handicap, sur 17 communes,
- Bachy : 25 places pour personnes âgées et 1 pour adulte en situation de handicap, sur 5 communes,
- Phalempin : 30 places pour personnes âgées et 1 pour adulte en situation de handicap, sur 5 communes.

Le siège du SSIAD à Templeuve est géré par une Infirmière Coordinatrice qui est la responsable de l'entité du SSIAD, elle est responsable des deux antennes. Puis chaque

---

<sup>3</sup> Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées



antenne est gérée et encadrée par une Infirmière Coordinatrice qui anime une équipe d'aides-soignants.

Les fonctions de l'Infirmière Coordinatrice sont :

- L'accueil des personnes et de leur entourage,
- L'évaluation de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile afin de mettre en œuvre les projets individualisés de soins,
- La proposition d'actions nécessaires au maintien au domicile,
- La mise en place et la tenue du dossier de soins, celui-ci peut être consulté par le bénéficiaire et/ou sa famille,
- La coordination avec les professionnels de santé libéraux,
- Les activités de coordination, d'administration et de gestion de son antenne.

Sous la responsabilité de l'infirmière, les fonctions de l'Aide-Soignante sont de :

- Réaliser les soins d'hygiène et de confort,
- Distribuer des médicaments,
- Travailler à préserver l'autonomie de la personne et son maintien le plus longtemps possible dans son environnement familial et affectif,
- Encadrer des élèves aides-soignants et infirmiers.

L'infirmière coordinatrice établit la prise en charge à partir de la prescription médicale du médecin traitant et le protocole de soins lors de la préadmission. A ce titre, elle remet et fait signer au bénéficiaire ou à son représentant légal les différents documents cadrant les prestations du service notamment dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité<sup>4</sup> : le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement du SSIAD, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et le Contrat de service de prestation SSIAD.

Afin de réaliser des évaluations nécessaires à cette amélioration, des questionnaires de satisfaction sont remplis par les bénéficiaires et servent de support de travail.

#### Financement du SSIAD :

Les soins prodigués par le SSIAD sont gratuits pour le patient. Le service est financé par l'Assurance Maladie dont l'allocation et le contrôle des financements dépend de l'Agence Régionale de Santé. C'est-à-dire que c'est l'ARS qui fixe les tarifs du SSIAD, soit un montant journalier par personne prise en charge qui comprend :

- Les soins dispensés par les infirmier(e)s libéraux ou les centres de soins infirmiers choisis par la personne âgée ou son représentant légal,
- Les soins pédicures une fois par trimestre selon les besoins et la pathologie,

---

<sup>4</sup> Démarche qualité inscrit dans la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale relatives aux droits des personnes.

- Les soins d'hygiène et de confort dispensés par les aides-soignants salariés de l'Association,
- Le fonctionnement du SSIAD :
  - o Rémunération des salaires,
  - o Frais de déplacement,
  - o Charges relatives aux fournitures et au petit matériel médicaux,
  - o Autres frais généraux (location des locaux, assurances, ...).

Ce montant versé ne comprend pas l'équipement médical lié aux déplacements (déambulateur, fauteuil roulant, canne...) et lié aux aides aux transferts (verticalisateur, lève-malade, barres d'appui, drap de glisse...) ni le matériel nécessaire aux soins : produits d'hygiène (savon, shampoing, ...), gants et serviettes de toilettes, protection à usage unique pour l'incontinence, produits pharmaceutiques... Ces équipements doivent être mis à disposition au domicile par le bénéficiaire, son représentant légal ou la famille. L'équipement lié aux déplacements et aux aides aux transferts doivent faire l'objet d'une prescription médicale par le médecin traitant.

De même que le Centre de Soins, le SSIAD est en lien avec les deux autres services de l'association afin de garantir la continuité des soins des patients.

Les 3 SSIAD de l'Association fonctionnent sur le même principe avec quelques particularités correspondantes aux différents secteurs.

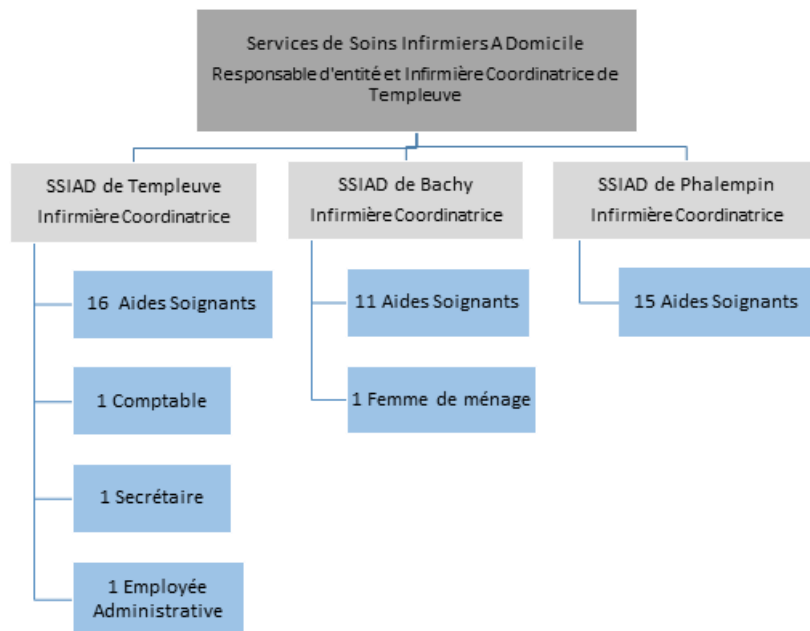


Figure 5 Organigramme du SSIAD

Caractéristiques de la population prise en charge :

Des données ont été extraites du logiciel métier utilisé par le SSIAD afin d'obtenir les caractéristiques de la population prise en charge.

A ce jour, le SSIAD prend en charge 121 personnes tout secteur confondu, dont 117 personnes âgées et 4 adultes en situation de handicap, avec une majorité de prise en charge féminine (88 femmes – 33 hommes) et de Gir 4 (60 Gir 4 sur 121).

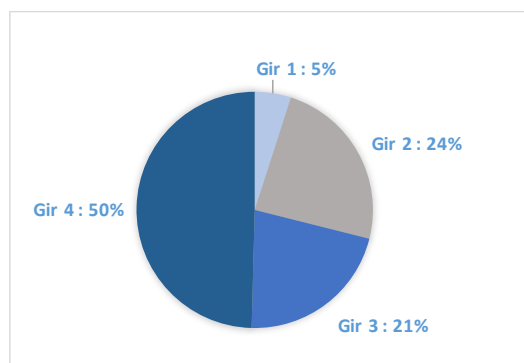


Figure 6 Répartition de la population prise en charge selon la classification GIR en pourcentage

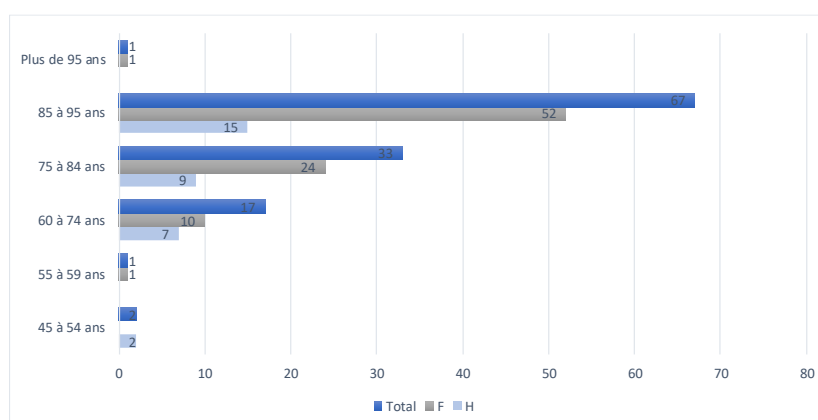


Figure 7 Caractéristiques de la population pris en charge par le SSIAD par tranche d'âge et par sexe

#### Présentation et organisation par SSIAD : Templeuve :

Le SSIAD de Templeuve se situe à l'étage du siège social qui comprend le bureau de l'Infirmière Coordinatrice où se situe les plannings des tournées, une salle de pause et une salle de stockage des dossiers.

L'effectif est composé d'une Infirmière Coordinatrice, une secrétaire, une comptable, une employée administrative et 15 aides-soignantes. La population d'AS comporte un arrêt maladie qui a été remplacé par un CDD à temps de travail équivalent, l'effectif d'AS est ainsi à 16 salariés.

Le SSIAD prend en charge 58 patients et 3 adultes en situation de handicap du lundi au dimanche. Pour cela, le service fonctionne avec :

- 7 tournées le matin dont 1 tournée double du lundi au vendredi,
- 3 tournées le soir dont 1 tournée double du lundi au vendredi,

- 3 tournées le matin dont 1 tournée double le samedi et le dimanche,
- 1 tournée double le samedi et dimanche soir.

Les horaires des AS sont de 7h30 à 12h30 et de 16h à 19h du lundi au dimanche et interviennent sur les 17 communes ci-dessous.



Figure 8 Secteur d'intervention du SSIAD Templeuve

➤ Caractéristiques de la population prise en charge par Templeuve :

Le SSIAD de Templeuve prend en charge 58 personnes âgées et 3 personnes en situation de handicap entre 45 et 95 ans.

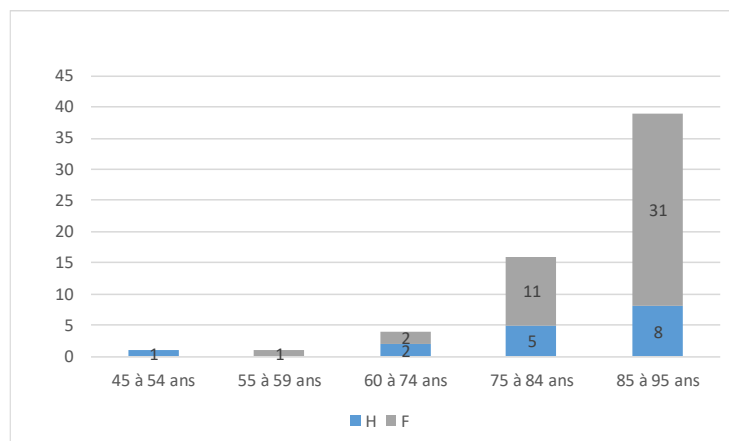


Figure 9 Répartition par tranche d'âge et par sexe des personnes prises en charge au SSIAD de Templeuve

Concernant les personnes âgées prises en charge, il s'agit principalement de femme entre 85 et 95 ans, avec une classification en Gir 4 majoritaire.

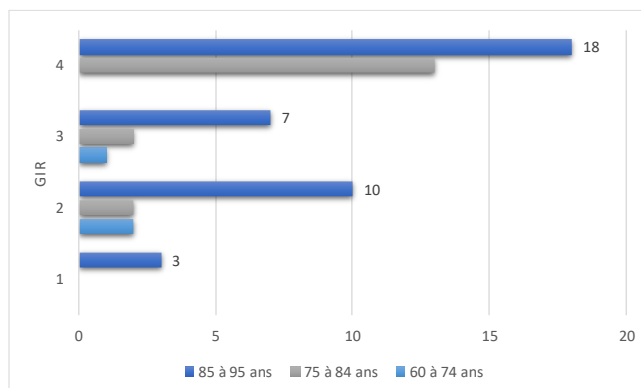


Figure 10 Répartition des personnes âgées prises en charge à Templeuve par tranche d'âge et selon la classification GIR

Concernant les adultes en situation de handicap pris en charge, ils sont au nombre de 3 dont 2 femmes, une de 58 ans en Gir 1 et une de 63 ans en Gir 2, et 1 homme de 47 ans en Gir 3.

Présentation et organisation par SSIAD : Bachy :

Le SSIAD de Bachy dispose d'un local avec un bureau pour l'Infirmière Coordinatrice et une salle de pause-réunion.

L'effectif du SSIAD de Bachy est composé d'une Infirmière Coordinatrice, 8 Aides-soignantes et une femme de ménage. L'effectif d'AS comporte 4 arrêts maladies dont 3 ont été remplacé par des CDD de remplacement, à temps de travail équivalent.

Le SSIAD prend en charge 27 personnes âgées du lundi au dimanche. Pour cela, le service fonctionne avec :

- 3 Tournées le matin dont 1 double du lundi au vendredi,
- 2 Tournées le soir du lundi au vendredi,
- 2 Tournées le matin dont 1 double le samedi et dimanche,
- 2 Tournées le soir le samedi et dimanche.

Les horaires des AS sont de 7h30 à 12h et de 16h à 19h et interviennent sur les communes de Camphin en Pévèle, Bourghelles, Wannehain, Bachy et Mouchin.

➤ Caractéristiques de la population prise en charge par Bachy:

Le SSIAD de Bachy prend en charge 27 personnes âgées entre 60 ans et plus de 95 ans, majoritairement féminine (21 femmes sur 27), avec une classification principalement en Gir 3.

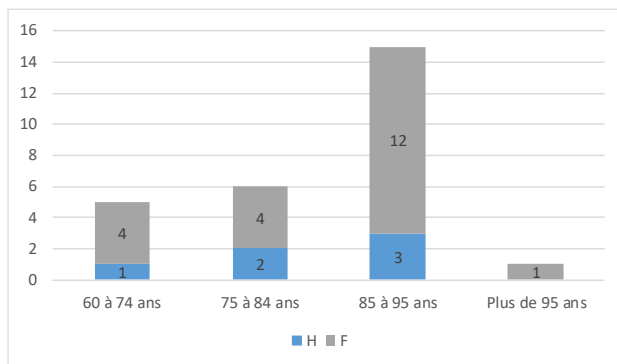


Figure 11 Répartition des personnes âgées prises en charge à Bachy par tranche d'âge et par sexe

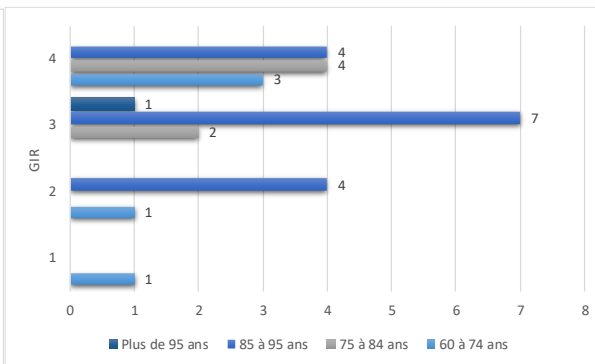


Figure 12 Répartition des personnes âgées prises en charge à Bachy par tranche d'âge et selon la classification GIR

### Présentation et organisation par SSIAD : Phalempin :

Le SSIAD de Phalempin dispose d'un bureau au sein du Centre de Soins de Phalempin dans le cadre d'une SCI (Société de Gestion Immobilière) et d'un accès aux espaces commun soit la salle de pause-salle de réunion et les sanitaires. Le bureau est occupé par l'Infirmière Coordinatrice dans lequel se situe les plannings des AS.

L'effectif du SSIAD de Phalempin est composé d'une Infirmière coordinatrice et 12 Aides-Soignantes. Actuellement, l'effectif d'AS comporte 6 arrêts maladies dont 2 pour Accident de Travail. Ces arrêts sont compensés par 3 CDD de remplacements.

Le SSIAD prend en charge 32 personnes âgées et 1 adulte en situation de handicap du lundi au dimanche. Pour cela, le service fonctionne avec :

- 5 Tournées le matin dont 1 double du lundi au vendredi,
- 2 Tournées le soir du lundi au vendredi,
- 2 Tournées le matin dont 1 double le samedi et dimanche,
- 2 Tournées le soir le samedi et dimanche.

Le fonctionnement des plannings est identique aux SSIAD de Templeuve et de Bachy.

Les horaires des AS sont de 7h30 à 12h et de 16h30 à 19h30 et interviennent sur 5 communes : Camphin en Carembault, Phalempin, Attiches, La Neuville et Tourmignies.

### ➤ Caractéristiques de la population prise en charge par Phalempin :

Le SSIAD de Phalempin prend en charge 32 personnes âgées entre 60 et 94 ans, et 1 homme en situation de handicap entre 45 ans et 54 ans, classé en Gir 4. Les personnes âgées sont majoritairement féminines (22 femmes sur 32), avec une classification principalement en Gir 4.

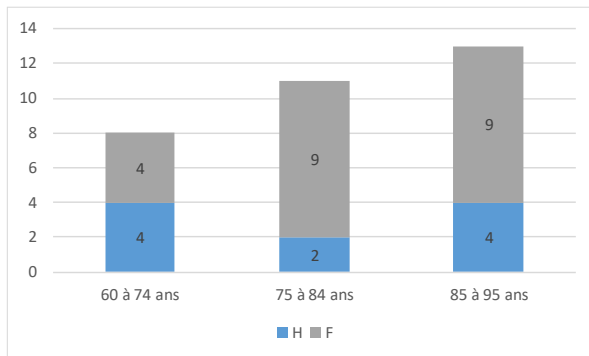


Figure 13 Répartition des personnes âgées prises en charge à Phalempin par tranche d'âge et par sexe

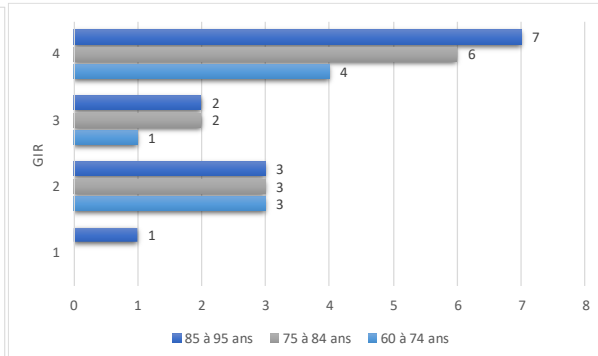


Figure 14 Répartition des personnes âgées prises en charge à Phalempin par tranche d'âge et selon la classification GIR

### c. Service d'Aide à Domicile

#### Présentation et organisation du SAD :

Le Service d'Aide à domicile créé en 1989, met à disposition du personnel pour aider au quotidien les personnes dépendantes et en situation de handicap pour des actes de confort et d'accompagnement de la vie quotidienne : préparation des repas, ménage, aide au lever et au coucher, aide à la toilette, courses...

Les SAAD assurent des prestations de services ménagers, d'aide aux activités ordinaires et aux actes essentiels de la vie quotidienne à l'exclusion des actes de soins réalisés sur prescription médicale. Les SAAD emploient des aides à domicile et auxiliaires de vies sociales.

Le service n'est pas soumis à une accréditation en terme de quota de prise en charge et prend en charge les personnes en fonction des demandes.

Le financement des prestations est réalisé une partie par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (cf. p49) versée par le Conseil Départemental et une partie le « reste à charge » par les personnes âgées ou leurs familles.

Le SAD propose les prestations du service selon deux types de qualité possibles :

- Qualité prestataire : le SAD est employeur de l'intervenant à domicile et assure l'intégralité de cette fonction. Le client est lié au SAD par un contrat individuel de prestation qui précise les modalités d'intervention du service.
- Qualité mandataire : le client est employeur de l'intervenant à domicile. Le SAD assure pour le particulier employeur les formalités administratives et les déclarations sociales et fiscales liées à l'emploi. Le service présente du personnel ayant le profil adapté. Le client mandate le SAD pour l'accompagner et le conseiller dans l'exercice de sa fonction d'employeur : le bénéficiaire est lié au SAD par un contrat de mandat.

Actuellement, le SAD privilégie et propose principalement la qualité de prestataire lors des nouvelles prises en charge et détient tout de même deux contrats mandataires pour des prestations de nuit de 21h à 7h.

La prise en charge par le SAD comprend plusieurs étapes :

- L'Évaluation des besoins par téléphone ou au domicile par la Responsable du service,
- La Définition et composition de la prestation : aide à la personne (au lever et au coucher, à l'habillage et au déshabillage, à la toilette, au déplacement), aide à la préparation des repas, entretien de la maison, accompagnements, jour de passage, nombre d'heures, ...
- L'Estimation du coût : devis avec le montant pris en charge par l'APA et le montant restant à charge,
- La Signature d'un contrat,
- L'Arrivée de l'intervenant au domicile avec présence de la Responsable du service,
- L'Organisation de la séance et validation ou ajustement des besoins si nécessaires,
- Le Démarrage de la prestation.

De même que le Centre de Soins et le SSIAD, le SAD est en lien avec les deux autres services de l'association afin de garantir la continuité des soins des patients.

Effectif :

L'effectif du SAD est composé d'une Responsable du Service de Garde à Domicile, d'une secrétaire, de 2 auxiliaires de vie diplômée et de 12 aides à domiciles. Le SAD dispose de deux aides-soignantes du SSIAD de Templeuve en quart temps pour de la surveillance des constantes des patients l'après-midi.

Actuellement, l'effectif comporte un arrêt maladie depuis novembre 2017 d'une garde à domicile non remplacé.

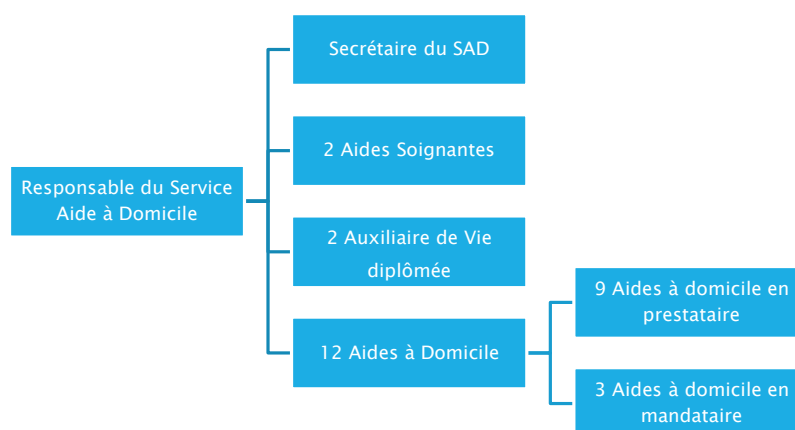


Figure 15 Organigramme Service Aide à Domicile



Le service fonctionne avec :

- 2 Tournées le matin entre 6h30 et 10h du lundi au vendredi, et 3 tournées le week-end,
- 6 Tournées le midi entre 11h et 14h30 du lundi au vendredi, et 4 tournée le week-end,
- 5 Tournées le soir entre 16h30 et 21h30 du lundi au vendredi, et 4 tournée le soir.

Le SAD intervient sur l'ensemble des communes du secteur de Templeuve et du secteur de Bachy soit 23 communes.

Caractéristiques des populations prises en charge :

A ce jour, le SAD prend en charge 36 personnes âgées en mode prestataire, 2 personnes âgées en mode mandataire, et 1 adulte en situation de handicap du lundi au dimanche.

Pour le SAD, seul les personnes en mode prestataire sont pris en compte dans les indicateurs. De fait, la moyenne d'âge des 36 prestataires est de 85 ans avec une majorité (23/36) entre 85 et 95ans et des personnes âgées principalement féminines avec 75% de femmes et 25% d'hommes.

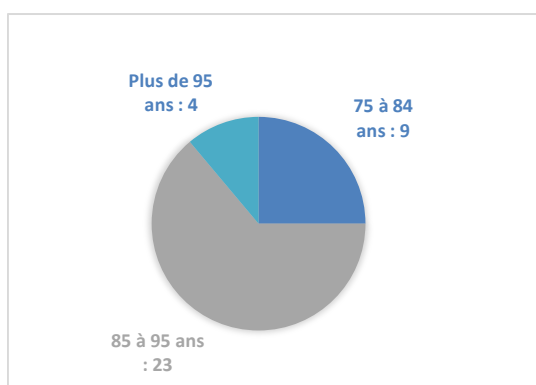


Figure 16 Répartition des prestataires pris en charge par le SAD par tranche d'âge

Parmi ces 36 prestataires, 34 sont bénéficiaires de l'APA et ont ainsi été classé dans un groupe iso-ressources. On note principalement des personnes en GIR 3.

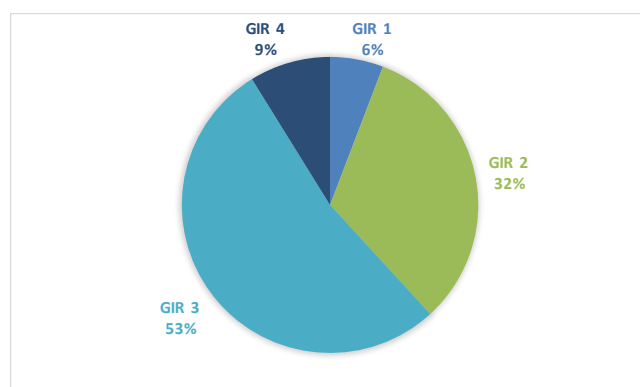


Figure 17 Répartition des prestataires selon la classification GIR en pourcentage

### III. LA DEMANDE D'INTERVENTION

#### 1. Origine de la demande

La demande d'intervention en ergonomie émane à l'origine des infirmières coordinatrices du Service de Soins Infirmiers A Domicile face à un constat collectif d'une évolution défavorable des indicateurs de santé notamment en terme d'absentéisme et d'accidents du travail de la population des aides-soignantes.

Le médecin du travail sollicité par l'Association a ainsi mobilisé les ressources pluridisciplinaires à sa disposition sur cette problématique soit :

- L'Infirmière **Diplômé d'Etat en Santé au Travail (IDEST)** de son équipe afin de caractériser les enjeux de santé par la construction d'indicateurs collectifs de santé au travail,
- Le **Service ergonomie** afin de pouvoir conseiller et accompagner l'Association dans sa réflexion sur l'identification des contraintes dans le travail et dans l'organisation susceptibles de générer des effets sur la santé des individus et sur les collectifs.

#### 2. Analyse de la demande

Suite à la demande du médecin du travail, une démarche de co-intervention a été présentée et proposée aux infirmières coordinatrices lors d'une rencontre avec l'équipe santé travail (médecin du travail et infirmière santé travail) et des ergonomes du service.

Lors de cette rencontre, en accord avec l'ensemble des acteurs, il a été décidé d'élargir la demande d'intervention au Service d'Aide à Domicile dans la démarche compte tenu d'une activité et de contraintes pouvant être similaires.

De plus, il a été acté la mise en place d'indicateurs Santé Travail par l'intermédiaire de l'Observatoire EVREST (EVolutions et RELations en Santé au Travail) afin de mettre en lien l'état de santé des individus avec les contraintes dans le travail.

EVREST est un outil de veille qui permet d'analyser et de suivre différents aspects du travail et de la santé. Il permet de passer de l'individuel au collectif.

Ainsi la démarche de co-intervention proposée vise à identifier les déterminants du travail pouvant avoir des effets défavorables sur les salariés du SSIAD et du SAD.

##### a. Entretiens avec les acteurs

Des entretiens individuels semi-directifs ont été menés pour comprendre le contexte actuel, identifier les enjeux et être en mesure d'identifier les besoins et attentes des différents acteurs de l'entreprise. Différentes dimensions ont été abordées lors de ces entretiens :

sociétale, réglementaire, sociale, économique, organisation et fonctionnement, santé, technique et matériel, et environnement du travail.

#### Infirmières Coordinatrices :

Les Infirmières Coordinatrices du SSIAD évoquent une évolution sociétale depuis 2 à 3 ans impactant l'activité, avec une régression du nombre d'heures allouées par le Conseil Général face à un contexte relationnel avec les familles et aidant familiaux exigeant.

Au niveau des indicateurs de santé, elles remontent des problématiques liées à la manipulation des patients générant des accidents du travail et des arrêts maladie pour lombalgie, et remontent surtout des difficultés dans la gestion de l'absentéisme avec d'une part un absentéisme de longue durée (plus de 3 ans) qui doit être compensé par le recrutement de CDD et des arrêts court inanticipable notamment par des délais de prévenance d'arrêt maladie ou de prolongation d'arrêt tardif (le matin même de la prise de poste).

Les infirmières coordinatrices font le constat d'une sous-utilisation du matériel de transferts à disposition dans les domiciles par certaines AS.

Des conséquences de l'absentéisme sur l'organisation puisque celui-ci impacte les collègues AS présentes qui doivent assurer les soins et prendre en charge les tournées des collègues absentes où une régulation du planning des tournées est nécessaire. Cela impacte aussi la cohésion sociale, l'entraide et le volontariat pour les remplacements entre les secteurs.

Les restrictions d'aptitude avec aménagement de poste sont difficiles à mettre en place dans l'organisation pour les infirmières coordinatrices compte tenu de l'activité et de l'organisation de celle-ci, conduisant à des licenciements pour inaptitude au poste de travail.

Toujours en terme d'organisation, les infirmières coordinatrices rencontrent des difficultés pour le recrutement d'AS pour le remplacement des absences, qui pourrait être dû à un marché saturé et à une diminution du nombre d'élèves dans les écoles.

En terme économique, le budget du SSIAD est alloué par l'ARS imposant chaque année d'établir un budget prévisionnel comprenant toutes les futures dépenses (soins dispensés par les infirmiers, soins de pédicures, soins réalisés par les AS, frais de fonctionnement du SSIAD) en tenant compte des tarifications en vigueur pour les soins. Or, les dépenses de soins sont difficiles à estimer et peuvent varier au cours d'une année selon l'état de santé des personnes, de même que le coût de l'absentéisme. En cours d'année, un bilan est transmis avec les dépenses déjà réalisées L'Association est en déficit tous les ans, une régulation est versée par l'ARS en général un an et demi plus tard en plus du budget annuel.

Pour éviter de creuser ce déficit, les infirmières coordinatrices se voient contraintes de refuser certaines nouvelles prises en charges quand les soins infirmiers sont trop coûteux et dépassent le tarif journalier accordé. « Tarif à 34€/jour/personne, un acte infirmier coûte plus cher qu'un acte aide-soignant ».

Ce refus est particulièrement compliqué et vécu comme un conflit éthique avec la mission du SSIAD d'assurer des soins hors hospitalisation.

De plus, ce mode de financement rend difficile la mobilisation des dispositifs de formation du personnel pourtant désireux de se former à de nouvelles techniques ou de nouveaux outils.

Au niveau des conditions de travail environnementale, les AS sont confrontés à des personnes parfois en situation précaire tant sur l'hygiène, la propreté du logement, l'isolement social, et les moyens à disposition. Il est souvent compliqué de faire accepter à l'entourage familial la mise en place de moyen de transfert (lève-malade, verticalisateur) dans la sphère privée qu'est le domicile comparé à la sphère médicale qu'est l'hôpital.

Concernant les locaux du SSIAD, hormis l'antenne de Bachy, les locaux sont trop petits par rapport au nombre d'AS à accueillir pour réaliser les transmissions dans de bonnes conditions. L'Association souhaite déménager mais est bloquée par le budget versé par l'ARS.

Il est ressorti de ces entretiens un essoufflement et une fatigue de l'encadrement lié au réajustement permanent des plannings, à la gestion d'un personnel avec des contraintes physiques en inadéquation avec les patients à manipuler, à la gestion difficile des finances et à la gestion des réclamations des familles et du personnel.

Cependant, une volonté d'amélioration des conditions de travail et de préservation de la santé d'un personnel investi est exprimée.

#### Aides-Soignantes :

Les Aides-Soignantes évoquent un « métier fatigant », « douloureux » avec un « environnement de travail contraignant ». En terme santé, les AS se plaignent de douleurs au cervicale, au dos, hanche et genou. Ces douleurs se font d'autant plus ressentir lors de manipulation de patients qualifiés de « lourds », c'est-à-dire dont l'état de santé entraîne un niveau de dépendance important.

Elles compensent l'alternance des postures contraignantes par un suivi régulier en kinésithérapie et/ou ostéopathie.

Les domiciles sont dits encombrés, ne laissant pas une circulation facile notamment lors de l'utilisation des moyens de déplacements (déambulateur, fauteuil roulant) et des moyens de transferts (lève-malade, verticalisateur), les lits médicalisés sont souvent placés contre un mur contraignant ainsi la toilette au lit avec une vision restreinte et la sensation de qualité empêchée. Les domiciles sont aussi qualifiés pour certain « d'insalubre », « précaire » où l'intervention est jugée plus complexe.

Elles constatent une évolution négative de la vision du métier d'aide-soignant par les familles, celles-ci sont de plus en plus exigeantes vis-à-vis des tâches, de la fréquence des

passages et des horaires. Les familles ont « le souci du détail » et pensent payer les soins réalisés par les AS « on vous paie pour ça ».

Il y a une confusion entre ce qui relève des tâches de l'aide-soignante et ce qui relève des tâches de l'aide à domicile, « on fait plus de tâches qu'avant », ce qui génère des interrogations et de la souffrance chez les AS « où commence et où se termine mon métier ? », « jusqu'où je réponds aux demandes et sollicitations des patients ou de leurs familles ? ».

Dans leur activité elles font part d'un stress lié au déplacement entre les domiciles, même si les distances sont courtes elles sont soumises au fluctuation de la circulation routière (heures de pointes, trafic dense, travaux, accident, intempérie, ...) ce qui peut influencer les modes de conduites (excès de vitesse) pour réduire les éventuels retards dans la planification de la tournée.

Malgré les difficultés citées, elles manifestent toutes une préférence pour le soin à domicile par rapport au soin en structure (maison de retraite, EPHAD, hôpital, clinique). En effet, la quasi-totalité des AS a eu une expérience antérieure plus ou moins longue en structure. Elles caractérisent le soin en structure comme de « l'abattage », une sensation de « travail à la chaîne avec 12 patients par matinée » comparé au tournée du SSIAD qui comporte entre 6 à 8 patients.

Elles ont l'impression d'avoir moins de pression temporelle et plus d'autonomie ainsi qu'un meilleur relationnel avec les patients.

Les AS s'accordent à un discours positif en faveur des infirmières coordinatrices qui sont un soutien, un relai et un médiateur important auprès des familles notamment pour la mise en place des équipements et la gestion des réclamations. De plus la mise en place des tournées double est vu favorablement par les AS.

Elles sont aussi investies dans la recherche et proposition d'amélioration auprès des Infirmières coordinatrices. Elles sont demandeuses d'améliorations en terme d'EPI (Équipement de Prévention Individuel) tel que des pantalons de travail pour les postures à genou répétées, des blouses jetables pour les patients à risques infectieux. Elles remontent aussi des souhaits de formation et une nécessité d'améliorer les conditions de travail dans certains domiciles.

#### Responsable du SAD :

La responsable du SAD évoquent principalement des difficultés dans la planification des tournées avec des modifications régulières. Dernièrement, il y a eu un enchaînement d'arrêt maladie de courte durée non prévisible qui a dû être compensé par la réalisation d'heures supplémentaires par les collègues présentes afin de maintenir les prestations.

De ce fait, une accumulation d'heures supplémentaires est en attente de récupération qu'il est difficile de poser compte du ratio effectif/personnes prises en charge.

Afin de pallier à ce système d'heures supplémentaires-récupérations et au manque de personnel, des avenants de contrat entre février et juillet 2018 ont été proposés aux salariées et établis pour augmenter le temps de travail de 130h à 151h mensuel.

A ce jour, un arrêt maladie est toujours en cours depuis novembre 2017, non remplacé et sans vision de date de reprise.

Le SAD rencontre aussi des difficultés pour le recrutement de personnel qualifié et diplômé. Le recrutement se fait alors sur base de trois années d'expérience dans le métier de l'aide à domicile, une formation en binôme a lieu avec une auxiliaire de vie au démarrage pour transmission de savoir-faire sur les tournées.

De plus, la responsable et la secrétaire du SAD doivent faire face aux réclamations régulières des familles, elles reçoivent des appels de plaintes quant à la qualité des prestations réalisées, au non-respect des heures de passage, quant aux choix de l'aide à domicile. Les familles et bénéficiaires sont de plus en plus exigeants, principalement les familles qui paient un reste à charge en plus du montant de l'APA.

Toutes les réclamations sont notifiées dans un classeur de fiches indésirables, pour un suivi et une traçabilité des problèmes rencontrés.

Elles sont aussi confrontées à la gestion de conflit entre les aides à domicile.

En terme économique, la responsable remonte que le budget est commun avec celui du SSIAD, les frais de gestion du SAD sont englobés dans le budget versé par l'ARS. De ce fait, le SAD ne dispose pas de finances propres à son service et n'a pas les ressources financières pour prévoir des remplacements intérimaires, l'achat de matériel ou EPI, ni de pouvoir planifier des formations avec leur partenaire EOLLIS.

De plus, les remboursements par le conseil général sont effectués avec 4 à 5 mois de retard.

En terme d'organisation du travail, le week-end le SAD prend en charge des patients du SSIAD pour un gain économique, « une prestation de toilette par une aide à domicile coûte moins cher le week-end que par une aide-soignante ».

Le personnel est ainsi amené à prendre en charge des patients plus « lourds » le week-end et à réaliser des toilettes complètes.

#### Aides à domicile :

Les aides à domicile évoquent une fatigue liée aux horaires atypiques, journées de travail morcelées, avec une conciliation vie professionnelle-vie privée parfois compliquée.

Elles sont soumises à une pression temporelle pour le respect des horaires, l'enchaînement des prestations de 30 minutes avec les déplacements entre les domiciles est parfois mal vécus par les aides à domicile. Elles préfèrent les prestations où il y a plus de temps afin de pouvoir discuter avec les personnes âgées et ne pas être seulement dans la prestation de service à réaliser.

De plus, il y a le stress de la circulation routière, avec circulation sur des « petites route de campagne ». Elles estiment faire beaucoup de kilomètres, entre 800 et 1000 par mois.

Les week-end sont « plus fatiguant et contraignant », il y a plus de toilettes complètes à faire avec des patients pouvant être « plus lourds » et c'est des « longues journées ».

De plus, elles remontent de plus en plus d'exigences de la part des familles sur la qualité des prestations réalisés, ils demandent de plus en plus de tâches. En général, le relationnel avec les bénéficiaires se passent bien, c'est le relationnel avec les familles qui est plus compliqué.

#### Bénévole de l'Association membre du CA

Ancienne infirmière du Centre de Soins, bénévole de l'Association et membre du CA rencontré en remplacement du Président de l'Association, évoque un contexte sociétale et réglementaire en évolution. La population est vieillissante, les patients avancent en âge et en dépendance. Ils deviennent plus difficiles à prendre en charge avec une nécessité d'aide technique.

Le fort taux d'absentéisme est une préoccupation principale de l'association et notamment l'absentéisme de longue durée. C'est le signe d'un souci dans les conditions de travail actuel, que l'Association souhaiterait améliorer.

Cependant, la problématique des finances au travers les différents types de financement (ARS, Sécurité Sociale, Conseil Général) et le déficit engendré impactent les possibilités d'amélioration pour un éventuellement déménagement dans des locaux plus spacieux ou encore pour mettre en place des formes de reconnaissance au travail du personnel exprimé par les salariés (primes, avantages).

La bénévole fait part de l'implication de l'association dans la Prévention au travers de différents projets menés par le Comité de Pilotage Prévention.

#### b. Analyse des traces et indicateurs de l'Association

##### Démographie globale :

Les chiffres présentés dans cette rubrique sont les chiffres récupérés au cours de l'intervention à Juin 2018 au moment de l'intervention. Ils peuvent être variable en fonction des arrêts maladies et se sont modifié au cours de l'intervention., notamment lors des observations.

La population de l'Association Soins et Santé comprend tout service confondu 70 salariés. Cet effectif est majoritairement féminin et en contrat à durée indéterminée (59 CDI et 11 CDD) et représenté principalement par les aides-soignants.

Postes de travail de l'Association	Effectif
Infirmier Diplômé d'Etat	5
Infirmière Coordinatrice	3
Aide-soignant	42
Responsable du Service d'Aide à Domicile	1
Auxiliaire de vie	2
Aide à domicile	12
Personnel administratif (secrétaire, comptable, employée administrative)	4
Femme de ménage	1

*Tableau 1 Effectif de l'Association*

La moyenne d'âge est de 43 ans avec une moyenne d'ancienneté de 7 ans dans l'Association.

#### Démographie par service :

##### Centre de Soins :

Le Centre de Soins comporte un effectif de 5 Infirmiers avec 4 femmes dont 3 CDI et 1 CDD de remplacement et 1 homme en CDI, avec une moyenne d'âge de 42 ans et une ancienneté dans l'Association entre 6 mois et 9 ans. Les temps de travail sont composés de trois temps plein et deux temps partiels à mi-temps.

L'effectif comporte un arrêt maladie depuis octobre 2017 qui au cours de l'intervention ergonomique s'est modifié puisque l'infirmière en arrêt maladie a été déclarée inapte à son poste de travail et est sortie des effectifs à fin juin 2018 ainsi que l'infirmière en CDD de remplacement.

##### Services de Soins Infirmiers A Domicile :

Le SSIAD de Templeuve comprend dans ses effectifs majoritairement féminin 3 Infirmière Coordinatrices, 1 secrétaire, 1 employée administrative, 1 comptable et 42 Aides-soignantes et 1 femme de ménage.

L'effectif comporte, au moment de l'intervention ergonomique, 11 arrêts maladies dont 1 pour accident de travail parmi la population d'aide-soignant. Ces arrêts ont été partiellement compensé par l'emploi de 7 aides-soignants en contrat à durée déterminée de remplacement.



La moyenne d'âge de l'ensemble du personnel incluant ainsi les CDD est de 42 ans et la moyenne d'ancienneté est de 7 ans.

Les graphiques ci-dessous présentent la répartition par tranche d'âge, par tranche d'ancienneté et par temps de travail de la population d'aide-soignant globalement et par SSIAD.

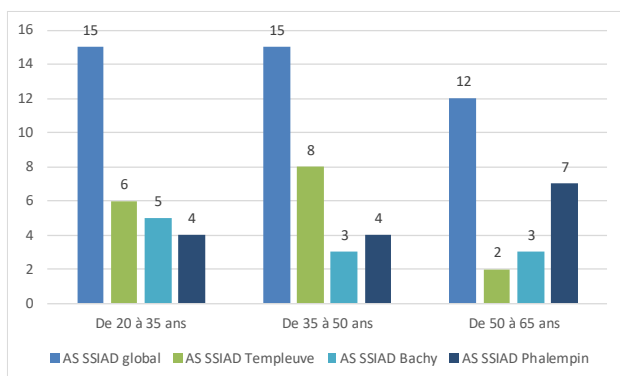


Figure 18 Répartition des AS par tranche d'âge

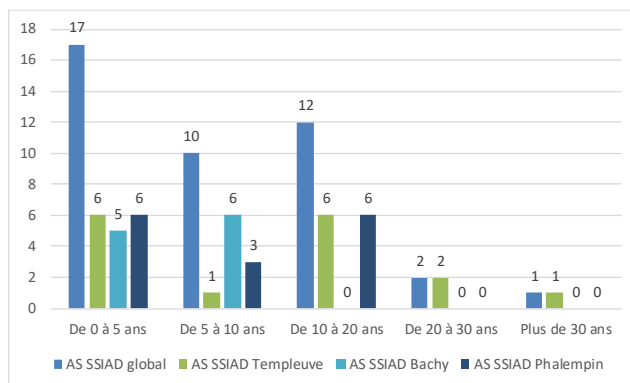


Figure 19 Répartition des AS par tranche d'ancienneté

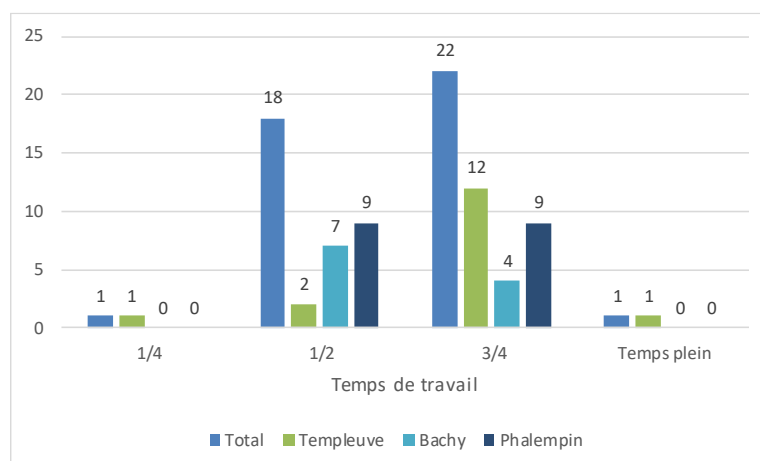


Figure 20 Répartition des temps de travail du SSIAD

On constate ainsi des équipes hétérogènes dans les SSIAD en terme d'âge, ancienneté puisque et temps de travail parmi les effectifs. On note :

- une proportion équivalente d'aides-soignants ayant entre 20 et 35 ans, et entre 35 et 50 ans,
- une proportion d'AS après 50 ans principalement située au SSIAD de Phalempin,
- une majorité à 40% d'AS ayant moins de 5 ans d'ancienneté probablement lié au fait qu'à âge égal les durées d'ancienneté sont dispersé dû aux expériences précédentes en milieu hospitalier ou structure,
- un faible effectif d'AS en fin de carrière soit 3 AS à Templeuve ayant plus de 20 ans d'ancienneté,

- 53% des contrats de travail des AS en trois quarts temps principalement à Templeuve et 43% des mi-temps majoritairement situé à Phalempin.

Les temps de travail à temps partiel, mi-temps ou trois quarts, sont au libre choix des salariés afin de concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée. Aussi, les salariés peuvent demander à baisser ou augmenter leur temps de travail quand cela correspond avec les besoins de l'Association.

Ces temps sont renforcés régulièrement par des stagiaires infirmiers et aides-soignants dans le cadre de leurs cursus. Lors de l'intervention en juin 2018, l'effectif est renforcé par trois stagiaires.

#### Service de Garde A Domicile :

Le SAD se compose d'une population exclusivement féminine, avec 13 CDI et 3 CDD. Un arrêt de travail est actuellement en cours depuis novembre 2017.

La moyenne d'âge du SAD est de 44 ans et la moyenne d'ancienneté dans l'Association est de 5ans.

Les graphiques ci-dessous représentent la répartition des intervenants au domicile (aide à domicile et auxiliaire de vie) par tranche d'âge et tranche d'ancienneté en pourcentage.

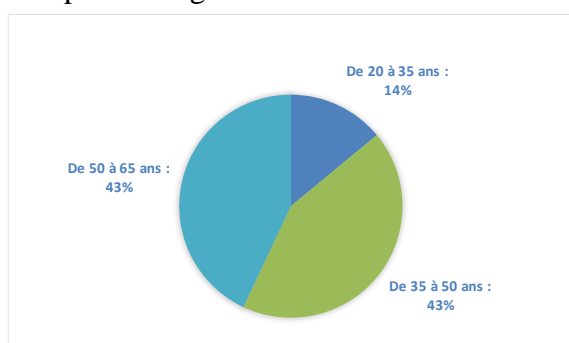


Figure 21 Répartition des salariés d'aide à domicile en pourcentage par tranche d'âge

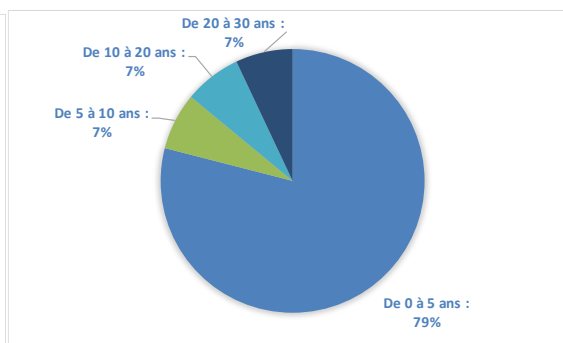


Figure 22 Répartition des salariés d'aide à domicile en pourcentage selon l'ancienneté dans l'Association.

Ceux-ci mettent en évidence une population d'intervenants vieillissante (plus de 40 ans en moyenne) avec 86% des salariés ont entre 35 et 65 ans mais avec une ancienneté entre 0 et 5ans. La responsable du SAD explique cette faible ancienneté par des difficultés pour le recrutement et pour pérenniser les contrats de travail pour un métier contraignant.

#### Absentéismes

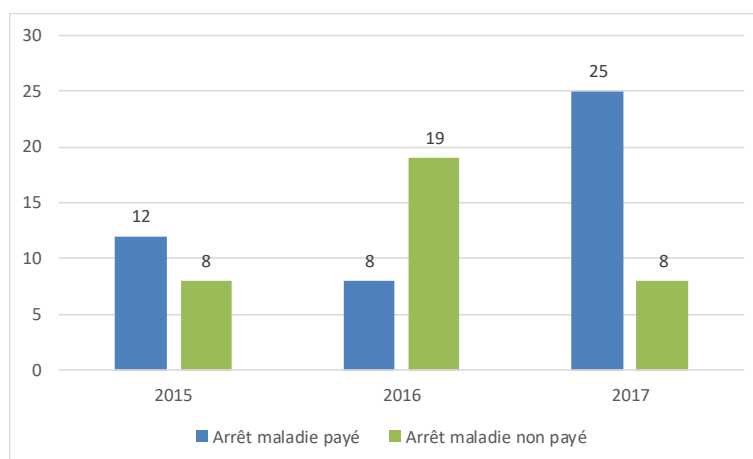
Selon le nombre d'arrêt maladie en cours, on calcul un taux d'absentéisme de 18,75% pour les 70 salariés de l'Association, soit 13 arrêts de travail dont 1 accident de

travail. On constate que cet absentéisme est principalement représenté par les aides-soignants du SSIAD de Phalempin.

Services de l'Association	Nombre d'arrêt maladie en cours à Juin 2018
Centre de Soins	1
SSIAD Templeuve	1
SSIAD Bachy	4
SSIAD Phalempin	6
SAD	1

*Tableau 2 Répartition des arrêts maladie au sein de l'Association*

Le graphique suivant présente les arrêts maladies sur les trois dernières années et met en évidence que le nombre d'arrêt par an est fluctuant.



*Figure 23 Répartition des arrêts maladies sur les 3 dernières années*

On dénombre un total de 80 arrêts maladies sur les 3 dernières années avec notamment des arrêts maladies « non payés ».

Ces données ont été fournis par l'Association, sans pouvoir récupérer d'explication sur la signification du terme « non payés ». Ce qui soulève des interrogations quant à l'interprétation de cette donnée :

- soit ce sont des arrêts maladies de salariés en CDD n'ayant pas un an d'ancienneté pour pouvoir bénéficier d'une indemnisation (maintien de salaire par l'employeur),
- soit ce sont des arrêts maladies de longues durées dont l'indemnisation n'est plus prise en charge,
- soit ce sont des arrêts maladies non justifiés et ainsi non indemnisés.

Les graphiques suivants sont des données chiffrées sur les accidents du travail au sein de l'Association.

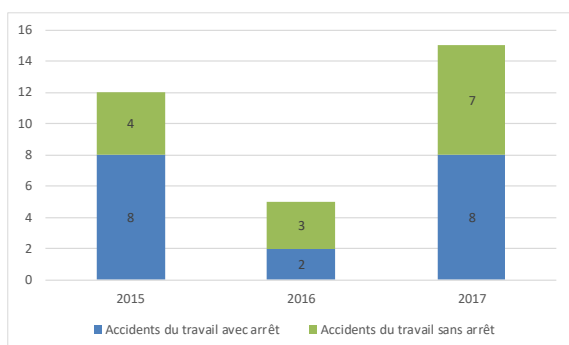


Figure 24 Accidents du travail avec et sans arrêts de l'Association

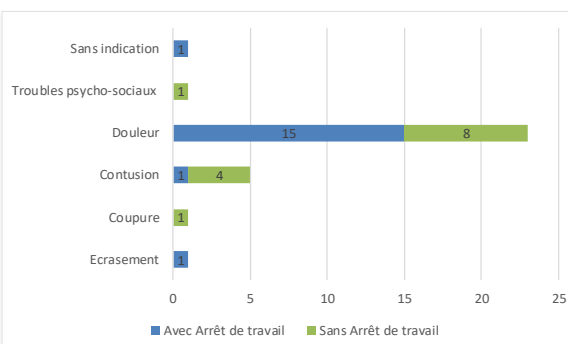


Figure 25 Nature des lésions des AT sur les 3 dernières années

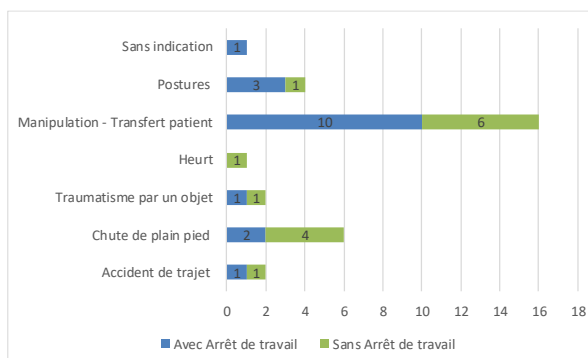


Figure 26 Circonstances des AT sur les trois dernières années

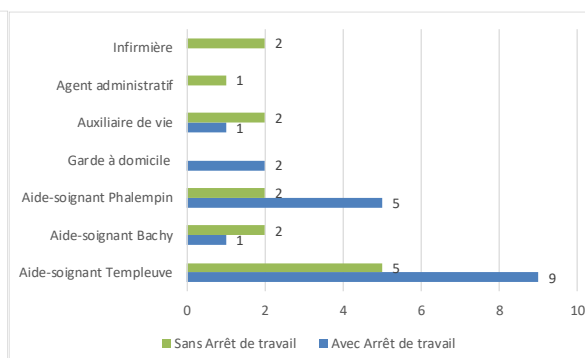


Figure 27 Répartition des AT sur les trois dernières années selon les fonctions

Ils mettent en évidence 32 accidents du travail ces 3 dernières années dont 1 où l'arrêt de travail est toujours en cours depuis avril 2017.

Sur ces 3 dernières années, on constate une répartition plus importante d'accident de travail avec arrêt (56%, soit 18 AT avec arrêt) que sans arrêts, de même la nature des lésions est principalement représentée par des douleurs à 72% puis par des contusions. Les AT sont causés majoritairement (50%) lors de manipulation des patients et par des chutes de plain-pied probablement en lien avec les plaintes concernant l'exiguïté et l'encombrement des logements émises par les AS lors des entretiens.

Compte tenu de la représentativité de la population d'aide-soignant dans l'Association, celle-ci est la plus touchée par les accidents avec 24 AS sur 32 accidents. En revanche, à contrario des arrêts maladies, on constate que la population des aides-soignants de Templeuve est la plus concernée par les accidents du travail que celle de Phalempin.

### c. Analyse des traces et indicateurs des Equipes Santé Travail

Concernant les visites médicales effectuées ces 3 dernières années, on dénombre 102 visites médicales et 14 demandes d'examens complémentaires (consultation pneumologique, bilan sanguin, consultation psychologique).

Le tableau ci-dessous est une synthèse des indicateurs extrait du logiciel métier concernant les types de visites médicales et le nombre de visites effectués.

	2015	2016	2017	Total
<b><u>Visites réglementaire de suivi :</u></b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>51</b>
Examen Médical d'Aptitude à l'Embauche (EMAE)	8	7	0	15
Visite d'Information et de Prévention Initiale (VIPI)	13	0	4	17
Visite d'Information et de Prévention Périodique (VIPP)	0	10	9	19
<b><u>Visites spécifiques :</u></b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>51</b>
Reprise après maladie	9	5	5	19
Reprise après accident du travail	1	2	2	5
Reprise après maternité	1	0	3	4
Pré-reprise initiative médecin traitant	1	0	1	2
Pré-reprise initiative salarié	2	3	4	9
Pré-reprise initiative médecin conseil	0	1	0	1
2ème visite d'inaptitude	1	1	1	3
Visite occasionnelle demande employeur	1	2	1	4
Visite demande médecin du travail	0	2	2	4

*Tableau 3 Répartition des types de visites médicales sur ces 3 dernières années*

Ce tableau met en évidence deux classes de visites, celles de l'ordre du suivi réglementaire de santé au travail et celles de l'ordre du suivi spécifique de l'état de santé des salariés. On note ainsi une proportion équivalente entre ces deux classes de visites cumulées sur les 3 dernières années.

De plus, on constate que 27% des visites médicales sont réalisées dans le cadre d'une reprise après un arrêt de travail dont 19% après un arrêt maladie. Selon les données transmises par le médecin du travail, 3 de ces visites médicales ont conduits à une inaptitude pour incompatibilité entre l'état de santé et le poste de travail, et 1 visite avec une restriction d'aptitude.

#### EVREST :

##### Présentation :

Afin d'obtenir des indicateurs Santé Travail, à la demande du médecin du travail, l'Infirmière en licence Santé Travail a réalisé :

- Une étude quantitative par l'enquête EVREST,
- Une étude qualitative par des études de postes des Aides-soignants.

Afin d'avoir une approche globale et un regard pluridisciplinaire, certaines études de postes ont été menées en binôme Infirmière en licence Santé Travail et Ergonome en formation.

Ainsi, l'observatoire EVREST a été mis en place auprès des aides-soignants du SSIAD. Le questionnaire EVREST (annexe n°1) est un outil anonyme de veille sanitaire et comporte 3 parties :

- une partie sur les conditions de travail, formation, mode de vie ;
- une partie sur l'état de santé,
- une partie avec des questions complémentaires (annexe n°2), choisies en concertation entre l'IDEST et le médecin du travail.

Ce questionnaire complémentaire est ciblé sur la nature des accidents du travail, les aides à la manutention, les gestes et postures et l'organisation du travail des aides-soignants.

Le recueil des données a eu lieu sur la période de mars à juin 2018 lors d'entretiens spécifiques en face à face par l'IDEST de l'équipe. L'absentéisme récurrent et la charge de travail a rendu impossible la mise en place des entretiens avec l'ensemble des aides-soignants. Malgré les multiples sollicitations du service de santé au travail, 25 aides-soignants sur un effectif de 42 aides-soignants ont eu la possibilité de participer à l'enquête EVREST, soit 59% de répondants.

Ces données sont des données déclaratives apportant un éclairage sur le vécu au travail et permettant d'établir des liens santé-travail.

Le traitement des questionnaires a été réalisée par le Service Epidémiologie Statistiques de Pôle Santé Travail. Les résultats sont comparés aux résultats régionaux Haut de France 2015-2016 (salariés nés en octobre : 3637 salariés) toutes branches professionnelles confondues et aux résultats nationaux 2015-2016 (salariés nés en octobre : 462 salariés) de la catégorie socio-professionnelle des aides-soignants (catégorie incluant aides-soignants à domiciles et en institution).

#### Résultats partie générale :

Les graphiques 26 à 29 présentent les données extraites concernant les conditions de travail et le vécu des caractéristiques du travail.

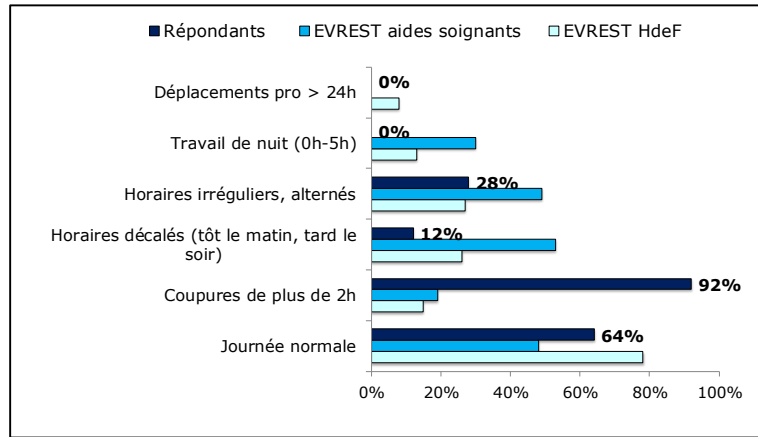


Figure 28 Les caractéristiques du travail : les horaires de travail

Concernant les horaires de travail, on constate que les aides-soignantes ne se sentent pas soumises à du travail en horaires irréguliers, alternés, décalés, comparés à la population globale d'aides-soignants. Elles effectuent au contraire des journées de travail normales avec une coupure de plus de 2h entre les tournées du matin et du soir.

Cela peut se justifier par le fait que les aides-soignantes considèrent ce type d'horaires comme faisant partie intégrante de la profession d'aide-soignant.

En revanche, les coupures dans le travail sont largement supérieures aux résultats de la branche professionnelle. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'activité au domicile est plus découpée que l'activité en institution dont les horaires sont postés (matin, après-midi, nuit) sans coupure de plus de 2h.

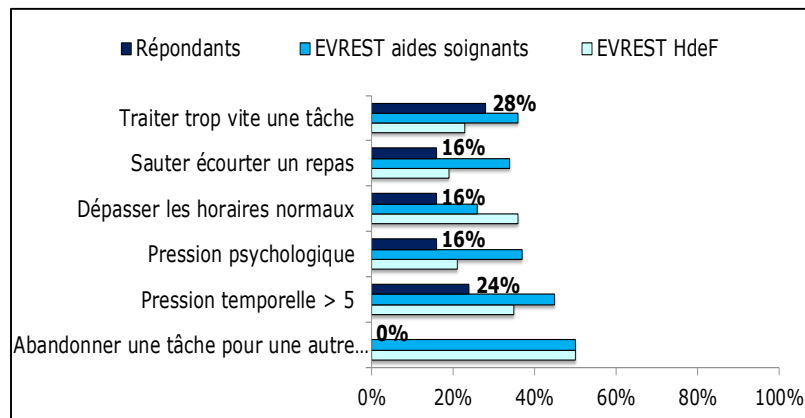


Figure 29 Les caractéristiques du travail : les conditions de temps et contraintes psychologiques

En terme de contraintes temporelles et contraintes psychologiques, on note que les AS ne semblent pas être soumises à une pression temporelle forte (supérieur à 5) ni à devoir traiter une tâche trop vite comparé aux résultats de la branche professionnelle. On peut de retour émettre l'hypothèse que la pression temporelle est moins présente au domicile qu'en institution avec probablement plus de marges de manœuvres et pas d'interruption de tâche lors de la réalisation des soins aux patients.

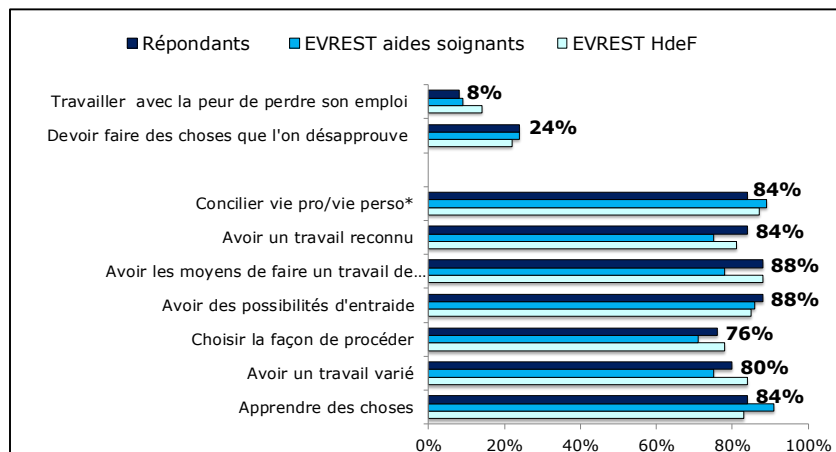


Figure 30 Les caractéristiques du travail : l'appréciation du travail

Les résultats aux questions sur l'appréciation du travail montrent une bonne satisfaction dans le travail et un collectif de travail fort. 84% jugent avoir des possibilités d'entraide dans le travail, avoir un travail reconnu et apprendre des choses. Le sentiment d'utilité et d'efficacité personnelle est traduit par ses données.

88% estiment savoir concilier vie professionnelle et vie personnelle mettant en lien avec l'appréciation quant aux horaires de travail normaux et au choix laissé quant aux temps de travail partiel.

76% répondent pouvoir choisir la façon de procéder dans leur travail, cela traduit les marges de manœuvre possible dans la gestion des soins prodigués aux patients.

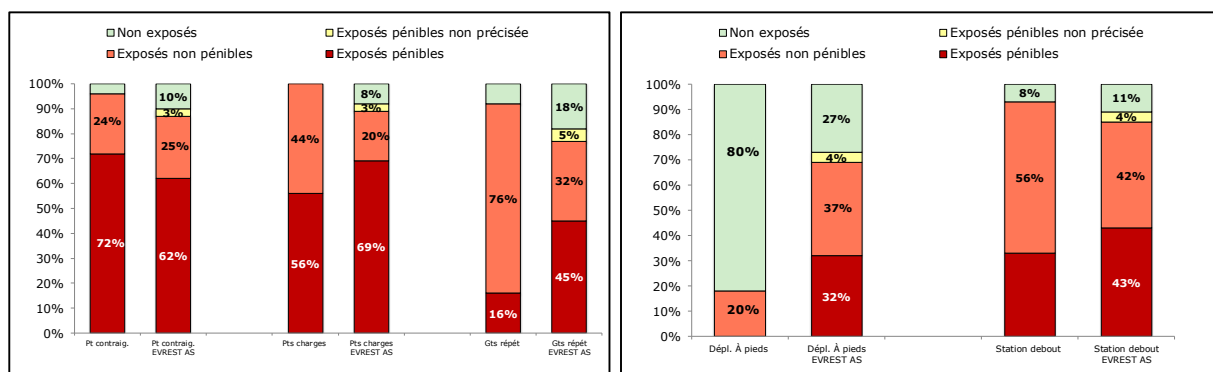


Figure 31 Les caractéristiques du travail : les charges physiques

Les aides-soignantes sont consciente d'une exposition aux charges physiques telles que les postures contraignantes, le port de charges lourdes et les gestes répétitifs. Vécues globalement pénible, celles-ci témoignent des difficultés physiques du métier. L'exposition aux postures contraintes est supérieure aux données de la branche professionnelle mais on constate l'effet inverse pour le port de charges probablement en lien avec la mise à disposition des aides à la manutention dans les logements.



Les graphiques suivants 30 et 31 présentent les données concernant les plaintes déclarées par les salariés concernant leur état de santé.

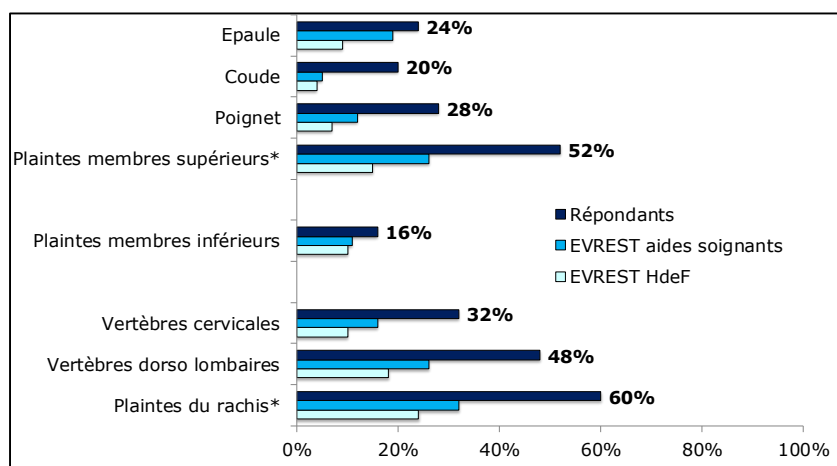


Figure 32 *Plaintes ou signes cliniques de la sphère ostéo-articulaires repérés au cours des 7 derniers jours*

On constate que les aides-soignantes du SSIAD se plaignent principalement de douleurs au niveau du rachis et des membres supérieurs mettant en évidence une activité physique couteuse pour la santé des aides-soignants. Ces plaintes sont supérieures aux données EVREST de la même catégorie professionnelle.

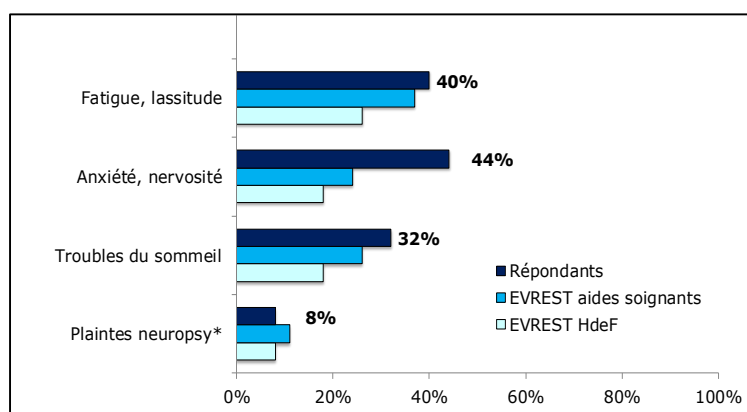


Figure 33 *Plaintes ou signes cliniques de la sphère neuro-psy repérés au cours des 7 derniers jours*

Concernant la sphère neuro-psy, les plaintes sont quasi équivalentes entre les différents aspects : fatigue, lassitude, anxiété, nervosité et troubles du sommeil. Les signes ressentis peuvent être en lien direct avec les sollicitations physiques et psychologiques propres à la profession.

#### Résultats des questions complémentaires :

Il est ressorti plusieurs éléments permettant d'entamer une réflexion sur les circonstances des lombalgies. La moitié des AS déclarent avoir déjà eu un accident du travail et notamment pour lombalgie. 62% ont eu un arrêt de travail compris ente une

semaine et un mois. Les causes qui engendrent des douleurs se rapportent aux manutentions de patients liées à l'installation, à l'aide au lever, au transfert lit-fauteuil, à la mise des chaussettes de contention, dans des espaces restreints où pouvoir se positionner correctement semble difficile.

Concernant les manutentions, elles déclarent toutes bénéficier d'aides à la manutention dans les logements où le degré de dépendance du patient le nécessite, cependant l'utilisation de celles-ci sont contraintes par le manque d'espace pour les utiliser correctement et s'avèrent plus compliqué et plus impactant pour la santé. Elles expriment aussi ne pas utiliser les aides à la manutention soit lors du travail en binôme, soit compte tenu de l'état du jour du patient soit par refus du patient.

Les AS estiment adopter les « bons gestes et les bonnes postures » lors des soins ou du moins de faire au mieux pour préserver leur santé.

En conclusion, cet EVREST met en évidence un métier aux contraintes physiques importantes notamment par le port de charges et les postures contraignantes ressenties comme pénibles. Ces contraintes peuvent être à l'origine des plaintes des salariés pour les douleurs du membre supérieur et douleurs du rachis. Sur le plan psychologique, de la fatigue est ressentie et exprimée. Pour autant, l'appréciation globale du travail et des conditions de travail est positive avec un bon collectif de travail.

### 3. Reformulation de la demande

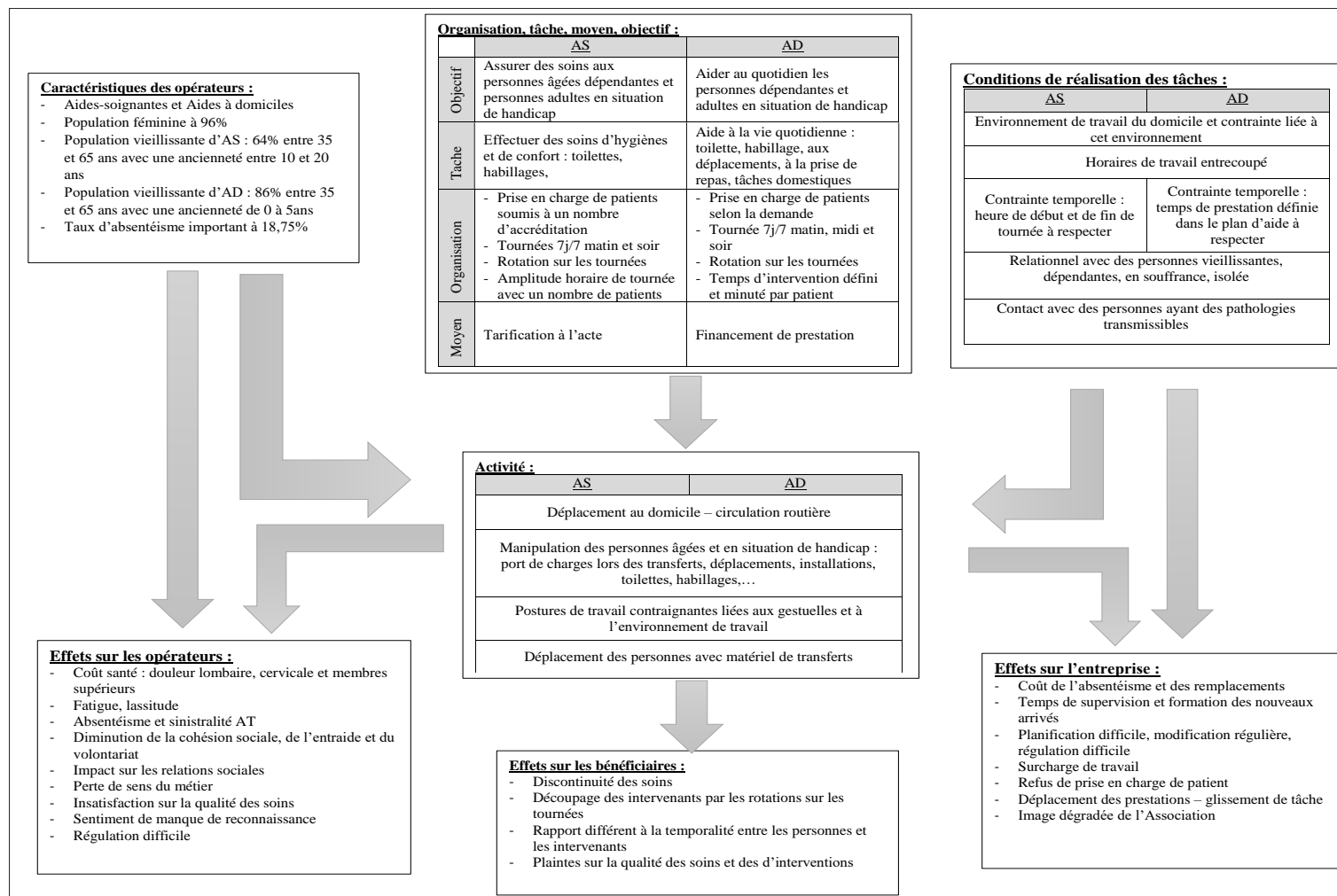


Figure 34 Schéma Déterminants, Tâches, Activités

Au regard des indicateurs, il apparaît certain que l'Association soit confrontée à un absentéisme important impactant le fonctionnement et l'organisation de l'activité.

Cet absentéisme intervient de plus dans un contexte où la population est vieillissante (plus de 40 ans en moyenne) manifestant des signes d'usure professionnelle et où se pose la question du l'absentéisme versus présentéisme au poste en état de santé dégradée.

Le coût humain et financier de l'absentéisme semble être important, il génère :

- Des coûts financiers supplémentaires liés à la gestion, à l'accueil des remplacements et au maintien des salaires des salariés absents,
- Une charge de travail supplémentaire pour les salariés présents au poste,
- Une charge de travail supplémentaire pour l'encadrement pour gérer les modifications régulières et la planification des tournées,
- Une désorganisation des collectifs de travail et des difficultés pour maintenir une cohésion d'équipe,
- Des glissements de tâches entre les catégories de professionnelles de l'Association,
- Des difficultés potentielles de retour au poste des salariés absents soulevant la question du maintien à l'emploi des salariés aptes avec restriction d'aptitude et de la compatibilité avec l'exercice du métier dans les conditions actuelles.

L'absentéisme est un indicateur d'alerte, un révélateur du fonctionnement de l'organisation, des conditions de travail, de l'engagement au travail et de l'état de santé des salariés. Ainsi, il peut se traduire comme le symptôme d'un système dysfonctionnel.

Les acteurs de l'Association ont émis la volonté d'engager une démarche visant l'identification des déterminants du travail pouvant avoir des effets défavorables sur les salariés et la performance.

La réduction de l'absentéisme est un enjeu majeur pour l'Association pour garantir la bonne gestion de celle-ci, la qualité des soins prodigués aux patients et l'amélioration des conditions de travail des salariés.

Il convient de comprendre le fonctionnement actuel de l'Association, des services, de l'articulation entre eux, comprendre l'organisation et les conditions de travail, caractériser la charge de travail tant sur le plan physique, psychique et cognitive, analyser l'impact des variabilités et des dysfonctionnements sur la santé et la performance. Il est aussi nécessaire d'identifier les leviers et les moyens dont dispose l'Association pour réduire l'absentéisme.

La démarche ergonomique permettra de mettre en discussion, dans une démarche participative, des axes d'amélioration dans un objectif de prévention des risques et de préservation de la santé des salariés.

Compte tenu du contexte financier et réglementaire, il convient de fait de prendre en compte les modes de financement de ce secteur d'activité, celui du SAP, le modèle d'organisation du travail afin d'identifier les déterminants du modèle d'organisation qui impacte l'activité de terrain des salariés.

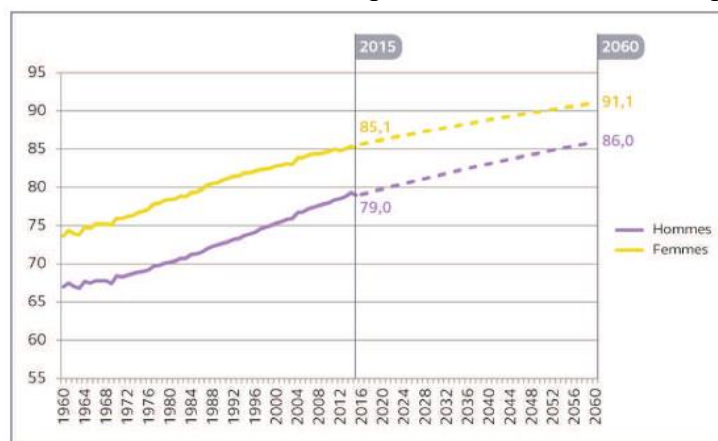
#### IV. LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE : CONSTAT ET ENJEUX

##### 1. Personnes âgées, dépendance et perte d'autonomie

Pour l'INSEE, une personne peut être considérée comme âgée à partir de l'âge légal de départ à la retraite, soit 62 ans.

En France, au 1<sup>er</sup> janvier 2016 on dénombrait 12,5 millions de personnes de 65 ans ou plus, soit 18,8% de la population française. Cette proportion a progressé de quatre points en 20 ans et continue d'évoluer. Selon les projections de l'INSEE en 2060 23,6 millions de personnes seront âgées de 60 ans et plus, le nombre de personnes de 75ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 et celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions.

A ce jour, l'espérance de vie à la naissance est de 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2017, les hommes et les femmes ont gagnés 14 ans d'espérance de vie en moyenne ces 60 dernières années. Toujours selon l'INSEE, en 2060, l'espérance de vie devrait atteindre 91,1 ans pour les femmes et 86 ans pour les hommes.



Cour des comptes d'après INSEE. Projections au-delà de 2015

Figure 35 Evolution de l'espérance de vie à la naissance

L'allongement de la durée de la vie, la baisse de la mortalité et l'arrivée à l'âge de la retraite ou à des âges plus élevées des générations du baby-boom sont autant de facteurs à prendre en compte dans les enjeux sociétaux de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en structure et au domicile.

Personne âgée n'est pas synonyme de dépendance, cependant ces deux notions sont souvent associées dans la littérature et dans le langage courant. De même, le terme de dépendance est souvent remplacé par celui de « perte d'autonomie ».

La dépendance se définit par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer par elle-même sans aide certains actes de la vie courante qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, dans son environnement habituel. La dépendance est un phénomène évolutif et complexe.

Cette dépendance peut survenir de façon brutale à la suite d'un accident, d'un choc psychologique (perte du conjoint), d'une maladie (comme Alzheimer ou Parkinson) ou s'installer de façon progressive avec l'avancement en âge et entraîner un besoin d'aide.

Les troubles peuvent être d'ordre physiques et/ou psychiques :

- Les troubles physiques : troubles de l'équilibre tels que des trébuchements ou chutes, des difficultés à se lever, une marche hésitante..., perte de poids, fatigue, baisse de l'activité physique...
- Les troubles psychiques : changement des habitudes alimentaires, diminution de l'hygiène, troubles de la mémoire, altérations de l'humeur (agressivité, apathie, tristesse...), isolement social...

Il existe plusieurs niveaux de dépendance selon les difficultés ressenties par la personne âgée qui sont mesurés par des grilles afin de classer ces personnes selon un degré de dépendance ou un degré de perte d'autonomie.

Ainsi la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) est la grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Selon leur niveau de dépendance ou de perte d'autonomie, les personnes sont classées en six Groupes Iso-Ressources (GIR). Les personnes qualifiées de dépendantes sont classées en GIR 1 à 4 et peuvent prétendre à l'APA, les GIR 5 et 6 regroupent des personnes très peu ou pas du tout dépendantes pouvant néanmoins bénéficier de certaines aides au maintien à domicile de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS).

La grille se base sur 17 variables :

- Dix variables dites « discriminantes » se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique : cohérence, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance ;
- Sept variables dites « illustratives » concernant la perte d'autonomie domestique et sociale : gestion personnelle de son budget et de ses biens, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement et activités de temps libre. Ces données n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles dans le cadre de l'élaboration du plan d'aide.

GIR	DEGRES DE DEPENDANCE
Gir 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ;</li> <li>Ou Personne en fin de vie.</li> </ul>
Gir 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.</li> <li>Ou Personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.</li> </ul>
Gir 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.</li> </ul>
Gir 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personne n'assumant pas seule ses transferts (passer de la position couchée à debout par exemple) mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aide à la toilette et l'habillement.</li> <li>Ou Personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.</li> </ul>
Gir 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.</li> </ul>
Gir 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.</li> </ul>

Tableau 4 Groupes Iso-Ressources

L'Autonomie, selon le dictionnaire de l'Académie Française, se définit comme la possibilité d'agir sans intervention extérieure. Une personne autonome est une personne qui est capable d'agir, de se gouverner soi-même, sans dépendre d'autrui, de décider par soi-même et qui possède une certaine liberté d'action, d'accepter ou de refuser selon son jugement. L'autonomie est un capital que chacun a à gérer tout au long de sa vie et à préserver au cours de l'avancée en âge. Elle englobe les capacités cognitives et motrices.

Ainsi, une personne en perte d'autonomie est dans une situation où celle-ci est amenée à se faire aider pour les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. Ces aides peuvent être de différentes natures et par des diverses personnes : par la famille ou des proches, ou par des professionnels, dans le cadre d'un contrat de prestation de service ou d'un hébergement.

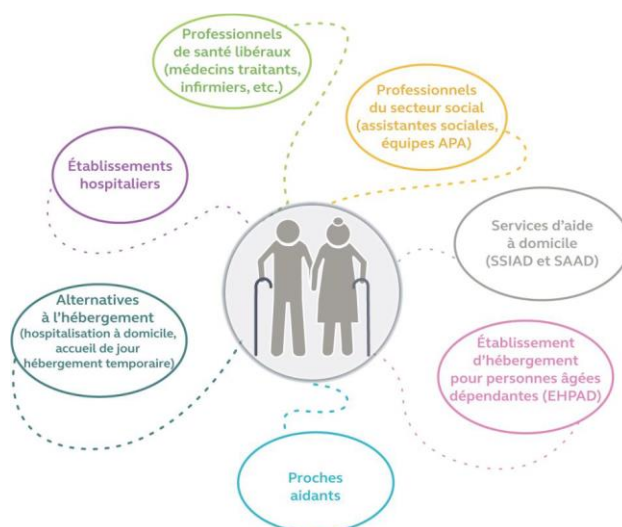


Figure 36 Intervenants auprès des personnes âgées dépendantes

De ce fait, le vieillissement de la population française soulève la question de la prise en charge de la dépendance et le financement de celle-ci.

## 2. Financement public du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes

Le soutien aux personnes âgées dépendantes est fondé sur le principe de *cash of care* : une aide financière, l'APA, destinée à acheter des services.

Historiquement avant la seconde Guerre mondiale, les personnes âgées devaient compter sur leurs ressources personnelles, l'entraide familiale, les organisations charitables et l'Assistante publique pour la prise en charge des frais liés à la dépendance.

Depuis la seconde Guerre mondiale, la France a mis en place et développé au cours des années un soutien public aux personnes âgées au travers notamment des régimes d'assurances sociales (retraites, assurances maladies), les aides fiscales et financières, l'exonération de charges sociales patronales pour l'emploi d'une aide à domicile, le chèque emploi service universel (CESU), la prestation spécifique dépendance (PSD) créée en 1997.

En 2001, la PSD est remplacé par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) lors de la Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Aujourd'hui en France, le financement de la dépendance s'organise autour de trois acteurs principaux :

- la **Sécurité sociale** (assurance maladie) qui intervient pour les remboursements de soins,
- les **Départements** qui financent la dépendance au travers de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie,
- les **Personnes âgées elles-mêmes ou leurs familles** qui financent en partie les frais d'hébergement en établissement ou le reste à charge à domicile, notamment par l'obligation de solidarité entre membres d'une même famille.



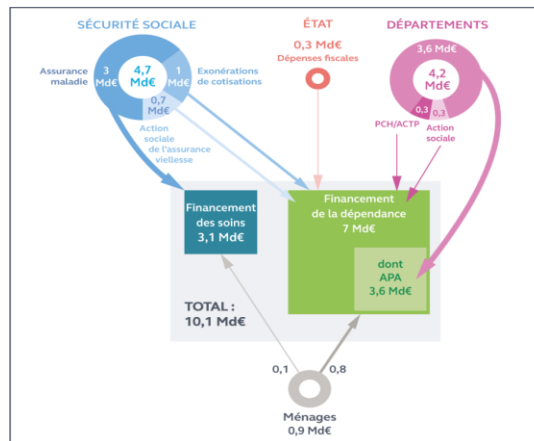


Figure 37 Les financeurs du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes<sup>5</sup>

Selon les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) portant sur le chiffrage de la dépendance en 2011, le coût du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes s'élevait à 10,1 milliards d'euros.

Ce montant aurait été financé par la sécurité sociale à hauteur de 4,7 milliards d'euros dont 3,1 milliards d'euros pour le financement des soins, par les départements pour 4,2 milliards d'euros, par l'Etat pour 0,3 milliards d'euros et par les ménages pour 0,9 milliards d'euros.

#### La sécurité sociale :

Dans le cadre du maintien au domicile des personnes âgées, l'assurance maladie intervient par le financement des soins sur prescription médicale du médecin traitant, soins prodigués par les professionnels de santé du domicile soit principalement les infirmiers libéraux pour les Actes infirmiers de soins (AIS) aux personnes âgées et les actes de soins d'hygiène et d'accompagnement de la vie quotidienne dispensés par les aides-soignants des SSIAD.

Le décret n°2006-181 du 17 février 2006 relatif au financement par dotation globale des SSIAD modifie la tarification, avec le passage d'une tarification à la journée dont le montant plafond était fixé par arrêté du ministre aux personnes âgées, à une tarification forfaitaire pour chaque place autorisée prenant en compte :

- la rémunération des infirmiers libéraux ;
- la rémunération des salariés du service : psychologue ; infirmier, infirmier coordonnateur, aide-soignant, aide-médoco-psychologique ;
- les frais de déplacement de ces personnels ;
- les charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical (dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale) ;
- les autres frais généraux de fonctionnement du service.

<sup>5</sup> Cour des comptes, Juillet 2016 « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie »

Cette tarification actuelle ne tient pas compte des caractéristiques des patients, du temps nécessaire à la réalisation des soins ni de la fréquence de passage du personnel soignants. « Une personne âgée démente déambulant, mais moyennement dépendante (GIR 3) peut demander davantage de travail qu'une personne grabataire (GIR 1) ».

Selon une étude<sup>6</sup> auprès de 36 SSIAD en 2009, il apparaît que ce mode de tarification entraîne quatre types de dysfonctionnements :

- les SSIAD équilibrent leur budget en prenant en charge des patients lourds et des patients beaucoup plus légers,
- les SSIAD refusent la prise en charge de patients qu'ils jugent trop lourds et les orientent vers des structures,
- les SSIAD prennent en charge un nombre de patients inférieurs au nombre de place autorisée à la base,
- les SSIAD prennent en charge les patients lourds mais génèrent un déficit budgétaire au risque de fragiliser leur situation financière.

Selon le rapport de la cour des Comptes, il apparaît que les dépenses de soins en SSIAD atteignent quasi la moitié (1,4 milliards d'euros sur les 3,1) des dépenses de soins occasionnées par le maintien à domicile.

#### Les départements :

La Loi du 20 juillet 2001 définit le soutien aux personnes âgées comme un droit universel pour toute personnes à partir de 60 ans ayant besoin d'aide pour accomplir des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière, et ce sans conditions de ressources et quel que soit son choix de lieu de vie (à domicile ou en établissement). Ce fût un avancement dans le système de prise en charge puisque la PSD était sous conditions de ressources des personnes âgées et les sommes versées récupérables sur la succession du bénéficiaire.

Ce sont les Départements qui gèrent, évaluent, attribuent et versent l'APA. Pour cela, à l'instruction du dossier, une équipe médico-sociale du Conseil Départemental, composée d'un médecin et d'un travailleur social, évalue la situation et les besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, établit l'éligibilité à la prestation APA à l'aide de la grille AGGIR et propose un plan d'aide.

Cette APA peut, en établissement, aider à acquitter le tarif dépendance<sup>7</sup> et offrir trois types d'aide à domicile inscrit dans le plan d'aide avec un nombre d'heures de prestations déterminées :

---

<sup>6</sup> Direction générale de l'action sociale (2009). *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Le coût de leur prise en charge et ses déterminants.*

<sup>7</sup> La tarification des établissements comprend trois composantes : un « tarif d'hébergement » réglé par la personne accueillie, un « tarif soins » financé par l'assurance maladie et un « tarif dépendance » réglé par l'APA pour les personnes dépendantes.

- Une aide domestique (ménage, repassage, portage de repas, etc.),
- Une aide à la personne (tâche d'hygiène, aide à l'habillement, etc.),
- Une aide technique (fournitures, téléassistance et matériels médicaux, travaux d'adaptation du logement).

Lorsqu'une personne devient bénéficiaire de l'APA, un montant d'aide plafonné lui est attribué. Celui-ci versé par le conseil départemental est déterminé à partir de barème nationaux et est calculé en fonction :

- Du niveau de perte d'autonomie GIR Groupes Iso-Ressources (cf. tableau n°2, p46),
- Du coût des aides prévues dans le plan d'aide,
- Du niveau de ressource du bénéficiaire pour le calcul du « reste à charge ».

Le Conseil départemental dispose d'un délai maximum de 2 mois pour l'instruction du dossier à partir de la date d'enregistrement de l'accusé de réception du dossier par les services du conseil. En cas d'urgence médical ou social, le conseil départemental attribue un APA à titre provisoire dès le dépôt de dossier jusqu'à la fin de l'instruction du dossier classique.

L'APA est versée sans limite de durée mais fait l'objet d'une révision périodique tous les 2 ans. Il est exonéré d'impôt sur le revenu, de la contribution sociale généralisée (CGS) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). De plus, les montants versés ne sont pas récupérables sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire.

Le bénéficiaire de l'APA peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception du conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle il a signé un pacte civil de solidarité. Il peut aussi avoir recours aux services et associations adaptés disposant des ressources pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ou alors employer directement un intervenant à domicile.

Afin de recourir à des aides professionnelles, les plans d'aides de l'APA prévoient en moyenne 43h par mois<sup>8</sup>. Néanmoins, ce chiffre dépend logiquement du niveau de dépendance de la personne âgée, comme explicité précédemment. Les personnes âgées classées en GIR 1 se voient en moyenne attribuer dans leur plan d'aide 73 heures mensuelles contre 28 heures pour les bénéficiaires classés en GIR 4 (59 heures pour ceux classés en GIR 2 et 45 heures pour ceux classés en GIR 3).

Depuis 2012, le Gouvernement étant conscient qu'une mobilisation en faveur des personnes âgées est nécessaire et a fait du secteur de l'aide à domicile une priorité. De

---

<sup>8</sup> Corinne METTE, APA, une analyse des plans d'aide, in DREES, Études et résultats, n° 293, février 2004, 12pages, p.4.

fait, la Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> Janvier 2016 a renforcé et revalorisé les plans d'aides à hauteur de 13% des plafonds diminuant ainsi le coût à charge (le reste à charge) pour les familles et notamment pour les plus modestes.

Si l'on regarde les chiffres, on constate que la population est fortement concernée par cette allocation. Au 31 décembre 2015, on dénombre 1,25 millions bénéficiaires de l'APA (60% à domicile et 40% en établissements) ; soit 740 000 bénéficiaires de l'APA à domicile (20% de personnes très dépendantes et 80% en perte d'autonomie plus réduite) et 5,5 Milliards d'euros dépensés par an (3,5 milliards à domicile et 2 milliards en établissement)<sup>9</sup>.

Parmi ces 740 000 bénéficiaires de l'APA à domicile, on constate une prédominance (59%) de la classification en Gir 4 soit des personnes considérées les moins dépendantes alors qu'en établissement la prédominance des bénéficiaires est réalisée par les personnes classées en Gir 1 et 2, soit les plus dépendantes.

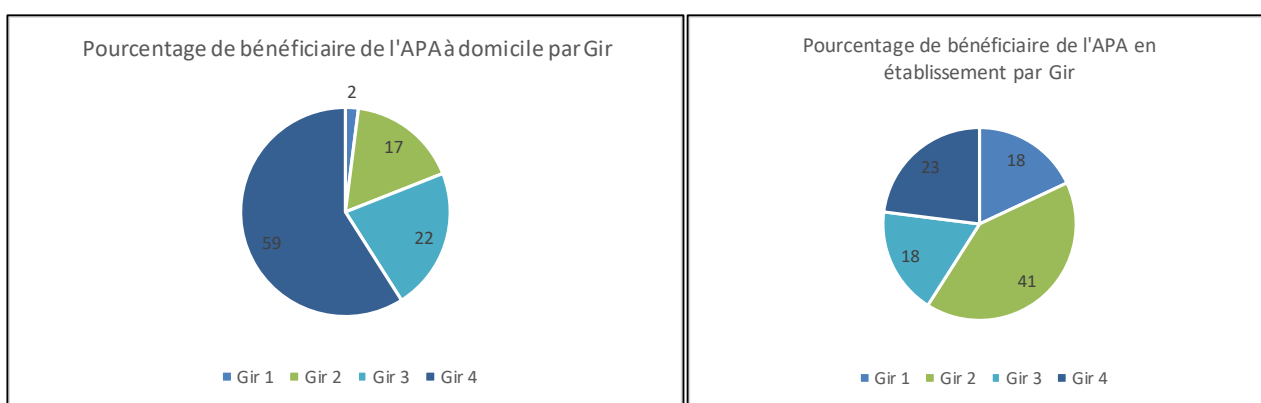


Figure 38 Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement en pourcentage par Gir au 31 décembre 2015

Le vieillissement de la population a des conséquences économiques pour les départements. Dans les Hauts-de-France, on dénombre :

- 76 188 bénéficiaires de l'APA à domicile,
- 43 867 955€ APA2,
- 33 848 731€ dépensé pour la revalorisation de l'APA,
- 9 543 431€ dépensé pour le « droit de répit »,
- 2 475 792€ dépensé pour la revalorisation salariale des salariés de la branche de l'aide à domicile de 1%.

<sup>9</sup> Dossier de presse « Loi pour l'adaptation de la société au vieillissement », 13 juin 2016

### Les personnes âgées elles-mêmes ou leurs familles :

Selon le rapport Fragonard<sup>10</sup>, les personnes âgées ou leurs familles couvrent le reste du coût de la perte d'autonomie à hauteur de 30% soit 10,4 milliards d'euros. Il est cependant précisé que le « reste à charge » reste mal évalué voir sous évalués de par le manque de données précises. Il serait en moyenne de 80 euros par mois.

Au moment de la parution de la Loi de 2002, l'APA était financée à 47-48% par l'Etat. Le « reste à charge » pour les familles a ainsi augmenté et devrait encore augmenter d'ici les prévisions de 2040

De fait, pour pallier à ce « reste à charge », 5,5 millions de personnes sont couvertes contre le risque de perte d'autonomie par un contrat individuel d'assurance dépendance auprès d'une compagnie d'assurance ou d'une mutuelle. En revanche, ces contrats couvrent principalement les niveaux de dépendances les plus élevés (Gir 1 et 2) au détriment des dépendances dites « faible » (Gir 3 et 4). De plus, des contrats collectifs dépendance peuvent être souscrits par les employeurs au profit des salariés.

Il est apparu nettement pendant la recherche documentaire sur les modes de financements du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes que le coût est conséquent et en constante augmentation.

De plus, compte tenu des prévisions d'augmentation du nombre de personnes âgées, le besoin de financement de la dépendance va mécaniquement augmenter de façon importante dans les années à venir. Les estimations s'établissent autour de 10 milliards d'euros par an jusqu'à 2040.

### 3. Enjeux des métiers de l'intervention au domicile pour l'ergonomie

Comme présenté dans les parties précédentes, l'espérance de vie augmente et la volonté des personnes âgées dépendantes est de rester chez elles le plus longtemps possible. De fait, un accroissement de la demande de prestations pour le maintien à domicile se développe par des services tels que l'aide ou les soins à domicile dans un contexte législatif et financier en constante évolution.

L'accompagnement de cet accroissement de la population impactera l'évolution des conditions de travail du personnel soignant avec un risque accru pour la santé des soignants qui doivent faire face à la multiplication des difficultés dans leur activité de travail (Foucarde, 2005 ; Rivault, 2004 ; Dujarier, 2002 ; Avril, 2006 ; Causse 2004, Douget, 2003). Il est donc nécessaire de s'intéresser aux facteurs impactant la santé de cette population d'intervenants au domicile qui s'accroît aussi depuis une vingtaine d'années.

---

<sup>10</sup> Extrait du rapport du groupe 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » modéré par Bertrand Fragonard et rapporté par Axel Rahola, juin 2011

Pour cela, des recherches en ergonomie, en médecine du travail sur les risques professionnels et les problèmes de santé au travail se sont développées depuis les années 1990 sur le domaine des soins à domicile aux Etats-Unis (Meyer & Muntaner, 1999), au Québec (Cloutier, David, Prévost & Teiger, 1998 ; Cloutier *et al.*, 2004 ; Hamd & Thériault, 1998), en Finlande (Elovainio & Sinervo, 1997 ; Pöhjonen, Punakallio, & Louhevaara, 1998) et en France (CISME-ASMT, 1999 ; Rocher, 1990).

Ces études indiquent que « les risques professionnels identifiés portent à la fois sur la santé physique et psychique des individus <sup>11</sup> ». Les atteintes les plus fréquentes sont les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) et ostéo-articulaires, douleurs au rachis principalement à mettre en lien avec les conditions de travail connues comme les manutentions et postures (travail debout avec déplacement, gestes répétitifs, matériel inadapté, port de charges lourdes...).

Notamment par le fait que l'environnement du domicile présente des spécificités qui distinguent le soin à domicile à la fois des soins hospitaliers et du travail domestique (Teiger, Cloutier, & David, 2005). L'environnement de travail des soins relèvent de la sphère privée des personnes âgées dépendantes et n'est pas forcément un lieu adapté au travail de soin pouvant exposer les soignants à des risques divers de part une diversité de lieux de travail. De plus, l'entrée d'une personne extérieure dans l'espace privé peut être vécu comme une intrusion voire une dépossession par la personne âgée de son lieu d'habitation, cela peut entacher la relation de confiance qui doit s'établir entre le soignant et la personne bénéficiaire des soins. L'instauration d'une relation de confiance apparaît comme une condition préalable à la mise en œuvre des soins corporels.

Selon Falzon et Lapeyrière (1998), les relations de service reposent sur un double principe d'interaction et de co-production entre acteurs participant à l'exécution du travail.

Les conditions environnementales et matérielles sont variables d'un domicile à un autre. L'encombrement des pièces ou leur exigüité, notamment la chambre et la salle de bain peut s'avérer problématique, et il n'est pas toujours facile de faire accepter aux familles de déplacer certains meubles pour faciliter le travail des soignants. De plus, ils peuvent être soumis à des conditions de travail au domicile vécues comme pénibles : chaleur, humidité, froid, insalubrité, saleté et risques infectieux.

De plus, la sphère psychique est sollicitée constamment dans la réalisation des soins. En effet, les soignants doivent savoir articuler la gestion du soin corporel et la gestion de la relation avec le patient avec une disponibilité d'écoute, voir sa famille, dans

---

<sup>11</sup> Catherine Teiger *et al.*, « 9. Les activités de soins à domicile : soigner et prendre soin », in Marianne Cerf *et al.*, *Situations de service : travailler dans l'interaction*, Presses Universitaires de France « Le travail humain », 2005, p179-204

un contexte de gestion du temps parfois difficile avec une variabilité des activités liées à l'état de santé, de dépendance du patient et des conditions du logement.

Les soins corporels sont réalisés simultanément au travail d'écoute et de soutien psychologique, mais aussi avec le travail de verbalisation (activité verbo-motrice) des soins en cours pour avertir le patient, pour obtenir sa coopération dans la mobilisation et pour favoriser son autonomie.

Ces sollicitations associées aux lieux d'exercices multiples, aux rythmes de travail, aux amplitudes horaires, à la variabilité de l'activité, la multiplicité des tâches, à la confrontation à la souffrance et à la mort, peuvent être à l'origine d'épuisement professionnels (burn-out) et de conflit éthique quant à la notion d'utilité et la qualité des soins à fournir, dans une organisation du travail où les marges de manœuvres peuvent être réduites voire inexistantes.

En ergonomie, la dimension temporelle de l'activité constitue une contrainte déterminante pour la compréhension de l'activité de travail du personnel de soin et de ses conséquences sur la santé (Cloutier, David, Teiger, & Prévost, 1999 ; Teiger, Cloutier, & David 2005 ; Cloutier & Dubucs, 1994).

Selon Quénniec (2007), la temporalité s'inscrit dans 3 classes :

- Le temps **au** travail, qui se réfère à la temporalité de l'individu (rythmes biologiques, vieillissement, ...),
- Le temps **de** travail, qui renvoie à la temporalité d'un service, définie par les système horaire (horaires, cycles, durée et de temps),
- Le temps **dans** le travail, qui concerne les temporalités liées à l'agencement des tâches dans une période déterminée (exigences temporelles des tâches qui dictent la distribution et le rythme de l'activité).

Concernant les relations de service, les professionnels doivent respecter deux rythmes temporels contradictoires<sup>12</sup> : un rythme rapide dans le déroulement global de la journée de travail et un rythme lent au contact des personnes. Opposition de deux logiques temporelles : le premier est la rapidité dans l'accomplissement des tâches pour respecter les temps impartis dans la journée de travail et pour respecter la charge de travail prescrite, et le second est la lenteur pour les contacts corporels mais aussi pour écouter et répondre aux besoins des personnes âgées.

Pour faire face à ces injonctions paradoxales, des stratégies de régulation individuelle ou collective peuvent être mise en place par les opérateurs afin de répondre aux objectifs de l'organisation, répartis selon quatre pôles antagonistes des systèmes de travail (Caroly & Weill-Fassina, 2007) :

---

<sup>12</sup> François Aubry, « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », *Temporalités* [en ligne], 16/2012, mis en ligne le 13 décembre 2012 <http://journals.openedition.org/temporalités/2237>

- Soi : son état, sa santé, sa formation, son expérience, ses buts, ...
- Les autres : les collègues de travail, la hiérarchie, leurs buts et ce qu'ils en résultent pour l'opérateur,
- Le système : l'entreprise, l'institution avec les obligations, les ressources fournies, etc,
- Le bénéficiaire du service et leur famille.

Ces régulations peuvent être au détriment de la santé du professionnel ou du bien-être du bénéficiaire.

Toutes ces notions sont à prendre en compte dans le cadre du déroulement de l'étude ergonomique car comme les études finlandaises le montrent « réduire la charge physique de travail ne suffit pas mais qu'il est nécessaire d'agir en parallèle sur les facteurs psychosociaux et organisationnels ».

Ainsi, l'enjeu pour l'ergonomie est de mettre en lumière par les interventions ergonomiques les caractéristiques du travail et d'envisager de nouvelles pistes d'action. Il est aussi d'impliquer tous les acteurs du secteur du soin au domicile, pas uniquement les professionnels de terrain mais aussi les décisionnels.



## V. PRE-DIAGNOSTIC

### 1. Organisation prescrite du travail des Aides-Soignants

#### a. Tâches prescrites

L'aide-soignant est titulaire du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant. Sous la responsabilité de l'Infirmière Coordinatrice, l'AS a pour mission d'assurer des soins d'hygiène et de confort aux personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie.

Selon la fiche de poste fournie par l'Association (annexe n°2), les tâches prescrites consistent à :

- Réaliser des soins d'hygiène et de confort physique en maintenant l'autonomie de la personne : toilette, habillage, rasage, pédiluve, soins de bouche, soins d'incontinence, accompagnement aux déplacements aide au lever et au coucher, installation de la personne avec mises à disposition des objets indispensables (verre, eau, téléalarme), réfection du lit,
- Veiller au confort moral des personnes : aide et soutien psychologique aux patients et aux familles,
- Effectuer des soins préventifs : prévention d'escarres, surveillance de l'hydratation,
- Dispenser des médicaments sous la responsabilité de l'infirmière : distribuer et aider à la prise des médicaments, instiller du collyre, poser des chaussettes et bas de contention,
- Suivre l'état de santé : observer l'état de la personne, surveiller ses urines, son transit, son poids, sa température corporelle, et tous signes manifestant un changement,
- Transmettre les informations : savoir faire des transmissions ciblées lors des réunions en début de tournée et par écrit dans le dossier de soins du patient,
- Collaborer avec les autres intervenants à domicile,
- Encadrer des stagiaires en formation.

Ces tâches doivent être réalisées dans le respect des règles d'hygiène avec l'utilisation des moyens de protection (EPI : gants, blouse, solution hydro-alcoolique), du secret professionnel, et en utilisant le matériel à disposition au domicile : verticalisateur, lève-malade, et autre matériel technique de transfert et de déplacement des personnes.

Ces tâches sont prescrites via la fiche de poste commune citée ci-dessus mais aussi via le Protocole de Soins établi par l'infirmière coordinatrice lors de la prise en charge pour chaque patient.

Ce Protocole de Soins (annexe n°4) définissant les actes à réaliser est indexé au « classeur des transmissions ciblées » située dans les locaux du SSIAD. Celui-ci comporte les dossiers patients pour chaque tournée avec :

- La fiche de « prise en charge » avec l'identité de la personne et les renseignements généraux (âge, adresse, coordonnées du médecin traitant, de la

personne de confiance, motif et date de la prise en charge, histoire de la maladie et autonomie, antécédents et traitements en cours) ;

- Le Protocole de Soins qui définit les actes à réaliser, la fréquence et le niveau d'autonomie, c'est-à-dire à savoir s'il s'agit d'une aide à la réalisation des soins (aide à la toilette, aide à l'habillage) ou s'il s'agit du soin complet (toilette, habillage) ;
- La fiche de Transmission ciblée avec les indications date, signature de l'intervenant, données, actions et résultats.

Ce Protocole de Soins précise également la manière de faire les soins d'hygiène et de confort physique notamment pour la toilette, le rasage, le shampoing, ainsi que la manière de mobiliser la personne, c'est-à-dire :

- Toilette au lit, au lavabo, à la baignoire ou à la douche,
- Rasage mécanique ou manuel,
- Shampoing au lit ou au lavabo,
- Mobilisation au levé, au couché, à la marche seule ou avec aide technique et par quel type d'aide : canne, déambulateur, fauteuil roulant, verticalisateur, lève-malade, ...

Chaque aide-soignant doit ainsi prendre connaissances de ces éléments avant la première intervention et les mémoriser pour les tournées suivantes à effectuer. A noter que les AS peuvent retrouver tout de même les informations concernant les soins à effectuer dans l'encadré « prise en charge » de la fiche d'information présente en première place dans le « classeur patient ».

b. Organisation du travail et Planification des tournées  
Prescription de la traçabilité :

Après chaque soin à domicile, chaque aide-soignant doit tracer les actes réalisés dans le « classeur patient » situé au domicile des patients sur la fiche de traçabilité du mois (annexe n°5). Lorsqu'il y a des traitements à administrer par les aides-soignants, ils doivent aussi les notifier sur la feuille de suivi de thérapeutique (annexe n°6).

Chaque intervenant indique ses initiales (et celles du stagiaire le cas échéant) et coche les lignes concernées.



Figure 39 Exemple de Fiche de traçabilité remplie pour un patient en Avril 2018

Une fois la feuille du mois remplie, celle-ci est retirée du classeur patient pour être conservée au SSIAD dans le classeur des transmissions ciblées.

### Prescription des tournées :

Chaque Infirmière Coordinatrice pour son secteur réalise le planning des tournées hebdomadaire, du lundi au dimanche pour les tournées du matin et du soir. Il est planifié le vendredi pour la semaine suivante.

Les tournées sont instaurées dans un ordre précis en fonction du protocole de soins du patient, de la nécessité de travailler en binôme ou de travailler seul, de la localisation des domiciles et d'éléments extérieurs comme le passage ou la présence des aides à domicile, les soins prévus et réalisés par des infirmiers, les divers rendez-vous programmés (pédicures, coiffeurs, médecins, hospitalisation, ...).

Les tournées tiennent compte :

- du protocole de soins et des soins à réaliser pour chaque patient,
- d'un nombre de patients entre 7 à 9 en tournée simple ou double,
- des distances entre les domiciles afin de les réduire au maximum et avoir un circuit logique,
- d'un système de rotation pour que chaque AS ne réalise pas plus de 3 fois la même tournée dans la semaine ni plusieurs après-midi quand elles travaillent le week-end.

Ce planning de tournées est réalisé tous les vendredis pour la semaine suivante, en revanche le planning des horaires est mensuel et comprend lui aussi des rotations de temps de présence en semaine et le week-end. Un système d'astreinte est mis en place pour le samedi, chaque AS est d'astreinte un samedi sur dix en cas d'absence d'une collègue.

Il s'agit d'un planning à fiches T et à colonnes, où chaque patient comporte sa fiche avec son nom et chaque aide-soignant(e) dispose d'une fiche T de couleur.



Figure 40 Tableau de planification des tournées à Phalempin

Ce planning est à consulter dans chaque SSIAD dans le bureau de l’Infirmière Coordinatrice, à chaque prise de poste matin et après-midi afin de prendre connaissance du travail à effectuer et pour prendre les clés des domiciles où les AS doivent se rendre.

Les AS doivent réaliser leur tournée dans un temps imparti entre 8h et 11h30 pour Bachy et Phalempin, soit 3h30 pour effectuer les soins de 7 à 9 patients selon les tournées ; et entre 8h et 12h pour Templeuve, soit 4h.

Pour réaliser les tournées, chaque AS se déplace au domicile des patients avec son véhicule personnel et déclare les frais kilométriques au mois pour bénéficier d’un remboursement selon un barème établi par l’Association.

Prescription des transmissions :

Des transmissions ciblées patient par patient de chaque tournée sont à réaliser chaque matin du lundi au vendredi à la prise de poste entre 7h30 et 8h à l’aide des « classeurs de transmissions ciblées » pour chaque patient, avant le départ en tournée.

Des transmissions sont ensuite faites théoriquement entre 11h30 et 12h pour Bachy et Phalempin, et entre 12h et 12h30 pour Templeuve afin d’apporter des éléments spécifiques sur certains patients des tournées effectuées notamment qui peuvent concerner les tournées de l’après-midi.

Il n’y a pas de transmissions les après-midi ni les week-end. Cependant, les AS doivent passer dans les locaux avant et après pour récupérer puis déposer les clés des domiciles, et éventuellement consultés les messages laissés à destination des AS et/ou pour prendre les piluliers préparés par l’Infirmière Coordinatrice.

Ces transmissions sont réalisées entre les AS présentes et en présence de l'Infirmière Coordinatrice.

## 2. Organisation prescrite du métier de l'aide à domicile

### a. Tâches prescrites

L'Aide à domicile peut exercer ses fonctions sans diplôme ou avec le titre d'Auxiliaire de vie sociale. Le métier consiste à assurer des services auprès des personnes âgées dépendantes et en situation de handicap pour concourir à leur maintien à domicile et faciliter la vie quotidienne.

Selon la fiche de poste fournie par l'Association (annexe n°7), l'aide à domicile exerce deux types de missions :

- L'aide à la vie quotidienne :
  - Aider à la toilette et aux changes, à l'habillage et déshabillage,
  - Aider aux déplacements et à la mobilisation, notamment lors du lever et du coucher,
  - Aider à la prise des repas,
  - Aider à la réalisation des courses ou aux démarches administratives.
- La réalisation des tâches domestiques :
  - Entretenir le logement dans les pièces principales (salles à manger, cuisine, chambre, salle de bain) : balai, poussière, lavage des sols,
  - Entretenir le linge : lavage, repassage, rangements,
  - Préparer les repas avec vérification des dates de péremptions.

Ces tâches doivent être effectuées dans le respect de la personne, de son intégrité et de son intimité, en utilisant le matériel et les produits d'entretien disponibles au domicile de la personne et en utilisant le matériel de mobilisation à disposition : verticalisateur, lève-malade, et autre matériel technique de transfert et de déplacement des personnes.

Les tâches à réaliser pour chaque patient sont prescrits par le plan d'aide de l'APA. C'est celui-ci qui détermine s'il s'agit de tâches domestiques et/ou de tâches d'aide à la vie quotidienne mais aussi du temps des prestations. La durée minimale prescrite est de 30 minutes par personne.

Cependant le bénéficiaire et/ou sa famille peut choisir des prestations supplémentaires à l'APA ainsi qu'un temps d'intervention et un nombre de passage plus important sous conditions de financement par les ressources financières de la personne ou de sa famille.

Certaines personnes bénéficient de prestation de maximum 2h.

b. Planification des tournées et organisation du travail

Prescription de la traçabilité :

Après chaque intervention au domicile, les Aides à domiciles notent dans le « cahier de vie » dédié à cet effet disponible dans chaque domicile les actes effectués en apposant son identité et la date. Ce cahier peut contenir aussi les éventuelles difficultés ou soucis rencontrés lors de l'intervention et/ou des messages à destination des familles.

De plus, il existe un classeur d'évènements indésirables situés dans les locaux du SAD qui consignent toutes les plaintes des bénéficiaires ou de leurs familles concernant les prestations réalisées par les aides à domiciles, dont la responsable du SAD doit tenir compte lors de l'élaboration des plannings.

Prescription des tournées :

Les tournées sont planifiées par la Responsable du SAD et par sa secrétaire, en fonction du plan d'aide de l'APA qui définit les prestations à réaliser, la fréquence, le temps imparti par passage, les horaires de passage et les adresses des domiciles.

Les plannings sont établis au mois sur le même principe que le SSIAD avec des rotations de postes, combinant soit matin-midi, midi-soir ou matin-soir, des rotations de temps de présence en semaine et week-end (un week-end sur deux). Chaque salariée a une journée de repos fixe par semaine.

Seul le week-end est réalisé en journée complète soit une amplitude horaire pouvant aller de 6h30 à 22h.

Le planning des tournées est fixe, il peut être modifié en cas d'absences des personnes bénéficiaires pour rendez-vous médicaux, hospitalisation ou autres. Ces annulations doivent être prévenus 3 semaines à l'avance pour la mise à jour des plannings et pour éviter la facturation de la prestation.

Le planning établi tient compte des temps de trajet entre les domiciles de 5 à 15 minutes généralement. Les aides à domiciles doivent respecter les horaires de passage prévue dans le planning.

Pour réaliser les tournées, chaque aide à domicile se déplace au domicile des personnes avec son véhicule personnel et déclare les frais kilométriques au mois pour bénéficier d'un remboursement selon un barème établis par l'Association.

Prescription des transmissions :

Une réunion mensuelle est prévue tous les premiers vendredis du mois avec l'ensemble du personnel du SAD pour faire un temps d'échange sur les bénéficiaires et sur les difficultés rencontrées.

### 3. Travail réel des intervenants au domicile et contraintes rencontrées

Suite aux entretiens avec les acteurs de l'Association dans le cadre de l'analyse de la demande d'intervention, des premières observations de postes ont été menées sur le terrain auprès des AS pour les 3 SSIAD Templeuve, Bachy et Phalempin, et auprès des aides à domicile du SAD.

#### a. SSIAD

Les observations auprès des AS ont été réalisées sur des tournées simples, des tournées double, des tournées avec stagiaire mais aussi sur des tournées du matin et des tournées d'après-midi sur différents jours de la semaine.

Les observations ont démarré par les transmissions ciblées dans les locaux des SSIAD, puis par l'enchaînement des interventions dans les domiciles auprès des personnes âgées et personnes en situation de handicap, et se sont terminées par un retour dans les locaux pour des transmissions.

Ces premières observations de postes montrent que les contraintes professionnelles des AS sont tant d'ordre physique que psychologique.

Sur le plan physique, pour la réalisation des soins, les AS sont amenés à adopter des postures de travail contraignantes telles que la station prolongée avec piétinement, des flexion, rotation, torsion du tronc, flexion des genoux, sollicitation des membres supérieurs dans des espaces de travail pouvant être restreint, exigü selon la configuration des logements.

La mobilisation des patients et leurs manipulations lors de la réalisation des soins ou l'aide aux déplacements peuvent s'avérer plus ou moins difficiles selon le degré de dépendance des patients, et plus ou moins coûteux physiquement selon la morphologie des personnes.

Sur le plan psychique, les AS sont confrontés à la maladie, à la souffrance et aux angoisses des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap. Le contact humain étant une part importante de leur métier. De fait, les interactions peuvent parfois être difficile, les patients selon leur état peuvent être agressif et réfractaire, hostile aux soins.

On note lors des observations que les AS n'ont pas un temps déterminé à respecter par patient, cependant elles doivent gérer leur temps pour respecter les horaires du planning établi et de la tournée. Elles doivent savoir gérer les imprévus et les urgences. En terme de temps d'intervention, on constate en moyenne moins de 30 minutes par patient lors de la réalisation de soins d'hygiène et de confort, et moins de 15 minutes lorsqu'il y a uniquement l'administration d'un traitement thérapeutique.

L'activité des AS se déroulant au domicile des patients, on constate aussi deux types d'expositions :

- Au risque de heurt et trébuchement selon la configuration des logements, espace restreint pour circuler et assurer les soins pouvant engendrer des contusions et des chutes de plain-pied ;
- Au risque routier en mission par des déplacements fréquents. Les AS sont soumis aux conditions de circulation routière qui peuvent engendrer des accidents de trajet. On constate aussi une pression temporelle pour respecter les horaires de tournées augmentant ainsi cette exposition.

De plus lors de ces premières observations, une mise en place de régulations par les intervenants a été constaté à deux niveaux : par les Infirmières Coordinatrices et par les Aides-soignants.

Celles des Infirmières Coordinatrices sont de l'ordre de la **planification**. En effet, lors de la prise de poste à 7h30, des remaniements de tournées ont dû être fait à cause d'absences maladies connu le matin même, pour répartir les patients des tournées affectées aux AS absentes sur les AS présentes. Ainsi, les AS doivent s'adapter immédiatement aux changements et gérer plus de patients qu'initialement prévu en vue d'assurer la continuité des soins des patients.

Celles des As sont de l'ordre du **collectif** et de l'entraide. En effet, à chaque fin de tournée, les AS s'appellent entre-elles pour aider les AS n'ayant pas fini leur tournée et prendre ainsi en charge les patients des collègues. Cette entraide s'est constatée à chaque observation dans chaque SSIAD, elle fait partie intégrante du fonctionnement des équipes.

#### b. SAD

Les observations ont été réalisées auprès d'aides à domicile non diplômé et diplômé d'auxiliaire de vie, sur des tournées avec stagiaire, sur des tournées combinant matin-midi en semaine et tournée complète le week-end.

Les observations ont démarré à 6h15 par le passage à l'Association pour récupérer les clés des domiciles mis à disposition à l'entrée dans une boîte spécifique, puis par l'enchaînement des interventions dans les domiciles auprès des personnes âgées et personnes en situation de handicap, et se sont terminées par un retour dans les locaux pour déposer les clés.

Ces premières observations ont permis de mettre en évidence que le métier d'aide à domicile expose à un éventail de contraintes, physiques, organisationnelles et psychologique.



Sur le plan physique, comme les AS lors de la réalisation des soins, les AD sont amenés à adopter des postures de travail contraignantes telles que la station prolongée avec piétinement, des flexion, rotation, torsion du tronc, flexion des genoux, sollicitation des membres supérieurs dans des espaces de travail pouvant être restreint, exigu selon la configuration des logements.

La mobilisation des personnes et leurs manipulations lors de la réalisation des soins ou l'aide aux déplacements peuvent s'avérer plus ou moins difficiles selon le degré de dépendance des patients, et plus ou moins coûteux physiquement selon la morphologie des personnes.

En plus des soins d'hygiène, les AD réalisent des tâches domestiques de nettoyage entraînant aussi des postures contraignantes et des gestes répétitifs.

En terme de contraintes organisationnelles, on constate que les AD interviennent au domicile avant le passage des AS de l'Association. Pour cela, les AD doivent connaître pour quel bénéficiaire un passage d'AS est réalisé. Cela détermine le niveau de toilette à réaliser :

- S'il y a passage d'AS, les AD réalisent la « petite toilette » et un change si nécessaire,
- S'il n'y a pas de passage d'AS, les AS réalisent les toilettes complètes.

On note ici un premier écart avec la fiche de poste prescrivant le travail de l'aide à domicile puisqu'il ne s'agit ici pas d'une aide à la toilette d'observée mais bien au contraire d'une toilette complète au lit ou dans la salle de bain.

De plus, on constate que les toilettes complètes sont réalisées dans le même temps d'intervention programmé qu'une « petite toilette », soit en 30 minutes d'intervention.

On note aussi que lors des observations le week-end, l'aide à domicile assure les toilettes complètes de chaque bénéficiaire. Toilette des bénéficiaires qui initialement sont des patients du SSIAD la semaine et dont les soins devraient être réalisés par une aide-soignante.

Donc outre le fait que le week-end l'auxiliaire de vie travaille en journée complète, elle doit réaliser des tâches supplémentaires engendrant des contraintes plus importantes.

Enfin, on observe à chaque intervention que le temps est un déterminant important de l'activité de travail. Les aides à domicile doivent savoir organiser leur intervention au domicile dans une logique de gain de temps tout en respectant les habitudes et les attentes des personnes âgées. On constate que les AD surveillent leur montre ou l'horloge du domicile à plusieurs reprises pour ne pas dépasser les temps de prestation prévue et ne pas retarder les prochaines interventions.

#### 4. Hygiène et santé : des découpages des tâches prescrite vers des similitudes dans les tâches réelles

Lors des observations de ces deux types d'intervenants au domicile aide-soignant et aide à domicile, on constate des similitudes dans les tâches réelles.

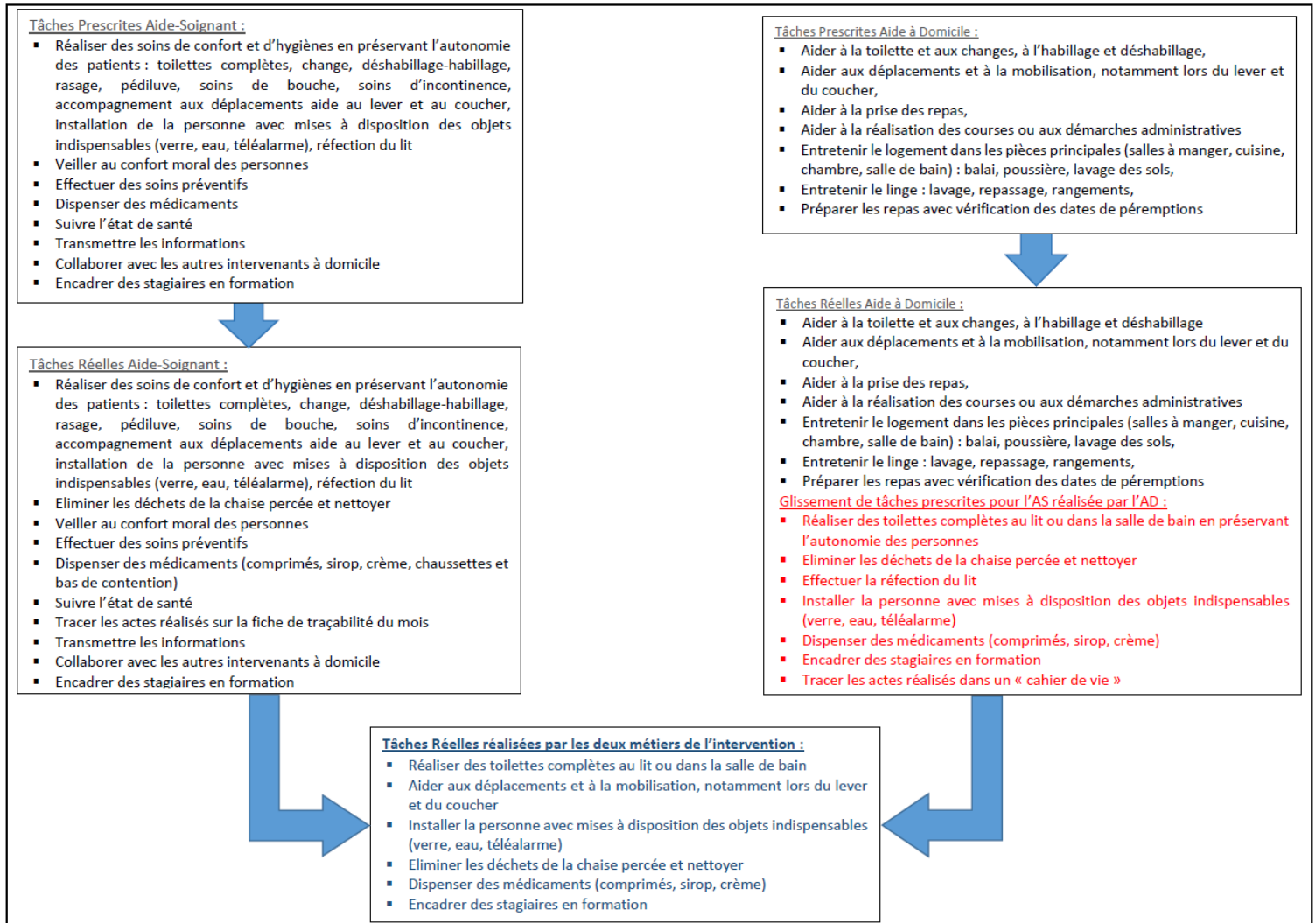


Figure 41 Comparatif travail prescrit - travail réelle des AS et des AD

Ce schéma comparatif synthétise les tâches réelles effectuées par les AS et les AD au domicile. On constate en écriture rouge que les AD réalisent des tâches prescrites des AS et ainsi que certaines tâches sont réalisées par les deux types de métiers principalement celles liées aux soins de confort et d'hygiène des patients/bénéficiaires.

Cependant, l'organisation de travail des deux métiers diffère dans la gestion des temps d'interventions :

- les AS gèrent leur temps d'intervention par patient au sein d'une amplitude horaire de tournée, ce qui leur permet de réguler en fonction des patients nécessitant plus de temps et d'autres moins,

- alors que les AD gèrent leurs activités dans un temps de prestation donnée (temps minuté à minimum 30 minutes) et doivent respecter les horaires d'intervention prescrite, avec une amplitude horaire plus importante.

De plus, pour la réalisation des soins d'hygiène et de confort, la question des connaissances et du niveau de formation se pose. Savoir bien accompagner une personne au quotidien nécessite-t-elle une formation ?

En effet, contrairement aux AD, les AS sont formés dans le cadre de leur étude à la réalisation des soins d'hygiène et de confort en sécurité, aux règles d'hygiène et d'asepsie, à la notion de propreté et d'intrusion dans le champ de l'intime, à la notion de pudeur et de respect de la personne, à la manipulation des équipements, et aux gestes et postures.

De plus, les AS acquièrent les connaissances du corps humain, des pathologies et des symptômes, notamment des pathologies du vieillissement. Les informations sur le patient et sur sa pathologie sont des déterminants pour l'intervenant pour pratiquer son activité dans le respect d'autrui.

Justement dès les premières observations, il a été constaté des différences de pratiques des soins d'hygiène entre une AS formé et une AD non diplômé.

De même, on reconnaît une auxiliaire de vie diplômé d'une aide à domicile non diplômé à sa façon de travailler. Exemple lors de la réfection du lit, celui-ci est fait « au carré » ou lors des toilettes, la notion de pudeur est respectée (serviette placée sur les parties intimes).

De fait, la question de la professionnalisation est une question récurrente des politiques du maintien à l'emploi

## 5. Synthèse et Hypothèses

Les différents éléments recueillis mettent en évidence dans un premier temps, un contexte social, économique et santé fragile de par un taux d'absentéismes important avec des difficultés de gestion des arrêts de travail pour une population majoritairement féminine vieillissante et dont l'état de santé se dégrade, des difficultés de recrutement pour les remplacements, un budget restreint par les politique de financement du maintien au domicile, et des frontières flous entre les métiers de l'intervention.

D'autre part, il est apparu que les métiers de l'intervention au domicile exposent les salariés à de multiples contraintes et risques professionnels pouvant impacter l'état de santé physique et psychique des salariés.

Mais aussi des similitudes dans les tâches et dans les contraintes physiques par la manipulation de personnes dépendantes, des postures contraignantes et des gestes

répétitifs ; des contraintes psychique par le contact avec des personnes fragilisées, souffrante, et malade ; des contraintes organisationnelles par une pression temporelle et par l'exposition au risque routier ; des contraintes environnemental par des lieux de travail multiples encombrés et exigus avec potentiel risque de chute et de heurts.

L'organisation du travail dans l'environnement de travail qu'est le domicile influe sur ces contraintes.

La notion de temporalité des interventions au domicile sera ici principalement prise en compte puisque celle-ci est l'un des principaux déterminants qui contraint l'activité des intervenants au domicile. Pour cela, trois hypothèses peuvent être émises :

Hypothèses n°1 : Les modes de financement du maintien au domicile induisent des écarts de temporalité entre intervenants au domicile et bénéficiaires.

Hypothèses n°2 : Les modes financement du maintien au domicile induit des régulations et des glissements de tâches entre les professionnels de l'intervention au domicile.

Hypothèses n°3 : La temporalité des prestations majore les contraintes physiques et psychologiques, et impactent la santé des salariés.

## VI. ANALYSE DE L'ACTIVITE

L'analyse de l'activité se base sur les observations de terrains effectuées auprès du personnel des deux services : SSIAD et SAD sur des tournées différentes (simple, double, matin, soir, week-end), et sur les verbalisations consécutives entre les domiciles.

*Hypothèse n°1 : Les modes de financement du maintien au domicile induisent des écarts de temporalité entre intervenants au domicile et bénéficiaires.*

Le modèle d'organisation du travail du SSIAD et du SAD découle des modes de financement du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes, ces modes définissent la temporalité des activités des AS et des AD.

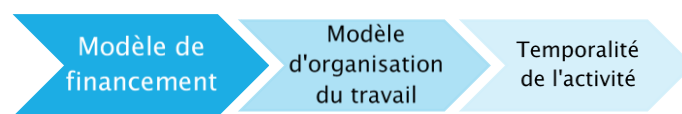


Figure 42 Du modèle de financement vers l'activité

Par conséquent, on peut schématiser ces modes de financement et les liens vers l'activité des intervenants au domicile de la manière suivante :

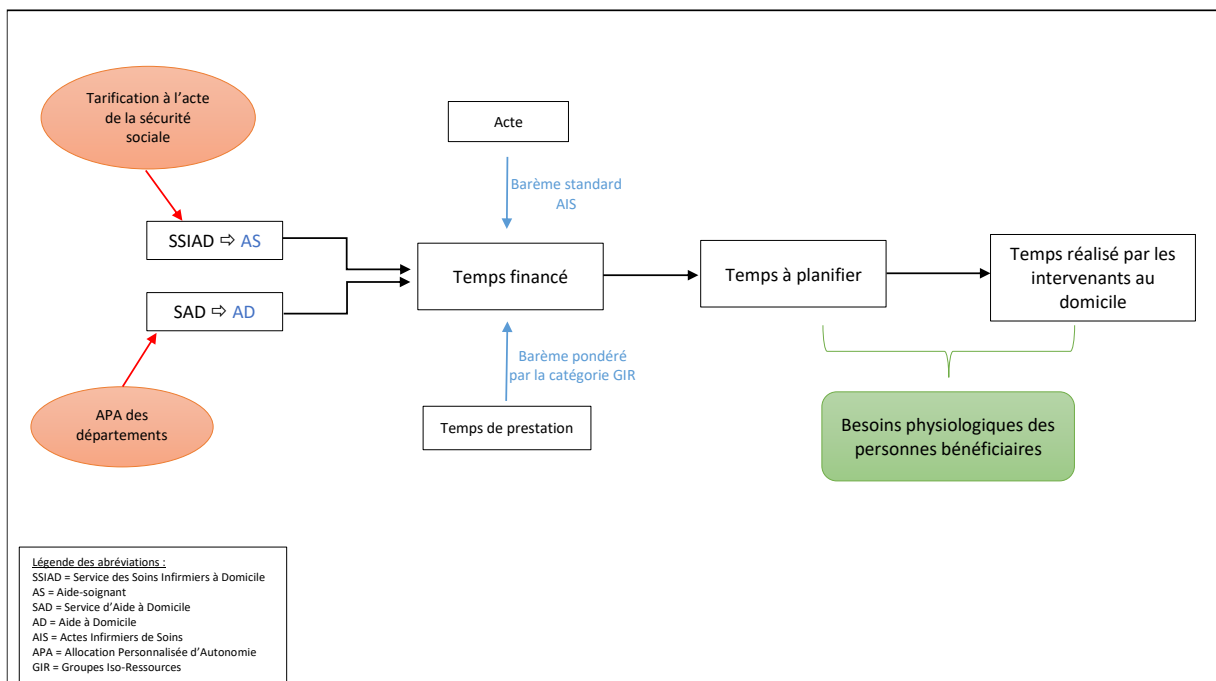


Figure 43 Schéma du modèle de financement vers l'activité

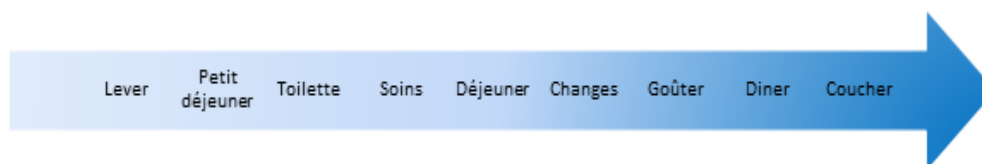
Comme énoncé dans le cadre théorique, le SSIAD est financé par une dotation globale de la sécurité sociale dont les actes de soins des AS sont pris en charge selon le barème standard de la Tarification à l'acte pour les actes relevant des Actes Infirmiers de Soins (AIS), dotation sous le contrôle de l'ARS et ainsi gratuits pour le patient. Ce mode de financement détermine un modèle d'organisation du travail avec des actes de soins

prescrit à planifier. L'ARS impose au SSIAD un nombre de salariés (AS) équivalent temps-plein pour assurer la prise en charge du nombre de patient pour lequel le service est accrédité. Dès lors, les AS doivent réaliser les actes de soins en gérant leur charge de travail (nombre de patient) dans un espace-temps (la tournée).

Pour les prestations d'accompagnement par des AD, le financement est réalisé par l'APA. Cette allocation est versée par les départements selon la classification en GIR des personnes bénéficiaires et détermine un plan d'aide avec un temps de prestation (nombre d'heure par mois) à effectuer par bénéficiaire.

Ces temps de soins et de prestations d'accompagnement doivent répondre aux besoins physiologiques des personnes âgées dépendantes qui ne peuvent réaliser seul les actes de la vie quotidienne. Pour cela dans ce schéma, les besoins physiologiques des bénéficiaires apparaissent dans les temps prescrit à planifier mais aussi dans les temps réels des intervenants au domicile.

En effet, la vie des bénéficiaires se compose de plusieurs événements pour lesquels ils bénéficient d'un accompagnement, soit principalement ceux du lever, des soins, de la toilette, du petit-déjeuner, du déjeuner, des changes, du goûter, du dîner et du coucher.



*Figure 44 Temporalité des bénéficiaires*

Ces différents temps d'intervention au domicile sont rythmés et définis par l'organisation de travail des deux services SSIAD et SAD.

On constate que cette temporalité imposée peut être en confrontation avec la temporalité propre de la personne bénéficiaire et de ses besoins physiologiques. Ce constat concerne les deux types d'intervenants AS et AD à différents événements de l'accompagnement comme le lever-la toilette-le petit déjeuner, le déjeuner, le change du soir et le coucher.

#### Aide-soignant :

Des chronogrammes permettent de visualiser les temporalités prescrites et réelles. Celui-ci-dessous (figure 45) représente la temporalité prescrite des tournées des AS du SSIAD de Phalempin avec le temps de transmission dans les locaux et le temps des tournées au domicile des personnes bénéficiaires ; puis un exemple sur deux journées d'observations. La première journée comportait une tournée simple du matin et la seconde une tournée double (2 AS) du matin et du soir (binôme d'AS différent le matin de l'après-midi).

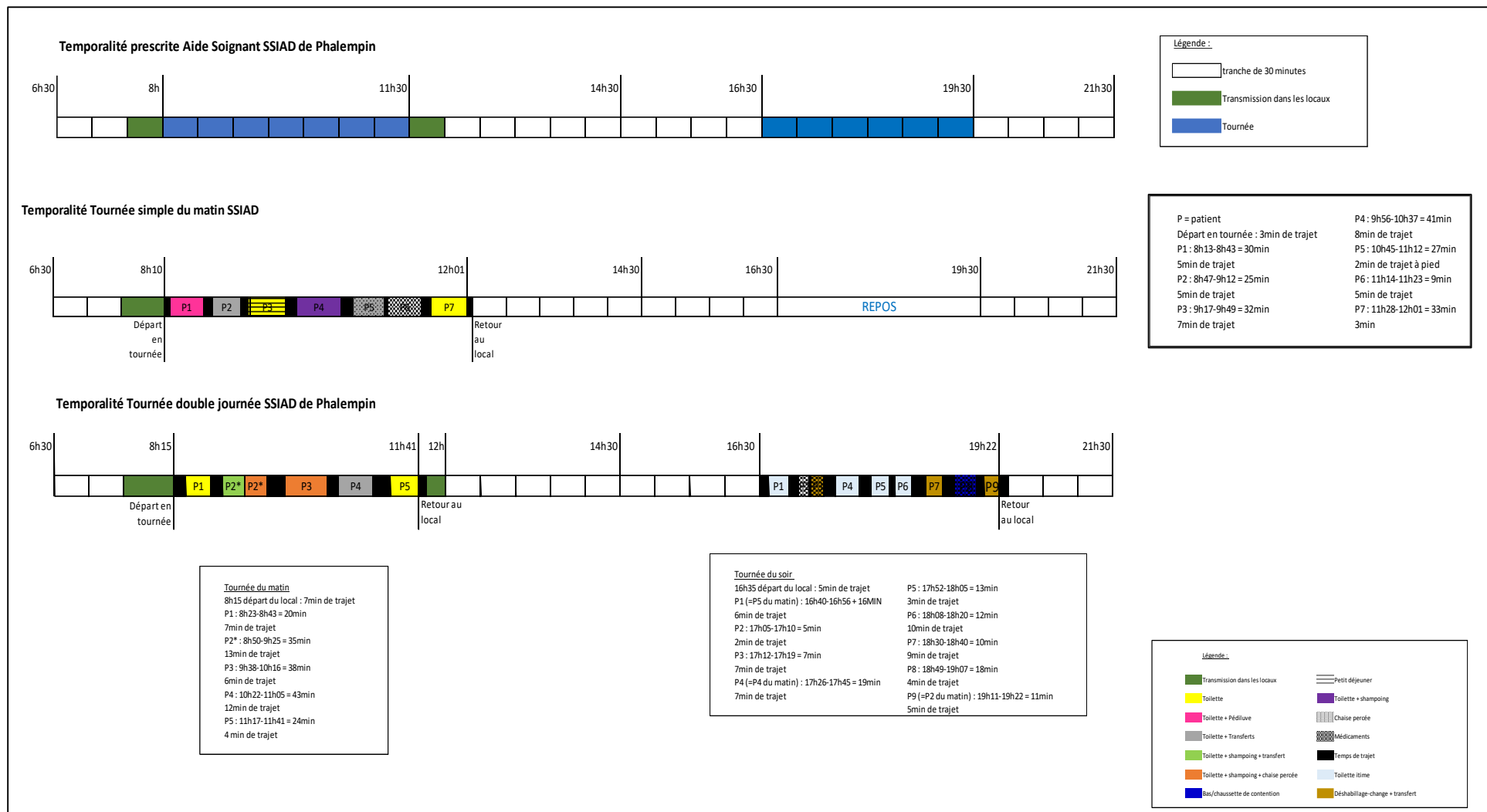


Figure 45 Chronogramme AS du SSIAD de Phalempin





Le chronogramme ci-après représente la temporalité prescrite de la journée d'intervention du 18 Mai 2018 et la temporalité réalisée par l'intervenant. En revanche, l'observation a pu être réalisé jusque 14h15 par refus des bénéficiaires suivants.

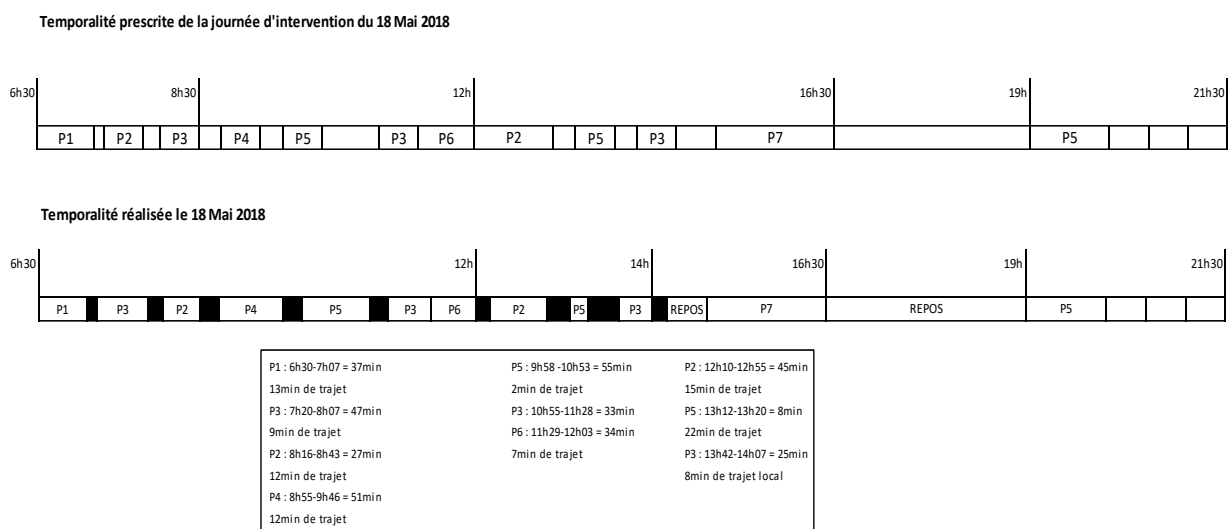


Figure 47 Chronogramme d'une tournée d'aide à domicile

On peut faire le même constat des observations et du chronogramme :

➤ Du point de vue de l'activité de l'intervenant :

- Une activité fragmentée avec 12 interventions dans la journée pour 7 bénéficiaires différents répartis sur l'ensemble de la journée avec des passages à plusieurs reprises pour le même bénéficiaire ;
- Une activité chronométrée
- Une réorganisation dans l'ordre des personnes dû à une connaissance de facteur extérieur, inversement au matin de la P2 avec la P3 pour réaliser la toilette avant le passage de l'infirmière libérale ;
- Des temps réels qui ne correspondent pas aux temps prescrits suivant les variabilités des prestations ;
- Un décalage global entre la temporalité prescrite et la temporalité réelle.

➤ Du point de vue du rythme des bénéficiaires :

- Un réveil des personnes âgées réalisés tôt pour les premiers de la tournée, soit à partir de 6h30, qui peuvent se montrer désagréable envers les AD et non coopératifs ;
- Un passage tardif pour lever de leur lit certaines personnes âgées, *exemple d'une personne qui après 9h30-10h essaye d'enlever elle-même sa couche pour adulte et qui souille tous son lit, l'AD doit alors changer la personne avant la toilette par l'AS et changer les draps ;*
- Des repas servis trop tôt, refus de manger pour les bénéficiaires P3 à 11h et P6 à 11h30, nécessitant du temps de négociation pour faire accepter la prise du repas ;
- Des écarts restreints entre le petit-déjeuner et le déjeuner, petit-déjeuner à 8h et repas du midi à 11h ;

### Morcellement des intervenants pour les bénéficiaires :

On constate lors des observations, tout particulièrement en journée complète, que les journées des bénéficiaires sont morcelées par la temporalité des interventions et par la succession possible de divers intervenants au domicile.

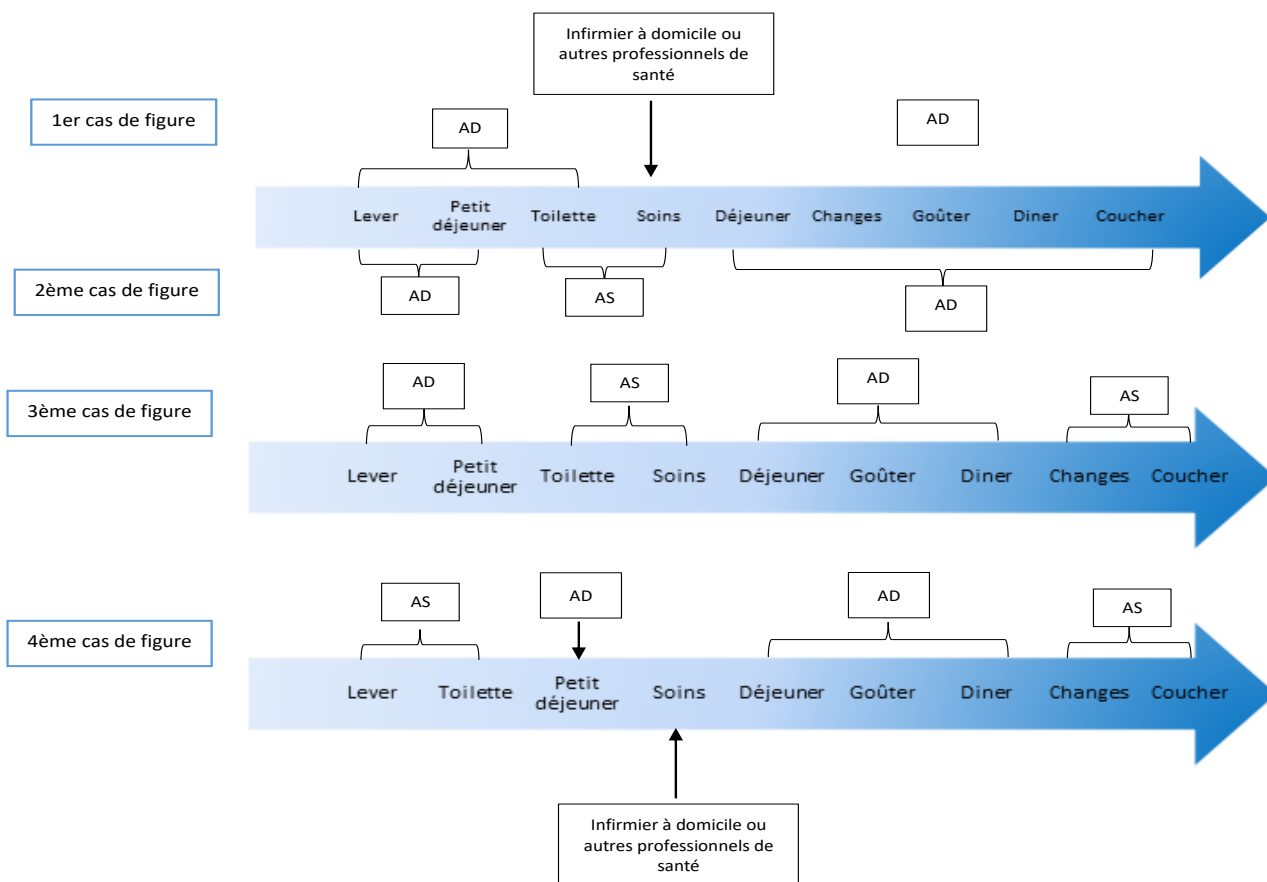


Figure 48 Fractionnement des intervenants au domicile du bénéficiaire

Le maintien au domicile des personnes âgées dépendantes nécessite une imbrication des métiers, et une connaissance de la planification des interventions de chacun.

Comme le schématise la figure 48, on trouve plusieurs cas de figure possible dans l'enchaînement des passages au domicile par des intervenants différents. Ces intervenants, AD et AS, peuvent être soit salariés de la même structure, comme pour les deux services de SOINS ET SANTE, ou salariés de structures différentes.

En effet, les deux modes de financements du maintien au domicile financent deux métiers distincts de l'intervention au domicile avec par conséquent un libre choix pour le bénéficiaire de désigner une ou deux structures différentes.

Or ceci a des impacts pour la gestion de l'activité par les intervenants. Il est plus simple pour les intervenants d'une même structure de se coordonner et de synchroniser les temps d'interventions pour répondre au mieux aux besoins physiologiques des personnes âgées mais aussi pour communiquer et suivre l'état de santé des personnes âgées pris en charge.

En effet, on note lors des observations que les intervenants de SOINS ET SANTE communiquent entre eux soit par appel téléphonique auprès de leurs hiérarchies qui transmettent à l'autre hiérarchie,

soit en laissant des messages écrits via les cahiers de vie des AD mis en place dans les domiciles. Alors que dans le cas de deux structures différentes, il est plus compliqué de garantir une coordination et une cohésion de la prise en charge et ainsi une réponse adaptée aux besoins des personnes.

Outre ces temps de passages successifs AS-AD, des contraintes temporelles sont aussi imposées par le passage d'autre professionnel de santé ou par des rendez-vous médicaux extérieurs. Il peut y avoir une interdépendance entre les métiers. *Exemple pour le passage de l'infirmière libérale qui doit prodiguer des soins et mettre des chaussettes de contention à une personne âgée, il faut pour cela que l'intervenant (AS ou AD) ai réalisé et terminé la toilette avant l'arrivée de l'infirmière. Ou encore un rendez-vous de dialyse prévu en tout début d'après-midi pour une personne Alzheimer pour laquelle l'AD doit servir le repas à 11h et surveiller que la personne mange correctement son repas.*

A ces événements de l'accompagnement au domicile peuvent s'ajouter des événements extérieurs comme la visite de la famille, la livraison de repas, la coiffeuse à domicile... dont il faut aussi tenir compte.

### Conclusion :

Tous ces éléments montrent un morcellement des temps d'intervention induit par les modes de financements. Temps d'intervention qui ne sont pas en adéquation avec les rythmes physiologiques vitaux (la faim, la soif, l'élimination, l'hygiène, le sommeil).

Mais aussi que réaliser des actes de soins dans un cadre temporel de type tournée pour les AS ou temps de prestation pour les AD sans tenir compte des rythmes physiologiques va confronter l'intervenant à certaines difficultés comme le refus par le bénéficiaire de la toilette ou de la prise d'un repas puisque cela ne correspond pas à un besoin de la personne à un moment donné. Les intervenants doivent alors négocier, établir des compromis sans forcer les personnes âgées.

Cela montre aussi que la prise en charge au domicile se base sur un processus linéaire asynchrone des besoins physiologiques des personnes âgées or dans la vie quotidienne ces besoins sont souvent synchrones.

Enfin, ces éléments permettent de valider l'hypothèse formulée qu'il y a un décalage entre la temporalité de vie des personnes âgées et la temporalité de l'organisation du travail, et que ces rythmes contradictoires peuvent impacter l'activité des intervenants.

### Hypothèses n°2 : Les modes financement du maintien au domicile induisent des régulations et des glissements de tâches entre les professionnels de l'intervention au domicile.

Les modes de financements du maintien au domicile présentés en cadre théorique et rappelés dans l'hypothèse précédente ainsi que les temporalités des soins et prestations engendrent la mise en œuvre de stratégies pour atteindre les objectifs de soins et d'accompagnement des personnes âgées.

Pour faire face à ces rythmes de travail en contradiction, différentes stratégies sont mises en place à différents niveaux afin de garantir un travail de qualité. Un travail de qualité pour les intervenants est un travail associant l'activité de soins et l'activité relationnelle.

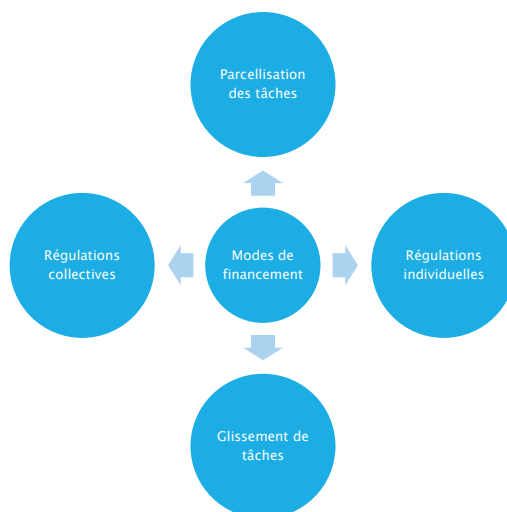


Figure 49 Stratégies engendrées par les modes de financement

### Parcellisation des tâches :

Dans un premier temps, on constate que les fonctions hiérarchiques des deux services SSIAD et SAD ont instaurés dans la prise en charge des personnes une parcellisation des tâches répartie sur la semaine de travail pour répondre aux contraintes temporelles imposées.

Pour les SSIAD, les Infirmières coordinatrices ont scindés les tâches relevant des soins d'hygiène corporels, et définis une fréquence et une répartition sur la semaine de travail pour chaque bénéficiaire, principalement pour les tournées du matin. Celles-ci comportant les toilettes dites « complètes ».

Ces toilettes nécessitent un certain temps pour être réaliser en intégralité variable selon l'état physique et de mobilité des personnes âgées. En effet, l'objectif des AS est de favoriser l'autonomie des personnes. Elles aident à la toilette, c'est-à-dire faire faire une partie de la toilette (visage, cou, bras, poitrine) par la personne elle-même, surveiller et assister la personne pendant ce temps.

Or il est plus rapide de faire la toilette des personnes que de faire faire par les personnes âgées qui ont un rythme plus lents.

Par conséquent, les tâches de la toilette du matin sont divisées pour éviter un cumul des tâches par bénéficiaire et pour l'ensemble de la tournée.

*Par exemple, un bénéficiaire peut voir ses soins d'hygiène répartis de la sorte sur la semaine :*

- Une douche par semaine pour les personnes les plus autonomes, le vendredi,
- Toilette complète au lit, au fauteuil ou à la salle de bain deux fois par semaine, le mardi et jeudi,
- Toilette partielle (= toilette du haut du corps avec toilette intime, pas de toilette du bas du corps), le lundi et mercredi,
- Pédiluve et manucure une fois par semaine, le mercredi
- Shampoing une fois par semaine, le mardi après la toilette complète.

*Pour les tournées du soir, il n'y a pas de parcellisation des tâches puisque celles-ci consistent au déshabillage, à la toilette intime dite « petite toilette », à la prise de médicament, au change et au coucher. Tâches considérée comme moins génératrices de temps.*

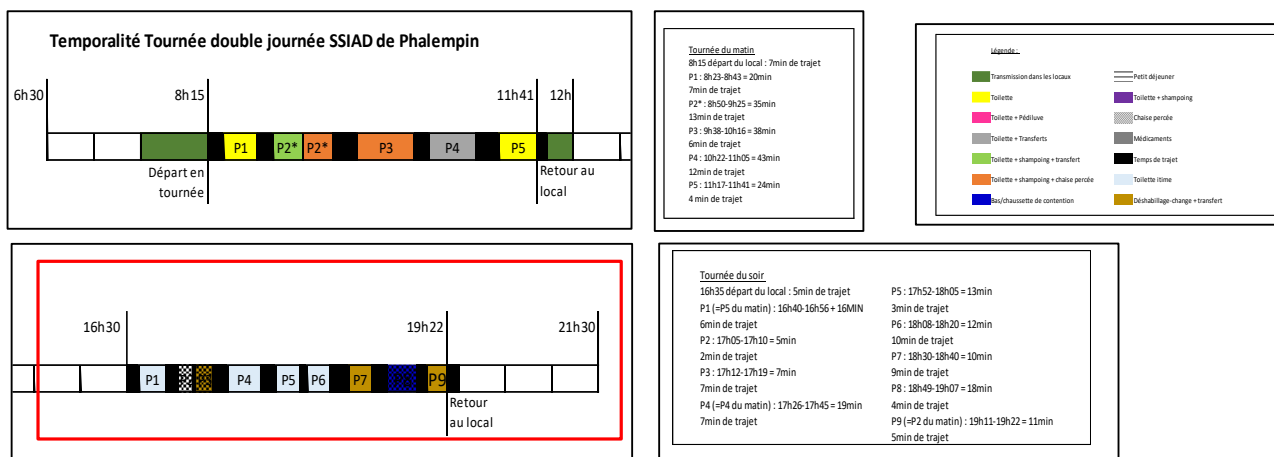


Figure 50 Focus sur une tournée d'après-midi AS SSIAD de Phalempin

On constate effectivement en réalisant un focus sur le chronogramme des temps d'une tournée d'après-midi que les actes consistent principalement en la toilette intime, au déshabillage, au change et à la prise de médicaments, avec des temps d'intervention au domicile plus court, entre 5 et 19minutes maximaux l'après-midi comparé à entre 20 et 43 minutes le matin.

Pour le SAD, ce sont les tâches d'entretien du logement qui sont parcellisées et réparties sur la semaine. Les AD réalisent plusieurs prestations : aide au lever, aide à la toilette, préparation de repas et aide à la prise de repas, ménage du logement, entretien du linge, courses, ... pendant le temps d'intervention au domicile impartis soit généralement de 30 minutes.

Par exemple pour un bénéficiaire, les tâches d'entretien sont réparties de telles sortes :

- *Changement des draps tous les 15 jours le lundi ou vendredi s'ils ne sont pas souillés entre temps,*
- *Ménage complet une fois par semaine,*
- *Petit ménage quotidien : vaisselle, sanitaire, évier, cafetière,*
- *Lessive dès que la machine à laver ou panier à linge est remplie.*

Ces stratégies de répartition des tâches sur la semaine de travail des intervenants permettent de compenser en partie les contraintes imposées mais ne sont pas suffisantes.

#### Régulations individuelles :

Par conséquent, les intervenants au domicile doivent réguler par eux même pour respecter au mieux les contraintes temporelles des tournées.

On constate aussi bien pour les AS et les AD que chaque intervention au domicile nécessite de hiérarchiser et ordonnancer les tâches à réaliser dans un soucis d'économie de temps voir de gain de temps.

*L'exemple d'un ordonnancement de tâche pour une intervention où il faut en 45 minutes effectuer le réveil, le petit déjeuner, une toilette intime et du petit ménage, l'AD commence à 6h30 par réveiller tout doucement la bénéficiaire dans son lit située dans la chambre, aide madame à se lever et à se déplacer jusqu'au salon. L'AD l'installe sur la chaise percée après avoir enlevé la*

*couche souillée. Pendant que la dame réalise ses besoins d'élimination sur la chaise percée, l'AD réalisent diverses tâches successivement :*

- *Enlève les bandes de compressions aux pieds de la dame puis les enrouler,*
- *Refait le lit dans la chambre,*
- *Ouvre les volets dans la cuisine,*
- *Prépare le petit déjeuner dans la cuisine : allume la gazinière pour réchauffer le café à la casserole, prépare un verre d'eau, les médicaments, beurre deux tartines avec par-dessus de la confiture,*
- *Rince le dentier et l'apporte à la dame qui a fini ses besoins.*

*L'AD aide la dame à se lever de la chaise, essuie ses fesses et réalise une toilette intime à la lingette, met une culotte propre et l'aide à s'installer au fauteuil. Elle enlève la bassine de la chaise percée pour aller vider les déchets et la nettoyer dans la salle de bain. Elle en profite pour passer nettoyer le lavabo et le sanitaire. Elle revient au salon avec la bassine propre et range la chaise percée. Elle coupe ensuite le gaz une fois que le café est assez chaud, elle amène le petit déjeuner au salon et dispose le café, les tartines, les médicaments et le verre sur la table. Pendant la prise du petit déjeuner, l'AD effectue des tâches ménagères : nettoie le plan de travail de la cuisine, la cafetière, la vaisselle, balai les sols, ramasse la poussière et ouvre les volets des autres pièces de la maison. Elle débarrasse le petit déjeuner terminé, réalise la vaisselle de ce petit déjeuner puis remplit le cahier de vie avant de partir.*

Pendant toute la durée de l'intervention soit les 45 minutes, l'AD ne s'est pas arrêté une seule fois et n'a pas pu discuter avec la dame pour finir dans les temps et ne pas prendre de retard dans sa tournée dès la première personne.

Lorsque justement les intervenants ont pris du retard dans le déroulement de leur tournée, ils doivent prioriser soit en priorisant un bénéficiaire par rapport à un autre en modifiant l'ordre de la tournée ou en choisissant de prioriser un acte par rapport à un autre.

Comme dans l'exemple ci-dessus, pour les AS en retard sur la planification, on constate qu'elles font le choix de privilégier la technicité du soin au détriment de la communication avec la personne. Il faut qu'au minimum une toilette partielle soit dispensée à la personne. Cependant la qualité du relationnel avec le bénéficiaire est un élément primordial pour la réalisation des tâches dans de bonnes conditions, particulièrement pour les soins.

Si l'intervenant a réussi à gagner du temps sur les actes techniques à réaliser, cela lui permet de consacrer du temps pour l'activité relationnelle. Or, lors des observations, on peut voir les intervenants discuter sans réaliser d'autres tâches en même temps que très rarement. Les échanges sont principalement les verbalisations nécessaires aux soins.

Ce processus d'ordonnancement - priorisation des tâches est sans cesse réajusté en fonction de l'état psychique et physique du patient, et selon les aléas des interventions. L'intervenant doit s'adapter régulièrement et rapidement aux changements de situations.

### Régulations collectives :

Ensuite, des mécanismes d'entraide sont mis en place par les collectifs de travail, AS, AD et entre AS-AD. Ces stratégies de régulation collectives sont acceptées et mises en valeur par les hiérarchies.

Concernant les Aides-soignants, dans chaque SSIAD, on constate la même stratégie de régulation par entraide entre collègues sur les tournées. Chaque AS a en charge une tournée avec un certain nombre de patients.

On observe que sur chaque fin de tournée vers 11h15-11h30 pour les tournées du matin et vers 18h30 sur les tournées du soir, les AS communiquent entre-elles par message ou appel téléphonique pour prendre connaissance de l'avancement et savoir si une aide est nécessaire.

*Par exemple, une AS ayant fini sa tournée à 11h15 au lieu de midi a pris en charge le patient d'une collègue et ainsi fini à 11h55 après ce patient supplémentaire.*

*Autre exemple, une AS termine son avant-dernière personne à 11h50 et doit encore réaliser la toilette au dernier domicile qui comprend un couple de patient. Pendant son avant-dernier patient, son téléphone portait avait sonné mais elle n'avait pu décrocher. En sortant, elle rappelle sa collègue qui lui annonce qu'étant en binôme, les AS ont pris en charge le couple. L'AS peut ainsi repartir au local sans dépasser ses horaires de travail.*

Ce mécanisme d'entraide de prise en charge des patients entre AS permet de soulager les collègues en retard, de finir dans les temps et d'assister aux transmissions pour les tournées du matin.

Cela soulève quand même la question de la répartition de la charge de travail sur les tournées, s'agit-il de retard liée à des imprévus ou parce que la tournée comporte un nombre trop important de personnes dont la prise en charge nécessite plus de temps ?

Concernant les Aides à domiciles, des mécanismes d'entraide sont mis en place par anticipation des tâches pour les repas. Compte tenu, de l'enchaînement de plusieurs prestations dans un temps prescrit, les AD s'entraident par des actes de préparations. *C'est-à-dire qu'une AD du matin va préparer le goûter des bénéficiaires pour les collègues d'après-midi, ou bien préparer les tartines du repas du soir pour sa collègue du soir qui devra réaliser une toilette intime, un change et le coucher. Autre exemple aussi où l'AD du soir prépare la cafetière pour le petit déjeuner du lendemain.*

Enfin dans les régulations collectifs, l'entraide entre les deux métiers, AS et AD, est possible que pour les bénéficiaires qui ont choisis des intervenants rattachés à la même structure.

### Glissement de tâches :

Les mécanismes d'entraide entre les deux métiers sont principalement des glissements de tâches prescrites d'un métier vers l'autre et réciproquement. Or, on constate que ces glissements de tâches ne concernent principalement qu'un métier, l'aide à domicile effectue des tâches prescrites de l'aide-soignant comme le montre la figure n°41 page 65.

En questionnant les hiérarchies, Infirmières coordinatrices et responsable du SAD, mais aussi les intervenants au domicile AS et AD, sur ces glissements de tâche et leurs causes, toutes les réponses convergent vers les modes de financements et l'écart que cela induit.

Des verbalisations telles que « Cela coute moins cher une aide à domicile qu'une aide-soignante », « le week-end c'est trop cher, alors on doit faire les toilettes à la place des AS ! » ont été émises par plusieurs AS et AD.

La tarification à l'acte de la sécurité sociale qui finance un acte de soins selon un barème, distingue un tarif semaine et un tarif week-end, et un décompte dans la prise en charge des actes de soins. En effet, lors d'un passage d'AS, le premier acte est compté à 100% le deuxième à 50% et la 3<sup>ème</sup> est gratuit, sur la base de deux passages par jour.

Le SSIAD fonctionnant grâce au versement d'une dotation globale avec une tarification forfaitaire par jour par patient, doit tenir compte de ces éléments dans la planification des tournées. Elles doivent répartir les actes en respectant le budget imposé. Or, les toilettes le week-end coutant plus cher alors que le forfait journalier attribué lui reste inchangé, des compromis doivent être établis. Pour cela, en accord entre le SSIAD et le SAD, certains patients du SSIAD sont pris en charge par les AD le week-end. Cela explique la différence entre le nombre de tournée la semaine et le nombre de tournée le week-end. On constate un nombre moindre de tournées les week-end matin pour les SSIAD et un nombre supérieur pour le SAD (*exemple : SSIAD 3 tournées en semaine et 2 le week-end contre 2 la semaine et 3 le week-end pour le SAD*).

De plus, il y a eu des verbalisations concernant un glissement de tâche des infirmières libérales vers les aides-soignantes. « Il n'y a pas de codification pour un passage d'infirmière libérale pour les bas-chaussettes de contention, c'est nous qui devons passer pour 5 minutes chez les personnes ». Effectivement, lors des observations des tournées des AS le soir, on constate la prise en charge de patients où il faut uniquement enlever les bas ou chaussettes de contention. Passage qui nécessite peu de temps d'intervention, maximum 5 minutes.

Les infirmières libérales sont aussi soumises à la tarification à l'acte mais selon un autre barème celui Actes Médicaux Infirmier (AMI), qui comptabilise les bas-chaussettes de contention associés à un autre acte. Le passage le soir pour les enlever par l'infirmière libérale ne peut être prise en charge par la sécurité sociale, les infirmières ne sont ainsi pas payer pour cet acte. Ce sont alors les aides-soignantes qui prennent en charge l'acte.

On peut représenter le mouvement de glissements des tâches entre les différents professionnels du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes de la manière suivante :



Figure 51 Mouvement des glissements de tâches



On peut alors constater que ce glissement est uniquement dans un sens et que l'aide à domicile est le dernier métier à effectuer des tâches supplémentaires qui ne relèvent pas au départ de sa compétence.

### Conclusion :

Tous ces éléments de démonstration concourent à pointer que la dissociation des modes de financements, un financement à l'acte et un financement d'un temps de prestation, entraîne les professionnels à mettre en place des stratégies de régulations aussi bien pour la planification en amont que pour l'activité de terrain réelle.

### Hypothèse n°3 : La temporalité des prestations majore les contraintes physiques et psychologiques, et impactent la santé des salariés.

Les deux premières hypothèses ont permis de mettre en évidence l'impact du modèle de financement sur le modèle d'organisation du travail prescrite des deux services SSIAD et SAD, ainsi que l'impact sur les temporalités des interventions. Temporalités qui induisent des écarts de temporalités entre bénéficiaires et intervenants, qui eux adoptent des stratégies de régulations pour réduire ses écarts.

Ces stratégies mises en place sont coûteuse pour les intervenants tant sur le plan physique que psychologique.

Physiquement, les intervenants du domicile de par leur cœur de métier sont exposés à des contraintes posturales sollicitant l'ensemble du corps, à une station debout prolongée avec piétinement et déplacement constant (aller-retour entre les pièces), à des gestes répétitifs, et à une charge physique variable selon la morphologie des personnes qu'il faut soulever, soutenir, maintenir durant les actes de soins, de mobilisation ou encore lors des transferts. Cette charge peut être soulager par la présence d'aide technique dans les domiciles s'ils sont utilisés à bon escient.

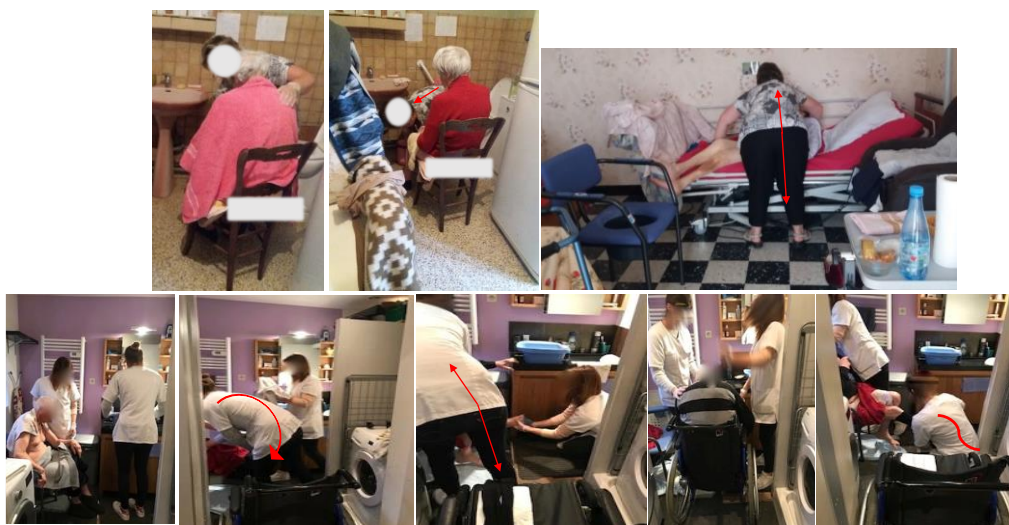
Ces expositions sont potentiellement pathogènes et peuvent être source d'accident du travail. Notamment de par l'exposition conjointe à diverses conditions de travail, chaque domicile est un environnement de travail différent dont l'aménagement peut contraindre l'activité. Des domiciles pouvant être exigus, encombrés, insalubres...

Les intervenants sont donc confrontés à une multitude de variabilités. L'activité peut varier selon l'état psychique et physique du patient. Ils prennent en charge des personnes vieillissantes, fragiles dont l'état de santé se dégrade et dont le niveau de dépendance diffère d'une personne à l'autre.

Le niveau de coopération des personnes peut être un facteur aggravant ces contraintes physiques. En effet, si l'état physique des patients se dégrade, l'autonomie aussi et la coopération dans les soins sera réduite entraînant plus de contraintes pour l'intervenant.

De plus, dans un souci de bienveillance et de préserver la santé des patients, certains actes de soins nécessitant une mobilisation avec ou sans matériel peuvent être effectués plus rapidement afin

d'éviter pour le patient/bénéficiaire le maintien de postures contraignantes et douloureuse pour eux au détriment des sollicitations que cela entraîne pour les intervenants.



*Figure 52 Exemples de situations de travail contraignantes*

Les photos ci-dessus montrent quelques situations de travail contraignantes, pour l'aide à domicile (photos du haut) et pour un binôme d'aide-soignante (photos du bas). Ces situations sont accentuées par la pression temporelle.

Répéter les mêmes postures de travail contraignantes sur l'ensemble des tournées associés à un rythme soutenu nécessitant des déplacements en voiture, certes de courte durée mais incombant de monter, descendre du véhicule, en se précipitant pour tenir les délais accentuent les mécanismes de fatigues.

Des verbalisations en ce sens ont été formulés par les deux métiers, « c'est fatigant », « à la fin de la journée, on a mal au dos », « on n'a pas besoin de faire du sport, on en fait déjà au travail », « c'est physique de manipuler des personnes âgées », « je dois voir mon ostéopathe 2 fois à 3 fois par an », « prendre la voiture c'est bien, ça fait une coupure mais on doit toujours se dépêcher surtout avec la circulation ».

L'intensification du travail des intervenants par l'enchaînement des interventions dans les domiciles majore les atteintes possibles sur la santé.

De plus, les intervenants du domicile sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux, au stress et à l'épuisement professionnel. Ils se retrouvent face à des situations difficiles, ils se heurtent à la détresse émotionnelle et physique des personnes. Cela requiert de savoir faire face à ces situations, et de dissimuler ses émotions pour transmettre des émotions positives aux personnes. Le relationnel est un élément important dans l'accompagnement de ces personnes. Or, le cadre temporel imposé ne permet pas toujours de privilégier le relationnel avec ces personnes parfois isolées qui sont en demande d'échanges, de communication, de réconfort.

Les mécanismes de régulations individuelles mis en place tels que la priorisation, hiérarchisation, la réorganisation constante des tâches, d'adaptation aux variabilités de l'activité sont coûteuse cognitivement pour les intervenants. Devoir remporter une tâche, réaliser qu'une partie d'une tâche, ou de traiter rapidement cette tâche entraîne un sentiment de qualité empêché.

Ce sentiment d'utilité qui fait partie du métier ne peut être satisfait compte tenu des contraintes temporelles. Or si la satisfaction au travail, la reconnaissance, la sensation d'utilité, de travail de qualité ne sont pas présents, cela est source d'épuisement professionnel.

Enfin même si le collectif de travail est une source de motivation au travail et que l'entraide peut soulager les contraintes physiques. Il n'est reste pas moins un facteur potentiel de tension et générateur de conflits interpersonnels. Notamment pour les AS, la prise en charge des patients des autres, régulièrement pour les mêmes AS qui n'arrivent pas à gérer leur charge de travail dans les temps impartis mène à des discordes et mécontentements.

Conclusion :

Le morcellement de l'activité et des temporalités d'intervention se répercute sur des intervenants déjà exposés à des contraintes physiques et psychologiques marquées. Le risque de survenue de Troubles Musculo-Squelettiques engendrés par la répétitivité des gestes et l'adoption de postures contraignantes, et de Risques Psychosociaux est amplifié par ce cadre temporel imposé par le morcellement des financements du maintien au domicile des personnes âgées.

On peut reprendre le schéma de postulat de départ (figure n°42) selon lequel le modèle de financement prescrit une organisation du travail et impact les temporalités de l'activité pour le compléter avec les éléments mis en évidence au travers l'analyse de l'activité.

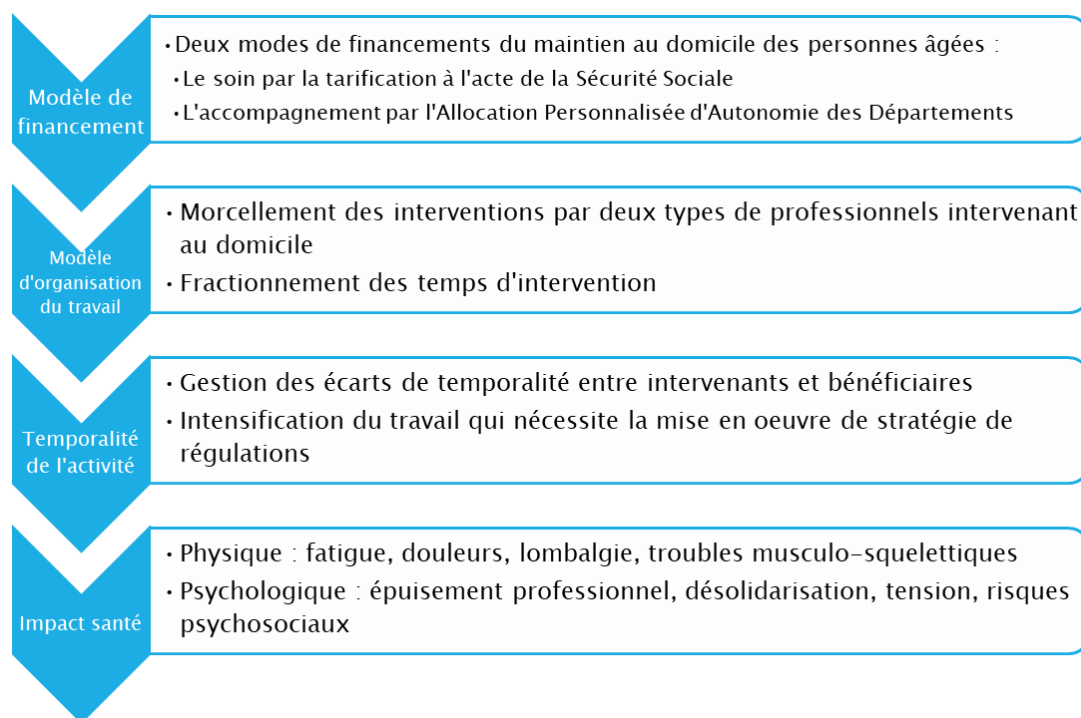


Figure 53 Synthèse de l'impact du modèle de financement du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes

## VII. DIAGNOSTIC

### 1. Diagnostic global

La démonstration et la validation des hypothèses par l'analyse de l'activité permettent de mettre en évidence l'impact des modes de financements du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes sur l'activité de terrain des intervenants du domicile.

Les modes de financement actuels tendent à rendre linéaire l'activité de soins. Mais aussi à industrialiser et à normaliser l'activité des intervenants du domicile par la mise en œuvre d'un modèle économique et productif de l'offre de soins.

La dissociation des financements du soin et de la santé dissocient la prise en charge des personnes âgées. Par conséquent, l'organisation temporelle qui en découle est peu favorable à garantir la qualité des soins pour les patients/bénéficiaires.

De plus, il apparaît au travers des analyses une amplification des contraintes temporelles qui semble traduire une intensification du travail avec les conséquences que cela peut engendrer sur les salariés.

### 2. Diagnostic local

Les métiers de l'intervention au domicile, de soins ou d'accompagnement, sont des métiers à fortes contraintes physiques et psychologiques. S'occuper de personnes âgées dépendantes ou de personnes en situation de handicap dont la dépendance et l'état de santé peuvent se dégrader à tout moment est déjà en soi une situation potentiellement pathogène par l'exposition à un éventail de situations dangereuses.

Le fractionnement des interventions (prestation à la demi-heure), les amplitudes de travail larges, la multiplicité des actes techniques, la diversité des lieux d'intervention et des situations des personnes prises en charge sont autant de facteurs à risques pour la santé des intervenants.

Les contraintes temporelles ajoutées à ces facteurs de risques majorent les sollicitations physiques et psychologiques des intervenants au domicile.

La mise en œuvre des mécanismes de régulations pour compenser ces contraintes temporelles pour soi, pour ses collègues, et pour les bénéficiaires s'effectue au détriment de sa santé. Ces régulations sont coûteuses et expliquent les atteintes sur la santé des salariés ainsi que l'absentéisme de l'association.

## VIII. SYNTHÈSE ET AXES DE TRAVAIL

Dans le cadre de la démarche ergonomique, la prochaine étape est un temps de partage du diagnostic avec les équipes de santé au travail dans un premier temps. Puis, une restitution de l'intervention ergonomique sera programmée au sein de l'Association avec le président, les Infirmières Coordinatrices et la Responsable du Service d'Aide à Domicile afin de discuter de l'analyse de l'activité et du diagnostic.

Ce mémoire présente une thématique précise, les liens entre le financement et la temporalité de l'activité, qui représente un des déterminants en particulier de l'activité des intervenants au domicile.

Or pour répondre à la demande d'intervention l'ensemble des facteurs impactant l'activité de travail seront traités avec notamment une partie ciblée sur la prévention du risque lombalgique, sujet de mémoire de l'Infirmière en licence santé travail.

Les axes de travail seront présentés aux acteurs de l'Association et un ordre de priorité devra être établi pour pouvoir constituer des groupes de travail comportant une représentativité de chaque métier de l'intervention au domicile (aides-soignants des trois SSIAD, infirmières coordinatrices, responsable du SAD, aides à domicile et auxiliaires de vie) sur la base du volontariat.

Ces axes de travail auront pour but l'amélioration des conditions de travail actuelles et la transformation des habitudes de travail afin de réduire l'absentéisme. Ils porteront sur divers aspects, organisation du travail, charge de travail, technique et matériel, environnement de travail, formation et sensibilisation :

- Renforcer la synchronisation et établir des règles communes entre AS et AD :
  - Etablir des règles communes pour assurer la qualité des soins et prestations pour les bénéficiaires,
  - Mieux définir les tâches de chaque métier,
  - Percevoir les contraintes des uns et des autres,
  - Créer du lien entre ces deux types de métiers, éviter l'isolement professionnel.
  
- Mener une étude sur la charge de travail :
  - Mettre en adéquation le nombre de personnes prises en charge avec le nombre de places accrédités (dépassement du nombre de prise en charge dans chaque SSIAD),
  - Revoir la planification des tournées pour répartir au mieux la charge entre les intervenants.
  
- Mener une réflexion sur les causes de non utilisation des aides techniques dans les domiciles :
  - Partir de situations de terrains et les analyser pour comprendre la non utilisation des aides techniques par les intervenants quand celles-ci sont disponibles dans les domiciles
  - Réfléchir à de nouvelles aides techniques.
  
- Mener une réflexion sur le poste de « Référent prévention » de l'Association :
  - Définir les missions de ce poste et son périmètre d'action au sein de l'association,
  - L'inclure dans le parcours d'intégration et de formation des nouveaux arrivés,
  - Accompagner les équipes sur le terrain pour faire remonter les besoins.

- Programmer des sensibilisations des intervenants au domicile sur des thématiques :
  - Utilisation des aides techniques,
  - Risque routier en mission,
  - Risques de chute au domicile,
  - Préserver son dos.
  
- Sensibiliser les familles et les patients à la notion d'environnement de travail vs espace privée dès la prise en charge :
  - Organisation des espaces de travail des intervenants (exemple : ne pas placer le lit contre un mur, dégagé les espaces de circulation, mettre à proximité des éléments nécessaires aux soins et à la toilette...)
  - Convaincre les familles et les patients de mettre à disposition les aides techniques dans les domiciles car ils sont bénéfiques pour le patient et le soignant.
  
- Mener une réflexion sur l'utilité et le besoin des AS et AD de suivre une formation Prévention des Risques liés à l'activité Physique (PRAP)
  - Mise à jour dans la connaissance des gestes et postures
  - Mise à jour des connaissances sur les méthodes de manutention des personnes.
  
- Mettre en place des formations d'auxiliaires de vie sociale pour les aides à domiciles
  - Professionnaliser les salariés par l'acquisition de connaissance sur la prise en charge de personnes âgées dépendantes, vieillissante dont l'état de santé nécessite d'être surveiller.

Ces axes de travail sont encore à construire avec l'Infirmière en licence et les acteurs de l'entreprise.

Ce travail de mémoire sera présenté aux membres du groupe projet RPS/TMS médico-social, puisque ces métiers en tension de l'accompagnements des personnes âgées sont un axe prioritaire de travail au sein du service de santé au travail.

Ce travail va permettre d'ouvrir un nouveau débat sur la temporalité et le financement, qui sort des débats habituels sur les problématiques de dos et d'utilisation des aides techniques par les soignants.

Dans le cadre actuel des réflexions sur le financement de la perte d'autonomie, des EPHAD et des SAP, ce travail pourra apporter des éléments à la branche professionnelle et aux financeurs publics.

## IX. DISCUSSION

### 1. Discussion sur le déroulement du stage

#### Retour sur le stage à Pole Santé Travail :

Le déroulement du stage au sein du service des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels fût diversifié par la mise en œuvre d'intervention ergonomique dans divers domaines d'activités professionnels. L'immersion totale dans ce service m'a permis de mettre en pratique les connaissances acquises au cours des années d'enseignements du master et les approfondir.

De plus, la confiance accordée par mes collègues ergonomes lors des interventions ergonomiques m'a permis de mener en toute autonomie des interventions complètes et fût formateur. Je les en remercie.

#### Retour sur l'intervention ergonomique à l'Association SOINS ET SANTE :

L'intervention ergonomique au sein d'une association de soins envers un public fragilisé est de mon point de vue enrichissante. C'est un sujet qui me touche particulièrement. Le *care*, le prendre soin d'autrui, l'Humain et la bienveillance sont des valeurs importantes. Nous vieillissons tous et auront tous besoin un jour ou l'autre de ces professionnels pour prendre soins de nous. C'est aussi pour cela qu'il est important d'améliorer les conditions de travail et de préserver la santé de ces professionnels.

Concernant le déroulement de l'intervention ergonomique, les observations ont été délicate à mener compte tenu du contexte qu'est le domicile. L'entrée dans la sphère privée des personnes âgées fût compliquée.

Bien que l'Association avait prévenu les patients/bénéficiaires et leurs familles du déroulement d'une étude ergonomique et de ma présence pour mener des observations de terrains. Il a été nécessaire d'expliquer à chaque domicile le motif de ma présence, ce qui à mobiliser du temps d'échange avec les patients/bénéficiaires et qui a par conséquent réduit mon temps d'observation des intervenants, eux ne pouvant pas se permettre d'attendre pour effectuer leurs tâches.

De plus, ma présence a perturbé certaines personnes âgées atteinte de pathologie psychiatrique (Alzheimer notamment) qui ont refusé complètement l'intervention de l'aide au domicile habituelle, celle-ci devant s'adapter aux états émotionnels de la personne.

Enfin, j'ai aussi été confronté à plusieurs refus d'accès au domicile ou d'accès à la pièce (chambre, salle de bain) où se réalisaient les soins d'hygiène pour un souci de pudeur et de respect de l'intimité. Par conséquent, je profitais du temps de trajet entre deux domiciles pour questionner l'intervenant quant à l'activité réalisée en mon absence et les difficultés rencontrées.

On constate bien que le domicile est un territoire privé<sup>13</sup> dans lequel l'intervenant extérieur doit être invité à y entrer et qu'il doit établir un lien de proximité, une relation de confiance pour l'acceptation du soins intime.

---

13 « Chacun a le droit au respect de sa vie privée » Art. 9 du Code civil - « Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité » Art. L.311-3 du code de l'action sociale et des familles Loi du 2 janvier 2002

De plus, j'ai été confronté à des biais d'observations par la présence lors de certaines tournées de l'infirmière coordinatrice pour les observations des AS et de la responsable du SAD pour les observations des AD. La présence de la hiérarchie a contraint la réalisation des tâches ainsi que les échanges. En effet, les AS et AD se sentant observer et juger ne pouvaient s'exprimer librement lorsque je questionnais l'activité.

Parmi les freins au déroulement de l'étude, l'analyse des traces s'est avéré fastidieuse. Récupérer des indicateurs fût difficile pour moi comme pour l'infirmière en licence. De plus, les quelques données transmises n'étaient pas cohérente entre elles et ont nécessité un important travail de ressaisi et de traitement. Mais aussi, des informations obtenues tardivement notamment l'existante d'un poste de « référent prévention » qui aurait pu être impliqué dans la démarche.

En revanche, le point fort de cette intervention est l'implication des équipes. C'est un réel levier d'action qu'il sera important de mobiliser dans les groupes de travail pour faire émerger des pistes de solutions concrètes. Les salariées sont investies dans leur métier et soucieuses de leurs conditions de travail, notamment pour assurer des soins de qualité auprès des personnes âgées.

## 2. Discussion sur la thématique

Le sujet de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est une préoccupation d'actualité compte tenu du vieillissement de la population et de l'accroissement des besoins. Les politiques vieillesse successivement mises en place tentent d'améliorer cette prise en charge tant sur le point de la qualité des soins que sur le financement en réadaptant les budgets, aussi bien pour la prise en charge en institution qu'à domicile.

Cependant, ces tentatives n'ont pour le moment pas abouti à une prise en charge optimale et on constate des effets défavorables sur les professionnels du maintien au domicile et sur les personnes âgées. Pourtant, leur volonté est de rester le plus longtemps possible à leur domicile plutôt que d'entrer en institution.

Le domicile, sphère privée, devient alors un lieu de consommation de soins et de services. Lieu de vie en contradiction avec le lieu où s'exerce des activités professionnelles comme celui des établissements de soins spécialisés types EPHAD qui disposent des moyens humains, technique et environnemental pour assurer une prise en charge des besoins vitaux et élémentaires des personnes âgées dépendantes.

Le modèle économique actuel de la prise en charge au domicile qui fractionne le soin et rationalise l'offre de soins et de santé entraîne des conséquences néfastes pour les bénéficiaires/patients et pour les intervenants du domicile.

Le temps au travail, le temps du travail et le temps dans le travail ne semble pas pouvoir être concilier sans engendrer d'atteintes sur la santé.



Les mécanismes d'usures physique et psychique sont les conséquences des tentatives quotidiennes des professionnels pour gérer le *care* et de l'industrialisation du *care*.

Ces éléments suscitent des questions : Quelle place pour le temps du soin ? le temps du relationnel avec les personnes âgées ? quelle vision du soin ? Quel est le juste coût de la temporalité des soins ? comment préserver la santé des professionnels de l'intervention au domicile ?

Des évolutions sont nécessaires pour construire un modèle de prise en charge moins complexe et dissocié garantissant la qualité des soins pour les personnes âgées et des conditions de travail favorable pour les intervenants du domicile permettant de préserver leur santé.

## BIBLIOGRAPHIE

---

Anne-Marie Daune-Richard et *al.*, « L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? Une comparaison France-Suède », *Revue française des affaires sociales* 2012/2 p. 148-168

Antoine Bonnemain, *Conflit éthique et conflits des temporalités : une approche ergonomique de la maltraitance en EHPAD*. Autre. 2010

Antoine Bozio et *al.*, « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *Notes du conseil d'analyse économique* 2016/8 (n°35), p. 1-12

Catherine Teiger et *al.*, « 9. Les activités de soins à domicile : soigner et prendre soin », in Marianne Cerf et *al.*, *Situations de service : travailler dans l'interaction*, Presses Universitaires de France « Le travail humain », 2005, p179-204

CNSA, (2018). La compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées. Repéré à <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/la-compensation-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>

Cour des Comptes, « Le maintien au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », Juillet 2016

Direction générale de l'action sociale (2009). *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*. Repéré à <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

Elian Djaoui, « Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime », *Dialogue* 2011/2 (n° 192), p. 7-18.

Gonon, O., Barthe, B & Gindro, G. (2009). Organisation du travail à l'hôpital : comprendre l'articulation des temporalités pour agir sur la transformation des situations de travail. *44<sup>ème</sup> Congrès de la SELF – Ergonomie et Organisation du travail*, pp. 183-190 (Toulouse, 22-24 septembre)

INRS, « Retentissement sur la santé des conditions de travail des intervenants dans une entreprise d'aide à domicile », *REFERENCE EN SANTE AU TRAVAIL* n°144, décembre 2015

INSEE, « Projection de la population à l'horizon 2060 », collection *INSEE Première*, n° 1320, Octobre 2010

Laurent Gratioux, « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées », *Vie sociale* 2016/3 (n°15), p. 187-200

Sophie Lautie et coll., « Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement. Regards croisés des acteurs du secteur », *Cahier de recherche*, n°286, CREDOC, décembre 2011. Repéré à <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=C286>

# ANNEXES

---

Annexe n°1 : Questionnaire EVREST 2018

Annexe n°2 : Questionnaire complémentaire EVREST

Annexe n°3 : Fiche de poste Aide-Soignant

Annexe n°4 : Protocole de Soins

Annexe n°5 : Fiche de traçabilité

Annexe n°6 : Feuille de suivi de thérapeutique

Annexe n°7 : Fiche de poste Auxiliaire de vie



# EVREST 2018

Nom naiss  Prénom  Sexe M/F  Date naiss   
 Dép. naissance  Salarié  Contrat : CDI ou assimilé  Autre  PCS-ESE   
 Entreprise  NAF2008  Nb salariés   
 Etablissement de type : Privé  Public  Suivi individuel renforcé : oui  non   
 Atelier (facultatif)  Champ libre (facultatif)

## Conditions de travail

En remplissant ce questionnaire, je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la note d'information sur le dispositif Evrest.

1. Depuis 1 an, avez-vous changé de travail ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 Si oui, était-ce pour raison médicale ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

2. Travaillez-vous à temps plein ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 Avez-vous régulièrement :  
 - Des coupures de plus de 2 heures Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 - Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 - Des horaires irréguliers ou alternés Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 - Du travail de nuit (entre 0h et 5h) Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

### 4. Contrainte de temps :

a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de :  
 - Dépasser vos horaires normaux Jamais<sub>0</sub>  Rarement<sub>1</sub>  Assez souvent<sub>2</sub>  Très souvent<sub>3</sub>   
 - Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause      
 - Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

### b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite, ...)

Pas difficile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très difficile (Entourer un chiffre)

c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?  
 Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité :  
 - perturbe votre travail Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 - est un aspect positif de votre travail Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

### 5. Appréciations sur votre travail :

	Non pas du tout <sub>0</sub>	Plutôt Non <sub>1</sub>	Plutôt oui <sub>2</sub>	Oui tout à fait <sub>3</sub>
- Votre travail vous permet d'apprendre des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre travail est varié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous devez faire des choses que vous désapprouvez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. Charge physique du poste de travail : votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

	Non jamais <sub>0</sub>	Oui parfois <sub>1</sub>	Oui souvent <sub>2</sub>	Si oui, est-ce difficile ou pénible ?		
Postures contraignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>

**7. Etes-vous exposé à :**

Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>	
Produits chimiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gêne sonore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Risque infectieux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Vibrations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Formation**

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?

Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

Si oui, était-ce : en rapport avec votre travail actuel  
 en rapport avec un futur poste  
 une formation d'intérêt général

Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ?

Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

**Mode de vie**

1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive : Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

2. Consommation usuelle :

**Tabac** (nbre de cig/jour) Non fumeur<sub>0</sub>  Ancien fumeur<sub>1</sub>  Moins de 5 cig<sub>2</sub>  5 à 15 cig<sub>3</sub>  > 15 cig<sub>4</sub>   
**Café** (nbre de tasses/jour) Pas de café<sub>0</sub>  1 à 4 tasses<sub>1</sub>  Plus de 4 tasses<sub>2</sub>

3. Avez-vous des trajets domicile/travail longs ou pénibles ?

Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

**État de santé actuel = les 7 derniers jours (à remplir par le médecin ou l'infirmier(e))**

Questionnaire renseigné par : le médecin<sub>1</sub>  l'infirmier(e)<sub>2</sub>  Nom IdEST .....

Dernier entretien santé-travail (hors reprise, à la demande, ...) il y a :  ≤1 an  2 ans  3 ans  4 ans  5 ans ou +  jamais

Poids : \_\_\_ kg Taille : \_\_\_ cm

		Plaintes ou signes cliniques au cours des 7 derniers j	Est-ce une gêne dans le travail ?	Traitement ou autre soin	(Colonne libre, facultatif)
<b>Cardio respiratoire</b>					
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil respiratoire	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil cardio-vasculaire	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- HTA	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
<b>Neuro-psychique</b>					
RAS <input type="checkbox"/>	- fatigue, lassitude	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- anxiété, nervosité, irritabilité	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- troubles du sommeil	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Digestif</b>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
<b>Ostéo-articulaire</b>					
RAS <input type="checkbox"/>	- épaule	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- coude	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- poignet / main	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- membres inférieurs	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres cervicales	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres dorso-lombaires	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Dermatologie</b>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Troubles de l'audition</b>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _

Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest (facultatif)

Pour utiliser ces champs libres :

- poser les questions que vous avez établies impérativement APRES avoir rempli, avec le salarié, le questionnaire Evrest dans son intégralité (poser les questions au début ou au milieu du questionnaire est susceptible d'en modifier les réponses
- prévoir dès le départ le codage que vous allez utiliser (et le noter soigneusement), personne ne pourra vous dire à quoi correspondront les données saisies dans cette partie du questionnaire

(Q1) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q2) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q3) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q4) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q5) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q6) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q7) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q8) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q9) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q10) .....  
..... | \_ | \_ |

## Questionnaire complémentaire EVREST

- **Avez-vous déjà eu un accident de travail ?**

2  oui, pour lombalgies

1  oui, pour une autre cause

0  non

- **Si oui,**

0  Sans arrêt

1  Avec arrêt

11  de moins d'une semaine

12  compris entre 1 semaine et 1 mois

13  supérieur à 1 mois

- **Dans quelles circonstances ?**

---

---

---

---

---

---

- **Disposez-vous d'aides à la manutention au domicile du patient ?**

1  oui

0  non

- **Si non, pourquoi ?**

---

---

---

---

---

---

- **Si oui, les utilisez-vous systématiquement ?**

1  oui

0  non

- **Si non, pourquoi ?**

1  manque de place

2  manque de temps

3  manque de formation

4  autre :

---

---

- **Pensez-vous adopter les bonnes postures lors de vos mouvements au quotidien ?**

1  oui

0  non

- **Si oui, lesquelles ?**

1  je m'accroupis pour ramasser un objet au sol

2  je plie les genoux et garde le dos droit pour soulever des charges

3  je maintiens la charge que je dois porter au plus près du corps

4  pour monter en voiture, je m'assieds perpendiculairement au siège puis fais pivoter simultanément mes jambes pour me retrouver face au volant

5  pour descendre de voiture, je fais d'abord pivoter mes jambes à l'extérieur puis me redresse pour sortir en maintenant le dos droit

6  je m'installe dos droit lorsque je m'assois

7  j'adapte mes plans de travail à bonne hauteur

8  pour saisir un objet se trouvant sur le côté ou derrière moi, je me tourne pour éviter la torsion du dos

- **Que faites-vous pour préserver la santé de votre dos ?**

1  activité physique

2  kinésithérapie

3  ostéopathie

4  auto rééducation (exercices d'étirement, assouplissement, musculation)

5  utilisation d'une application pour Smartphone (Activ'dos, mon coach dos, autre)

6  autre :

7  rien de cela



# **Association Soins Santé**

## **FICHE DE POSTE AIDE SOIGNANT**

### **DESCRIPTION**

Sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice, l'aide soignant effectue des soins d'hygiène et veille au confort physique et moral des malades, il est un des accompagnants au maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées ;

L'AS aide les patients à effectuer leur toilette et à s'habiller, il accompagne aux déplacements et à l'installation des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie et le cas échéant à distribuer le petit déjeuner ou une collation. Il change également la literie pour le confort du patient.

### **COMPETENCES MOBILISEES**

- Observation de l'état, reconnaître le changement,
- Evaluation des besoins avec l'infirmière coordinatrice,
- Etablir une relation de confiance avec le patient et sa famille, ne pas être familière, pas de tutoiement et ne pas appeler les patients par leur prénom; il convient de garder une certaine distance, et ne pas dépasser les limites de sa fonction.
- Maintenir l'autonomie de la personne âgée à domicile,
- Etre à l'écoute, attentive aux besoins,
- Collaboration avec les autres intervenants à domicile,
- Soins d'hygiène et de confort, (incluant rasage, pédiluve, shampoing..)
- Soins de bouche, soins d'incontinence,
- Prévention d'escarres,
- Surveillance de l'hydratation,
- Surveillance des urines, selles, poids
- En lien avec l'infirmière car sous sa responsabilité, aide à la prise des médicaments, patch, pose de bas à varice et contention, instillation de collyre.
- Installation avec mise à disposition des objets indispensables : verre, eau, téléalarme...
- Aide et soutien psychologique aux patients et à l'entourage,
- Observation et recueil de données relatives à l'état de la personne,
- Transmission écrite et orale des informations pour assurer la continuité des soins, Utilisation des protocoles du service, dossier de soins ,
- Respect des règles d'hygiène, du secret professionnel,

-Utilisation des lèves malades, verticalisateurs, fauteuils roulants... d'une façon générale du matériel mis à disposition et établi à la prise en charge,

-Utilisation des moyens de protection : SHA, gants, blouses, sur blouses.

-Participe à l'encadrement des stagiaires en formation et explique le fonctionnement du service aux nouvelles recrues,

-Participe aux transmissions journalières et en informe l'infirmière coordinatrice .

-Consulte le tableau Velléda à chaque passage.

Horaires de service propres à Templeuve, Bachy ou Phalempin et précisés au salarié à son embauche en CDI ou CDD,

Le week end, il est demandé aux aides soignants de venir écouter les répondeurs .

Départ en tournée après transmission le matin au plus tard 8h , retour de tournée 12h ; veiller à ne pas dépasser les délais.

Organisation du planning propre à chaque service et expliquée à l'arrivée d'un nouveau salarié,

Fait à ..... en 2 exemplaires

Le .....

Un exemplaire est remis au salarié, l'autre est dans son dossier personnel à l'Association

Signature

Le Salarié

Le Président

## Protocole de soins

date

Nom :

### Toilette

Ne participe pas

Au lit

au lavabo

bain

douche

Fréquence : .....

### Participe

visage

torse

mains

bas

se rase seul oui

non

rasoir mécanique

rasoir électrique

fréquence.....

### Dents

se brosse les dents seul

Oui

non

prothèse dentaire

haut

Bas

entretien.....

### Pédiluve

L

M

M

J

V

### Shampooing

au lit

au lavabo

fréquence .....

### Soins locaux

### Habillage

Seul

avec aide

Haut

seul

avec aide

moyen

seul

avec aide

bas

Habitudes de vie .....

### Contention veineuse

oui

non

type .....

posé par .....

Elimination

Incontinence urinaire	<u>jour</u>	<u>nu</u>
Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sonde vésicale <input type="checkbox"/>
		Pénilex <input type="checkbox"/>

Mobilisation

<u>Se lève</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Se couche</u>	<input type="checkbox"/>
Seul	<input type="checkbox"/>	Seul	<input type="checkbox"/>
Avec une personne	<input type="checkbox"/>	avec une personne	<input type="checkbox"/>
Avec une aide partielle	<input type="checkbox"/>	avec une aide partielle	<input type="checkbox"/>
Avec une aide totale	<input type="checkbox"/>	avec une aide totale	<input type="checkbox"/>
<u>Marche</u>		<u>Promenades sorties</u>	
Seul	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avec une personne	<input type="checkbox"/>		
Avec une aide partielle	<input type="checkbox"/>		
Avec une aide totale	<input type="checkbox"/>		
Ne marche pas	<input type="checkbox"/>		

Aides mises en place .....

Nutrition et hydratation

<u>Mange seul</u>	<input type="checkbox"/>	seul avec installation <input type="checkbox"/>
Avec aide et ou surveillance	<input type="checkbox"/>	avec une aide totale <input type="checkbox"/>
<u>Boit seul</u>	<input type="checkbox"/>	avec aide totale <input type="checkbox"/>

Change de linge de lit

Aide à domicile ou famille	<input type="checkbox"/>	SSIAD <input type="checkbox"/>	fréquence.....
----------------------------	--------------------------	--------------------------------	----------------

Repos sommeil

Normal	<input type="checkbox"/>	difficile	<input type="checkbox"/>	avec somnifère	<input type="checkbox"/>	Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	somnolence	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	------------	--------------------------







# FICHE DE POSTE

## Intitulé du poste : auxiliaire de vie SERVICE PRESTATAIRE

### DESCRIPTION DU POSTE

<b>DÉFINITION</b> <i>description des missions du poste et ses finalités</i>	Cet emploi s'exerce auprès de familles, de personnes dites « fragilisées » ou « sensibles » comme les personnes malades, handicapées, âgées, soit ponctuellement, soit régulièrement. L'aide à domicile effectue les différents services attendus par les personnes auprès desquelles l'auxiliaire de vie intervient pour concourir à leur maintien à domicile et leur faciliter la vie quotidienne. Ces services peuvent être de diverses natures : <ul style="list-style-type: none"><li>- Réalisation de leurs tâches domestiques (entretien du logement, du linge, courses, préparation des repas)</li><li>- Assistance pour les actes qui les concernent personnellement (leur hygiène corporelle, leur alimentation, leurs déplacements)</li></ul>
<b>CONTRAINTES</b>	Cet emploi comporte certaines contraintes : modification régulière des plannings, travailler les week-ends, astreintes..

<b>ACTIVITÉ ET TÂCHES</b> <i>Ensemble des opérations réalisés pour mener à bien les missions.</i> <i>Description des activités matérielles effectuées par le tenant du poste</i>	<b>AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aide à la toilette et aux changes, à l'habillage et déshabillage</li><li>- Aide aux déplacements et à la mobilisation, notamment lors du lever et du coucher</li><li>- Aide à la prise des repas</li><li>- Aide à la réalisation des courses ou démarche administratives</li></ul> <b>TÂCHES DOMESTIQUES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Entretien du logement dans les pièces principales (Salle à manger; cuisine; chambre; salle de bain) les poussières ; lavage des sols</li><li>- Entretien du linge : lavage, repassage, rangements</li><li>- Préparation des repas (vérification date/stock gâteaux)</li></ul>
--	---

<b>COMPÉTENCES</b> <i>savoir, savoir-faire et savoir être nécessaire à la réalisations des différentes activités</i>	<b>COMPÉTENCES TECHNIQUES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mettre en œuvre les techniques et gestes professionnels appropriés dans l'aide à la toilette et à l'habillage, aux déplacements, à l'alimentation, en fonction du bénéficiaire et de sa difficulté</li><li>- Mettre en œuvre les techniques et gestes professionnels appropriés dans l'entretien du logement, du linge, la préparation des repas et des courses</li><li>- Connaître les principales pathologies du vieillissement et leurs symptômes</li><li>- Connaître les règles de base en matière de diététique et de régime alimentaire en lien avec les différentes pathologies chroniques</li></ul> <b>COMPETENCES TRANSVERSES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Savoir organiser son temps d'intervention, et adapter son activité en fonction de la personne, de ses habitudes, de ses attentes.</li><li>- Etre attentif à assurer systématiquement la sécurité de la personne prise en charge</li><li>- Etre capable de rendre compte de son intervention</li></ul> <b>COMPETENCES RELATIONELLES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Etre capable d'intervenir dans le respect de la personne, de son intégrité et de son intimité</li><li>- Etre capable de créer une relation de confiance, pour contribuer à l'autonomie physique, sociale et intellectuelle de la personne</li><li>- Savoir faire face aux situations d'urgence et gérer les situations de conflits ou de tensions</li></ul>
---	---



**MOYENS MIS À DISPOSITION***Matériau, outils, ressources, fournitures de cadrage etc*

- Matériel et produits d'entretien disponibles au domicile de la personne
- Matériel médicalisé éventuellement présent au domicile de la personne
- Articulation éventuelle avec le service de portage de repas à domicile à construire
- Cahier de liaison permettant de retracer le contenu et les difficultés éventuelles rencontrées lors des interventions

**APPUI À LA MISE EN ŒUVRE***Organisation permettant l'exercice des missions***POSITIONNEMENT HIÉRARCHIQUE**

Responsable du service Mandataire et Prestataire Mme UYTTERHAEGEN Virginie

Tél : 03/20/79/22/38

**RELATIONS FONCTIONNELLES**

L'aide à domicile peut être amené à intervenir en complémentarité avec d'autres professionnels, appartenant à la même structure employeuse ou extérieurs à celle-ci.

**NIVEAU D'INTÉGRATION DANS UNE ÉQUIPE**

L'aide à domicile travaille en général seule au domicile des personnes.

**AUTONOMIE***Degré d'autonomie de la personne. Identification du référent pour le rendu compte et ou de l'évolution de la production*

L'aide à domicile assure ses fonctions de façon autonome, et doit s'adapter à des contextes familiaux différents. Il (elle) adopte une posture professionnelle, met en place des relations interpersonnelles de qualité avec les bénéficiaires des services, et mobilise des techniques précises.

Il (elle) organise son travail en étant vigilant aux règles de prévention et de sécurité. Il (elle) doit être capable de tracer par écrit son intervention, afin de s'articuler avec les autres professionnels assurant une prise en charge à domicile.

**RESPONSABILITÉ***Niveau de responsabilité accordé dans le cadre de l'exercice des activités, et plus globalement par rapport aux finalités des missions*

Comme il (elle) intervient seule, l'aide à domicile doit faire preuve d'une vigilance permanente pour apprécier les situations, détecter d'éventuels risques potentiels, et les signaler dans les plus brefs délais à l'interlocuteur. Il (elle) doit être capable de faire face rapidement et de façon pertinente à des situations d'urgence (accidents, problèmes de santé soudains, etc...), en sollicitant le bon relais.

L'aide à domicile rend compte de son activité aux personnes et à leurs familles, et remonte toutes les informations nécessaires à sa hiérarchie ou aux relais appropriés.

**TEMPS DE TRAVAIL****TERRITOIRE D'EXERCICE****L'activité s'exerce au domicile des particuliers****DESTINATAIRE FINAL DU SERVICE**

- Les familles
- Les personnes âgées

À Templeuve, le 20 Janvier 2017

**SIGNATURES**

La salarié,

L'employeur, Jean-Claude SAGOT

## Impact des modes de financement du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes sur l'activité des intervenants du domicile

Ce travail de mémoire de fin de deuxième année de Master Ingénierie de la Santé parcours Ergonomie Santé Développement traite des intervenants du domicile en faveur du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes. Se basant sur une intervention ergonomique au sein d'une Association de Service à la Personne, la thématique choisie aborde un point de vue différent des conditions de travail des intervenants du domicile et sort des débats classiques sur les contraintes physiques et psychologiques de ces métiers.

Il a été ici développer les liens entre le modèle économique du maintien au domicile des personnes âgées dépendantes et la temporalité des activités qui en découlent.

Mots clés : Service à la personne, Intervenants du domicile, Maintien des personnes âgées dépendantes, financement, temporalité, conditions de travail

---

This memory work at the end of the second year of the Master of Health Engineering course Ergonomics Health Development deals with home care workers in favor of keeping dependent elderly people at home. Based on an ergonomic intervention within a service association to the person, the chosen theme addresses a different point of view of the working conditions of homeworkers and leaves the traditional debates on the physical and psychological constraints of these trades.

It has been here to develop the links between the economic model of home care for dependent elderly people and the temporality of the activities that result from it.

Keys words : Personal services, Home care worker, Keeping dependent elderly people, funding, temporality, working conditions