

eurogip

Rapport d'enquête



Juillet 2010

Réf. Eurogip - 53/F



Santé et sécurité au travail dans le secteur des services à domicile en Europe

Sommaire

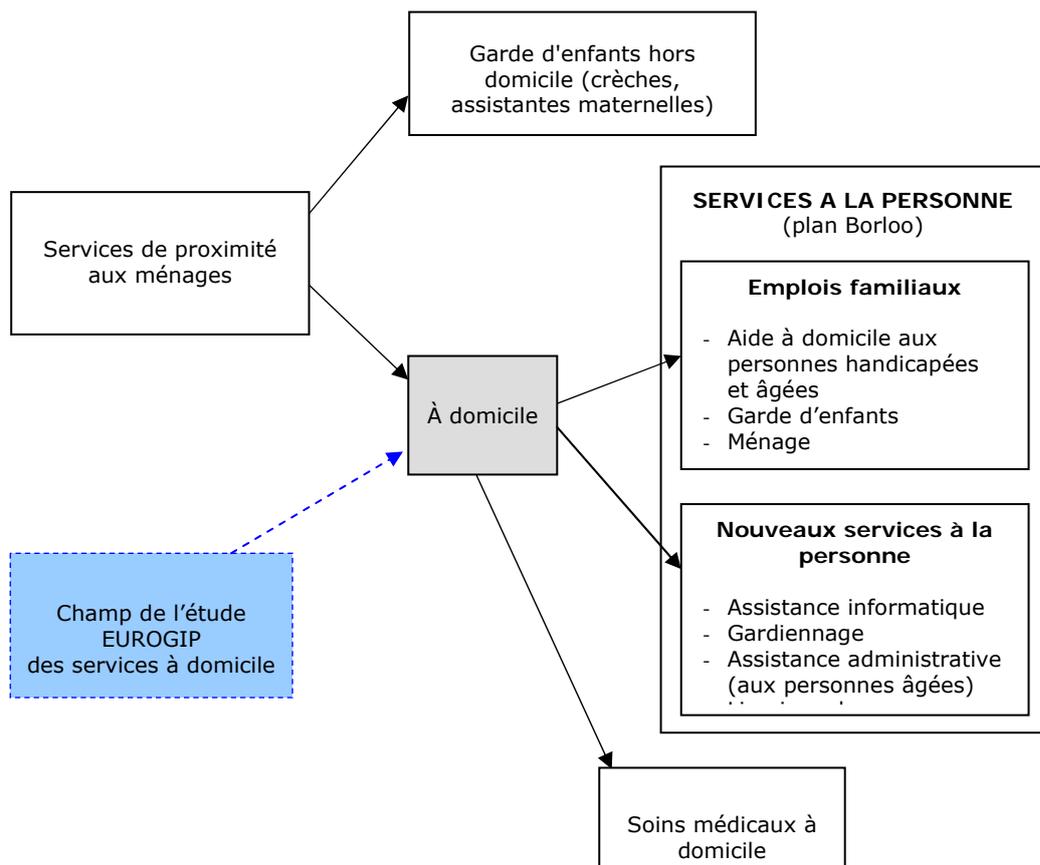
Préambule	2
Liste des tableaux et graphiques	3
Introduction	4
1. UN SECTEUR D'ACTIVITÉ ÉMERGENT	5
1.1 Les évolutions démographiques et sociologiques	5
1.2 Les perspectives d'emploi d'ici à 2020	7
1.3 Le poids économique actuel du secteur	11
2. DES CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES	13
2.1 Les métiers des services à domicile	13
2.2 Une population active aux caractéristiques précises	14
2.3 Les risques professionnels identifiés	16
2.4 Une forte sinistralité	17
3. UNE PRÉVENTION ADAPTÉE	21
3.1 Un secteur atypique	21
3.2 L'approche thématique de la prévention	25
3.3 L'approche intégrée de la prévention	35
Conclusion	42
Annexes	
Annexe 1 : Données OCDE – Eurostat	44
Tableau 1 : Proportion de personnes âgées dans la population, 1960-2040	44
Tableau 2 : Proportion de personnes très âgées (80 ans et plus) parmi les personnes âgées, 1960-2040	45
Tableau 3 : Espérance de vie à 65 ans et à 80 ans, 1960-2000	46
Tableau 4 : Personnes âgées - ratio de dépendance	47
Tableau 5 : Population âgée de plus de 65 ans	48
Tableau 6 : Population âgée de plus de 80 ans	49
Tableau 7 : Évolution de l'emploi par secteur d'ici à 2015 dans l'UE 25+	50
Annexe 2 : Évaluation quantitative du secteur	51
Annexe 3 : Champ des services à domicile	53
Annexe 4 : "Les risques du métier" identifiés par le ministère français du Travail	55
Annexe 5 : Évaluation des risques dans l'aide à domicile	57
Annexe 6 : Étude danoise sur l'environnement de travail	68
Annexe 7 : Sinistralité dans le secteur de l'aide et du soin à domicile en France	70
Annexe 8 : Bibliographie et liens web	73

Préambule

A la demande de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et de la Direction des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS-DRP), EUROGIP a enquêté sur les risques professionnels dans le secteur de l'aide à domicile en Europe. Cependant, il apparaît que les informations recueillies ne permettent pas de faire clairement la part des choses entre les soins à domicile et l'aide à domicile (services à la personne du plan Borloo). Cela dit, la caractéristique commune de ces professions, dispensant à domicile du soin ou de l'aide, est l'aspect itinérant et isolé de la pratique de l'activité. Compte tenu de cette imbrication entre soin et aide, la recherche a considéré ces deux aspects. Néanmoins, les données rassemblées, reflétant la réalité du terrain, font que l'axe majeur du document sera l'aide à domicile pour les personnes âgées.

Par convention, afin de faciliter la lecture du document, la personne aidée pouvant bénéficier d'un service payant ou gratuit, de soin ou d'aide à domicile, sera systématiquement désignée comme le bénéficiaire d'un service prodigué par une tierce personne, hors du cadre familial, qui sera désignée selon sa fonction.

Le document n'aborde pas les soins en établissement. De même, les modalités de financement des services d'aide à domicile ne sont pas traitées.



La définition des services à la personne selon le plan Borloo est donnée en annexe 3.

Liste des tableaux et graphiques

Eurostat – Statistics in focus – 72/2008 – Population exprimée en pourcentage	p. 6
Page de garde d'un guide de formation publié par la Région Emilie-Romagne : "Assistants familiales étrangères : droits, opportunités et devoirs"	p. 10
Tableau Avise, <i>Les services à la personne n° 1</i>	p. 14
CNAMTS-DRP – Sinistralité 2008 des structures d'aide et de soins à domicile (SASAD)	p. 17
Répartition par genre et origine nationale des accidents déclarés données 2002 et 2006 - Source : <i>Lavoro in ambiente domestico, telelavoro e lavoro a progetto: linee guida e buone prassi per la prevenzione dai rischi, anche in chiave comparata, alla luce della riforma del mercato del lavoro in Italia</i> , ADAPT	p. 18
DatiNAIL n°6 – août 2009 : répartition par genre et tranche d'âge des accidents déclarés 2007/2008	p. 19
Guide de concertation Déparis : Aide à domicile	p. 27
Extrait du Safety Manual for Homecare Workers – USA	p. 30
Guide d'évaluation des risques. Aide à la personne. CARSAT (ex CRAM) des Pays de la Loire	p. 31
Se soigner en protégeant votre dos – Luxembourg	p. 32
Prévention des maux de dos dans le secteur de l'aide à domicile – Belgique	p. 33 et 34
Page de garde d'un guide de formation publié par la Région Emilie-Romagne : "Conseils pour bien se déplacer avec la personne que vous assistez"	p. 38
France : exemple d'encart de sensibilisation aux risques professionnels à l'attention des employeurs et des salariés réalisé par la CNAMTS-DRP, l'INRS, l'ANSP et les fédérations professionnelles : Employeurs et salariés, "construisez ensemble vos solutions"	p. 39
France: encart de sensibilisation aux risques professionnels à l'attention des employés et des salariés réalisé par la CNAMTS-DRP, la CNSA et l'ANSP : "Soyons vigilants ensemble"	p. 43

Introduction

Dans la plupart des États membres de l'Union européenne, le secteur de l'aide à domicile est en croissance. Cette croissance s'explique par l'évolution démographique de la société ainsi que par ses attentes.

L'aide et les soins à domicile sont un besoin ancien auquel répondait une offre associative et bénévole essentiellement paroissiale. Les soins à domicile constituent une activité établie alors que l'aide à domicile se professionnalise. Que l'aide à domicile, plus encore que le soin, devienne un secteur d'activité salariée vu comme un gisement d'emplois constitue un fait nouveau.

Qui dit emploi salarié dit santé et sécurité au travail. Quelle est la situation du secteur de l'aide à domicile présenté comme peu attirant, atomisé et quels sont les risques professionnels qui existent dans le secteur ? Quelles sont les mesures de prévention à mettre en œuvre ?

Répondre à ces questions suppose d'examiner les raisons qui ont fait de cette activité auparavant bénévole un secteur économique émergent. Ce dernier possède des caractéristiques particulières à prendre en compte afin de définir une prévention des risques professionnels adaptée aux besoins de ce secteur.

1. Un secteur d'activité émergent

Cette première partie décrit les évolutions démographiques et sociologiques de la société européenne faisant des services à domicile un secteur d'activité émergent disposant de bonnes perspectives d'emplois d'ici à 2020.

1.1. Les évolutions démographiques et sociologiques

Les évolutions démographiques

Les études démographiques imposent deux constats. L'espérance de vie ne cesse de s'allonger et les personnes âgées constituent une proportion de plus en plus importante de la population.

Dans les pays de l'OCDE¹, la proportion de personnes de plus de 65 ans et de plus de 80 ans s'est accrue durant les dernières décennies. En 1960, près de 9 % de la population était âgée de plus de 65 ans, en 2000 la proportion était de 14 %. Cette tendance est appelée à se poursuivre. En 2040, la population âgée de 65 ans et plus devrait compter pour 26 % de la population totale de l'OCDE. Quant à la part des plus de 80 ans, elle devrait approcher 8 % (cf. tableau 1 de l'annexe 1). Ces personnes de plus de 80 ans constitueront 30 % de la population des plus de 65 ans en 2040 (cf. tableau 2 de l'annexe 1).

L'espérance de vie est en continuelle croissance. Ainsi, en **France**, l'espérance de vie qui était en 1960 de 12,5 années à 65 ans pour un homme passe à 16,7 années en 2000. En **Italie**, un homme de 80 ans avait une espérance de vie de 5,7 années en 1960, elle est de 7,3 années en 2000. Le phénomène est identique pour la population féminine (cf. tableau 3 de l'annexe 1).

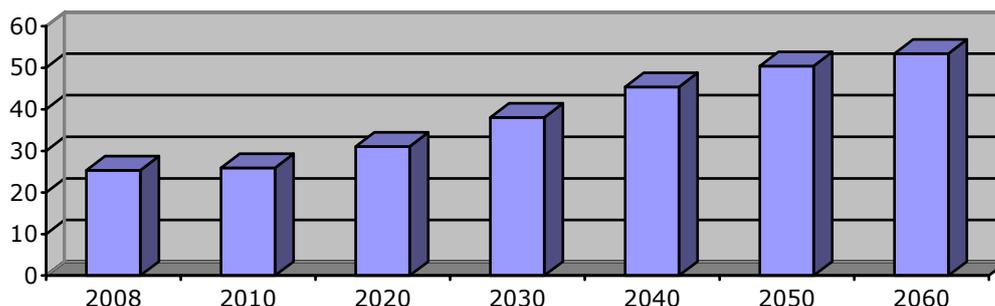
Les projections de l'OCDE sont confirmées par Eurostat (cf. tableaux 5 et 6 de l'annexe 1) qui les complète en examinant ses propres données démographiques sous l'angle de la dépendance.

La dépendance

Le vieillissement peut s'accompagner d'une perte d'autonomie nécessitant l'appel à une aide ou à des soins à domicile.

Eurostat calcule un ratio de dépendance qui rapporte la population de plus de 65 ans à la population active définie de manière conventionnelle comme allant de 15 à 64 ans. Selon Eurostat, la part de la population dépendante pourrait passer de 25,39 % en 2008 à 38 % en 2030 et à 53,47 % en 2060 (cf. tableau 4 de l'annexe 1). Le graphique ci-après illustre l'augmentation de ce ratio.

¹ The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OCDE – mars 2009



Source : Eurostat – Statistics in focus – 72/2008 – Population exprimée en pourcentage

À la dépendance due à l'âge, s'ajoute celle due au handicap et à la maladie. Par exemple, au-delà de 90 ans, de 40 à 50 % des personnes seraient atteintes de démence. Selon certaines estimations, 7,3 millions d'Européens² souffrent d'une forme de démence et ce chiffre pourrait doubler d'ici vingt ans, à mesure que croît l'espérance de vie. La maladie d'Alzheimer en est la cause dans 70 % des cas. Le Parlement européen³ a demandé à la Commission et aux États membres de reconnaître la maladie d'Alzheimer comme une priorité de santé publique européenne et d'élaborer un plan d'action. Il se base sur une estimation de 6,1 millions d'Européens⁴ atteints par la maladie et estime que ce chiffre doublera ou triplera d'ici à 2050. La Commission a adopté, le 22 juillet 2009, une communication relative à une initiative européenne portant sur cette maladie et d'autres formes de démence⁵.

Le vieillissement dans la santé et la dignité

Les membres de l'OCDE sont convenus en 1994 d'orienter leurs politiques générales vers le maintien à domicile des personnes âgées handicapées, chaque fois que cela est possible, plutôt que vers le placement en établissement. Cette option correspond d'ailleurs au désir des personnes âgées. Cet objectif a été baptisé "Vieillir chez soi".

Vieillir chez soi

En **Belgique**, l'Institut national d'assurance maladie (INAMI) a lancé un programme de stimulation des initiatives de terrain visant à renforcer l'autonomie de la personne âgée, à soutenir l'aidant proche, à (re)créer du lien social et à permettre d'éviter ou de retarder l'entrée en maison de repos.

http://www.inami.fgov.be/care/fr/residential-care/alternative_forms/index.htm

En **France**, la mission "Vivre chez soi" a été lancée en février 2010 par le gouvernement. Son objectif est de favoriser le plus longtemps possible l'autonomie des personnes à domicile, d'identifier les outils essentiels et d'apporter des mesures concrètes à l'aboutissement du "Vivre chez soi". La mission abordera les métiers indispensables à la mise en œuvre de ce concept. Le besoin croissant de ces métiers est constaté, tout comme le peu d'attrait qu'ils inspirent. Il devient urgent de valoriser les métiers et compétences du "Vivre chez soi", d'accompagner leur évolution et de structurer les filières de formation professionnelle.

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,95/nora-berra-lance-la-mission-vivre,11297.html>

² La France compte 860 000 malades souffrant de la maladie d'Alzheimer dont 60 % vivent à domicile.

³ Déclaration écrite n° 0080/2008 du Parlement européen

⁴ Cette estimation datant de 1991 (Enquête Eurodem) est considérée comme sous-évaluée.

⁵ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/documents/com2009_380_fr.pdf

Les évolutions sociologiques

Les facteurs tenant à l'évolution de la société entrent en ligne de compte.

L'organisation traditionnelle de la famille est modifiée. Ainsi, la féminisation croissante de la population active met à mal le schéma de la femme au foyer s'occupant des parents âgés ou des enfants. Cette forme d'organisation familiale, qui reste prédominante dans les pays de l'Europe du Sud, tend à perdre de son exclusivité. De son côté, le divorce, plus généralisé, rend le modèle de la famille monoparentale ou recomposée plus répandu. Cet éclatement de la cellule familiale va de pair avec une montée de la solitude, surtout chez les personnes âgées. Par ailleurs, l'allongement de la durée du travail au-delà de 40 ans oblige les salariés seniors à déléguer davantage à des tiers l'assistance et l'accompagnement de leurs propres parents.

A ces évolutions, s'ajoute le désir d'un meilleur équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle. Les familles dont les deux parents travaillent ou les familles monoparentales éprouvent le besoin - sinon le souhait - de confier certaines tâches, comme le ménage et l'entretien, le jardinage, le soutien scolaire ou la garde des enfants à la sortie de l'école, à des personnes extérieures à la famille.

En dernier lieu, à ces facteurs explicatifs s'adjoignent l'accroissement des revenus des retraités actuels⁶ et leurs meilleures conditions de logement, qui permettent aux personnes âgées de rester chez elles.

Progressivement, certaines tâches familiales sortent du cadre traditionnel de la famille et sont transférées au secteur marchand, formel ou informel. Cela laisse présager une demande de personnel qualifié augmentant proportionnellement au vieillissement et à la dépendance mais aussi aux évolutions de la société.

1.2. Les perspectives d'emploi d'ici à 2020

L'aide à domicile et la stratégie de Lisbonne

L'ambition de la stratégie de Lisbonne est de moderniser le système social européen, de développer l'emploi et de mener l'Union européenne vers une économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde d'ici à 2010. En 2005, une révision de la stratégie met l'accent sur le capital humain, les investissements en éducation et en formation afin de se concentrer sur la croissance économique et l'augmentation de l'emploi. Puis, pour répondre à la crise économique, la Commission européenne adopte, fin 2008, un ensemble de mesures facilitant la mise en œuvre du plan de relance économique européen et renforçant la stratégie de Lisbonne pour la croissance et l'emploi.

Une facette de la contribution française à cette stratégie⁷ consiste à instituer les mesures favorisant le plan de développement des services à la personne lancé en 2005. Ce plan inclut la création de l'Agence nationale des services à la personne dont la mission est de coordonner l'action publique et de contribuer à l'organisation et à la professionnalisation des activités de services à la personne.

Par ailleurs, l'Union européenne, tenant compte du vieillissement de la population et en cohérence avec les principes de cette stratégie, cherche à favoriser l'offre de services à domicile. Ainsi, le Conseil des ministres de l'Emploi et des Affaires sociales de l'UE a, dans un document accepté le 8 juin 2009⁸, encouragé *"les États membres à faciliter la fourniture de services de soins de qualité, notamment la fourniture d'une aide à domicile*

⁶ Les soins de longue durée pour les personnes âgées. Rapport OCDE. P. 12

⁷ Rapport de suivi 2007 du Programme national de réformes 2005-2008, octobre 2007, République française

⁸ <http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/09/st10/st10412.fr09.pdf>

pour les personnes âgées, en tenant compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes âgés, à valoriser davantage le travail des aidants professionnels, à aider les familles qui s'occupent de personnes âgées et à promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le partage des responsabilités en matière de fourniture de soins". Dans ce même texte, le Conseil des ministres poursuit sa démarche et "recommande aux États membres d'intégrer la question du vieillissement dans toutes les politiques pertinentes, afin de faire face au défi démographique, et de créer ainsi pour les femmes et les hommes âgés les conditions leur permettant d'être actifs et de vieillir dans la dignité, y compris les personnes désavantagées à plus d'un titre".

Des compétences nouvelles pour des emplois nouveaux d'ici à 2020

La santé et les soins de longue durée sont des secteurs créateurs d'emplois. Entre 1996 et 2006 environ 4,5 millions d'emplois y ont été créés dans l'UE-15. La création d'emplois est plus forte pour les soins de longue durée que dans le secteur de la santé. En effet, au niveau de l'UE-27, de 2000 à 2007, près de 3,3 millions d'emplois ont été créés dans le secteur des soins de longue durée. Conjointement, les secteurs de la santé et des soins de longue durée représentent un total de 20,6 millions de salariés dans l'UE-27.

Globalement, pour l'avenir, les résultats de l'étude "Skillsnet" ⁹ du Centre européen pour le développement de la formation professionnelle (Cedefop) montrent que dans l'UE-25⁺ de 2006 à 2020, près de 20 millions d'emplois seraient créés. Les trois quarts le seraient dans le secteur des services. Ces créations seraient plus nombreuses pour les emplois qualifiés exigeant un niveau d'instruction moyen ou élevé d'une part plus importante de la population active. Cela n'empêcherait pas des emplois peu qualifiés d'être créés, de l'ordre de 5 millions, notamment dans le domaine de l'aide à domicile, ainsi que dans certaines catégories professionnelles comme celles des agents de sécurité, des caissiers, des agents d'entretien, etc.

Plus précisément au niveau catégoriel, toujours selon le Cedefop, l'emploi total du secteur de la santé et des services sociaux passerait de plus de 17 millions de salariés à plus de 22 millions dans l'UE-25⁺ de 1996 à 2015 (cf. tableau 7 de l'annexe 1,). D'ici à 2020, les perspectives de création d'emplois y seraient particulièrement bonnes. Pour la France, les conclusions de la commission Attali pour la libération de la croissance vont dans le même sens pour le secteur des services sociaux. Le secteur est présenté comme un gisement d'emplois. Selon les termes de Jacques Attali¹⁰, les services à la personne constituent un "secteur porteur de demain". Pour les services à la personne, 900 000 postes seraient à pourvoir d'ici à 2015 en France notamment en aide et soins à domicile (infirmiers et aides-soignants).

Vers une pénurie de main-d'œuvre

Cependant, si le Cedefop prévoit 20 millions de créations nettes d'emplois, un déficit de 12 millions de salariés apparaîtra en parallèle. Il résulterait d'une évolution des offres de travail et du manque de personnels qualifiés pour répondre à ces offres. L'OCDE confirme ce manque de personnel à venir. Cette pénurie se ferait fortement sentir dans le secteur de la santé et dans le secteur social et donc de l'aide à domicile.

La pénurie attendue de personnel et l'insuffisance constatée des qualifications font partie des préoccupations premières des responsables des politiques de soins de longue durée des pays de l'OCDE. A leurs yeux, de meilleures conditions de travail et de meilleures rémunérations peuvent y remédier.

⁹ Voir *Skill needs in Europe. Focus on 2020*

¹⁰ http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/communiqués_de_presse/20080123_ATTALI.pdf

L'aide à la personne et la sphère familiale

L'aide à domicile est encore en grande partie du ressort de la sphère familiale. Le nombre de personnes s'occupant, dans le cadre familial, de personnes dépendantes illustre la pénurie de services et de personnels et met ainsi en exergue les besoins existants.

Au **Royaume-Uni**, les membres de la famille s'occupant d'un proche à domicile sont plus de 3 millions, soit 1,4 million d'hommes et 1,7 million de femmes. Parmi eux, 38 % prennent soin de leurs parents et 18 % d'un conjoint. Ce groupe n'est pas statique car environ 2,3 millions de personnes en situation d'aidant familial entrent et sortent de cette situation chaque année. Dans 70 % des cas, les bénéficiaires sont des personnes de plus de 65 ans. Il est estimé, que durant leur vie professionnelle, 3 Britanniques sur 5 se trouveront dans la situation d'aidant familial. En **Italie**, dans 68 % des cas, ces personnes s'occupent de leurs parents. Ce sont à 70 % des femmes qui détiennent en majorité des emplois temporaires dans le secteur des services caractérisé par sa plus grande flexibilité. Les femmes actives ont de sérieuses difficultés à combiner leur travail avec l'aide familiale. De ce fait, plus de 50 % ont réduit leur temps de travail. En **France**, une législation récente (mars 2010) a établi une allocation journalière, d'une durée maximale de trois semaines, destinée à l'accompagnement d'une personne en fin de vie en cas de réduction de l'activité professionnelle de l'accompagnant.

Une situation qui impacte les parcours professionnels

Au **Royaume-Uni**, une enquête de l'Equal Opportunities Commission montre que 1 aidant familial sur 5 a dû quitter son emploi pour prendre soin d'un membre de sa famille en raison du manque de structures de soins ou d'accueil ou de flexibilité dans l'emploi,

En **Italie**, 17 % des femmes inactives en âge de travailler et 13 % des retraitées estiment que leur obligation de prendre soin d'un membre de leur famille a eu un impact négatif sur leur vie professionnelle.

Aide à domicile et travail illégal

L'emploi non déclaré dans le secteur de l'aide à domicile¹¹ est fréquent. Dans certains pays de l'Union, 90 % de ces emplois seraient non déclarés¹². Une évaluation de la Commission européenne chiffre, pour la France, à 200 000 le nombre d'emplois non déclarés pour les seuls services d'entretien du domicile des particuliers.

L'offre informelle est considérée comme antinomique tant envers la qualité attendue du service que pour les bonnes conditions de travail du travailleur. Les besoins grandissants du secteur et le manque croissant de main-d'œuvre conjugués au fait que ces emplois sont en partie "au noir" poussent les autorités gouvernementales à voir dans ce secteur en croissance un outil d'intégration et de régularisation.

En **Italie**, le quotidien *Il Sole 24 Ore* rapporte (édition du 23 mai 2009) que 57 % des aides ménagères sont sans contrat de travail. Une grande proportion de ces personnes est inconnue de la sécurité sociale et, parmi elles, un grand nombre est d'origine étrangère.

L'association Acli Colf donne quelques chiffres. Environ 600 000 aides à domicile ont été dénombrés. Ils/elles sont à 77,7 % d'origine étrangère et pour 87 % ce sont des femmes. Plus de la moitié des aides ménagères étrangères -57 %- admettent travailler sans contrat.

Au niveau local et régional, de nombreuses initiatives visant à intégrer les travailleurs clandestins et à mieux réglementer le travail d'aide à domicile sont en place. Par exemple : le projet "ELSA, politiques de responsabilisation des aides à domicile

¹¹ L'étude de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail de Dublin, "Tackling undeclared work in the European Union" rapporte qu'en 2007, 19 % de l'emploi non déclaré concernait le secteur des services à domicile essentiellement pour des raisons de coût.

¹² Who cares, p.10

étrangères", des communes de Forlì, Cesena et Svignano sul Rubicone ; ou bien le projet "Madreperla" de Modène. D'autres actions visent à l'accompagnement au travail de soin avec la supervision périodique du travail, la liaison de l'aide à domicile avec les réseaux d'aides professionnels, la médiation en cas de conflits, l'aide aux démarches administratives, etc. Des cours de formation professionnelle sont également proposés. Enfin, au niveau national, à l'automne 2009, une régularisation des sans-papiers ayant un emploi d'aide à la personne (badanti) ou d'aide-ménagère (colf) devant porter sur 300 000 personnes a été engagée. La régularisation concerne également les travailleurs nationaux non déclarés.

En **Belgique**, la mise en place du système de "titre service" répond au double souci de création d'emploi et de lutte contre le travail clandestin.

L'outil fiscal sous la forme d'une réduction d'impôt est fréquemment utilisé par les États pour favoriser la création d'emplois déclarés dans ce secteur. Certains fournisseurs de services¹³ mettent d'ailleurs en garde leurs clients contre le recours à des travailleurs non déclarés.

Par ailleurs, tant en **Italie** qu'aux **USA** et en **Australie**, des guides de prévention spécifiques à l'aide à domicile sont disponibles en plusieurs langues autres que la langue du pays afin de faciliter l'intégration des travailleurs étrangers - légaux ou non.



¹³ <http://stop-travail-au-noir.fr/>

1.3. Le poids économique actuel du secteur

L'évaluation quantitative du secteur n'est pas aisée, compte tenu de l'importance du travail informel. Les données présentées dans l'annexe 2 proviennent de diverses sources mais elles portent sur des réalités différentes et ne sont pas exhaustives. En revanche, les informations qui suivent se concentrent sur l'aide à domicile.

Belgique

A la fin de l'année 2008, le pays comptait environ 770 000 particuliers bénéficiaires et 2 130 entreprises agréées dans lesquelles 76 233 personnes étaient sous contrat, soit une croissance de 23 % par rapport à la fin 2007. Seuls 10 % de ces salariés étaient employés à temps plein. Durant l'année 2008, 103 437 travailleurs ont été actifs.

France

Pour l'année 2009, selon les données de l'Agence nationale pour les services à la personne (ANSP) qui a notamment un rôle d'observatoire statistique, le secteur a fait 16 milliards d'euros de chiffre d'affaires. Les particuliers employeurs sont plus de 3 millions et 22 000 organismes sont agréés pour offrir des services à la personne. Le secteur emploie 1,974 million de salariés (soit 859 000 personnes en équivalents temps plein - ETP) répartis comme suit : 1,387 million (388 000 ETP) chez les particuliers employeurs, 309 000 (162 000 ETP) gardes d'enfants à domicile et 278 000 (309 000 ETP) salariés des prestataires. Le secteur s'est maintenu en 2009 malgré la crise économique.

Royaume-Uni

Selon les récentes données (décembre 2009) de l'*United Kingdom Homecare Association* (UKHCA), le pays compte plus de 6 300 fournisseurs de services à domicile dont plus de 5 000 dans le secteur privé ou associatif. L'effectif est de plus de 400 000 salariés dont plus de 310 000 dans le secteur privé ou associatif et 90 000 dans les services municipaux. Le nombre de bénéficiaires varie de 700 000 à 1,6 million selon la définition donnée à l'aide à domicile (par exemple si le portage des repas à domicile est inclus ou non).

Quant au *Department of Health* (ministère de la Santé), il estimait que le nombre d'aides à domicile était de 503 000 en 2007/2008, représentant 33 % de l'effectif du secteur social en direction des adultes.

Globalement, la part de l'emploi public diminue et celle de l'emploi privé croît. Par ailleurs, le système du paiement direct (Direct Payments) subventionne l'aide à domicile tout en laissant la maîtrise au bénéficiaire. Il se développe rapidement, mais ces salariés sont très souvent en dehors de toute structure (à la manière des salariés des particuliers employeurs français). Leur nombre est passé de 113 000 en 2006/2007 à 152 000 en 2008.

Suisse

L'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile a résumé, en janvier 2009, les principaux chiffres du secteur de la manière suivante :

- 28 000 personnes y travaillent dans 639 organisations, ce qui représente 12 000 postes,
- 205 000 bénéficiaires dont 46 % de 80 ans et plus,
- 12,3 millions d'heures de travail sont facturées dont 60 % en prestations de soins et 40 % en prestations d'économie domestique,
- plus de 800 millions d'euros de prestations dont 287 millions pris en charge par l'assurance.

Le coût total de l'aide et des soins à domicile représente 2 % de l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie.

Ainsi, le développement du secteur répond à une demande s'accroissant et pouvant perdurer. Cependant, des difficultés de recrutement apparaissent et le problème des conditions de travail se pose. Quelles sont les caractéristiques propres à ce secteur ?

2. Des caractéristiques particulières

La croissance du secteur repose sur le renouvellement d'une partie de son personnel et sur de nouvelles embauches. Cependant, le secteur rencontre des difficultés pour attirer des candidats vers des métiers physiquement pénibles et psychologiquement éprouvants.

Quels sont donc les métiers des services à domicile et qui les exercent ? Enfin est-il possible d'évaluer la sinistralité du secteur ?

2.1. Les métiers des services à domicile

Quelles activités ?

Le signe distinctif de ces emplois est de concerner des salariés qui travaillent et assistent à leur domicile privé des bénéficiaires incapables de prendre soin d'eux-mêmes ou de leur famille pour des raisons de maladie, d'invalidité ou de vieillesse mais également des personnes qui souhaitent déléguer ces tâches à des professionnels contre rémunération. Les bénéficiaires peuvent donc continuer à vivre chez eux, dans leur environnement.

Comme ces services peuvent faire l'objet de prestations, des métiers apparaissent ou se développent comme ceux de responsables d'agence ou de secteur dont la mission est de coordonner les prestations, d'assurer la gestion administrative et dans certains cas d'évaluer les besoins du bénéficiaire.

Les aides à domicile recouvrent des métiers variés. Il peut s'agir d'aide ménagère ou d'employé familial, d'assistant de vie, de garde d'enfants ou d'employé de maison. L'aide peut aussi consister à dégager les familles de travaux d'entretien, de petit bricolage, de jardinage ou de gardiennage qu'elles ne peuvent assurer. Les tâches ménagères sont prédominantes comme les résultats de l'enquête belge PROXIMA le confirment.

Les différents métiers des services à domicile peuvent s'organiser en trois grandes catégories, comme le montre le tableau ci-dessous. Ils font cependant partie de l'ensemble plus large des services de proximité offerts aux ménages. Ces services à la personne sont clairement définis dans la législation française du 26 juillet 2005¹⁴.

¹⁴ Voir annexe 3

<i>Les services</i>		
<i>à la famille</i>	<i>de la vie quotidienne</i>	<i>aux personnes dépendantes</i>
Garde d'enfants à domicile	Entretien de la maison, travaux ménagers	Assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées (transport, aide à la vie quotidienne,...)
Garde d'enfants hors du domicile	Assistance informatique et Internet à domicile	Interprète en langue des signes
Accompagnement d'enfants dans leurs déplacements	Petits travaux de jardinage	Garde-malade, à l'exception des soins médicaux
Soutien scolaire et cours à domicile	Prestations de petit bricolage	Soins et promenades d'animaux domestiques
Assistance administrative à domicile	Gardiennage temporaire et maintenance des résidences principales ou secondaires	Soins esthétiques
Garde-malade à domicile	Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux courses	Transport, accompagnement des personnes âgées, dépendantes et handicapées
	Collecte et livraison de linge repassé	Conduite de véhicule personnel
	Livraison de courses à domicile	Téléassistance et visioassistance
	Livraison de repas à domicile	

Source : Avise, *Les services à la personne n° 1* – p. 4

2.2 Une population active aux caractéristiques précises

La population active de ce secteur est essentiellement féminine et la moyenne d'âge assez élevée. L'enquête Eurostat de 2008 sur les forces de travail en Europe révèle que la part des femmes dans ce secteur va de 66,5 % à 91,4 % selon les pays.

Le profil type des salariés de ce secteur

En **Belgique**, l'enquête PROXIMA¹⁵ montre que les aides familiales sont dans 99 % des cas des femmes âgées en moyenne de 40 ans et entrées dans le métier vers l'âge de 28 ans.

De son côté, l'INSEE remarque qu'en **France** le nombre de salariés travaillant à titre principal dans le secteur des services à la personne a doublé en 15 ans et que la plupart d'entre eux sont employés directement par des particuliers. Il s'agit d'une population féminine à 96 %, peu qualifiée (47 % des personnes n'ont aucun diplôme) et plus âgée en moyenne que les autres salariés. En Italie, selon une estimation datant de 2007, les employés domestiques et les auxiliaires de vie seraient au nombre de deux millions, dont 600 000 aides à domicile. Ces personnes sont à 90 % de femmes âgées de 31 et 50 ans et en grande partie de nationalité non italienne.

Les salariés sont fréquemment employés par des particuliers. Un même salarié peut avoir plusieurs particuliers employeurs. Ainsi, des tâches identiques peuvent être à accomplir chez plusieurs bénéficiaires durant une même journée de travail. La multiplication du nombre d'employeurs a comme corollaire le déplacement d'un lieu de travail à un autre dans des délais impartis. Les temps de travail sont morcelés, atypiques et contraignants. Le rythme des horaires peut être incompatible avec une vie familiale.

L'autre caractéristique de cette profession est de concerner des emplois peu gratifiants. De ce fait, la rotation du personnel est assez importante. Enfin, la profession est encore peu structurée et l'offre très dispersée.

¹⁵ Travailler comme aide familiale à domicile. Principaux résultats de l'enquête PROXIMA

L'aide à domicile en Autriche

Les conditions de travail, les possibilités de formation et les perspectives de gains varient d'un domaine à l'autre. Comparativement aux travailleurs des autres branches des services, les personnes qui ont un emploi dans le secteur de l'aide à domicile sont nettement désavantagées en matière de revenus, de carrière professionnelle et de reconnaissance sociale. Tous les segments de ce secteur sont dominés par l'emploi féminin et les relations de travail atypiques. Les formations sont nettement insuffisantes.

L'aide à domicile en Italie

- Sur 600 000 aides à domicile, 77,7 % sont des étrangers (20 % viennent de Roumanie, 12,7 % d'Ukraine, 9 % des Philippines, 6 % de Moldavie)
- dont 87 % sont des femmes,
- 57 % de ces travailleurs sont sans contrat de travail,
- 24 % sont en situation irrégulière,
- 33 % ont une carte de séjour mais travaillent au noir,
- pour 42 heures par semaine, le salaire mensuel est de 880 euros, soit une moyenne horaire de 6 euros,
- 57 % travaillent au domicile d'une personne âgée de plus de 65 ans,
- 33 % travaillent pour des personnes ayant des enfants,
- 17 % travaillent comme nourrice ou garde d'enfants.

L'aide à domicile en Angleterre

- L'aide à domicile est essentiellement un travail féminin -83% des salariés du secteur- et à temps partiel,
- ce secteur connaît la plus forte rotation de personnel -24,9%- des professions de soins,
- le salaire horaire moyen est de 7,60 euros,
- ces données peuvent varier géographiquement.

Source : United Kingdom Home Care Association (UKHCA)

Néanmoins, certains avis peuvent diverger. Par exemple, en **Belgique**, la grande autonomie du métier permettant de concilier travail et vie de famille, les contacts sociaux et la satisfaction d'aider les autres sont des éléments de motivation que relève l'enquête PROXIMA. Au **Danemark** où les soins à domicile pour les personnes âgées sont essentiellement offerts par des structures publiques, le salaire ne semble pas être un problème. En revanche, le secteur est considéré comme peu attractif. En **France**, les résultats de la 1^{ère} édition du Baromètre de la qualité et de la professionnalisation des emplois de services à la personne¹⁶ confirment que l'envie d'aider les gens est une motivation pour une majorité des salariés. De même, la majorité ces salariés ne souhaitent pas quitter le secteur où les horaires sont moins atypiques que supposés. Enfin, pour ce qui concerne le salaire, si le taux horaire est jugé satisfaisant, le faible nombre d'heures travaillées génère un revenu mensuel insuffisant.

¹⁶ http://www.servicessalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/Actus/2010/20100519_ConfPresse_Barometre.pdf

Globalement, ces métiers caractérisés par des revenus assez bas, constituent avant tout un moyen de sortir du chômage.

2.3 Les risques professionnels identifiés

Le consensus s'établit facilement sur les risques professionnels communément rencontrés ainsi que sur les types d'exposition aux risques et les pathologies possibles.

En **France**, l'enquête Surveillance médicale des risques (SUMER) 2003, conduite par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES - ministère du Travail), souligne que 80 % des aides à domicile font état de conditions prolongées de travail en station debout ou en piétinement, 64 % signalent des contraintes posturales, 63 % des ports de charges, 55 % des déplacements à pied et 51 % le maintien des bras en l'air. Une étude danoise (voir annexe 6) montre que les aides familiales sont plus sujettes aux troubles musculosquelettiques (TMS), notamment aux lombalgies, que le personnel administratif par exemple. Les arrêts maladie ont également tendance à être plus longs.

Ce métier est principalement constitué de tâches domestiques classiques. Cependant, il comporte une facette plus intime car les salariés qui l'exercent peuvent aussi être à l'écoute de la souffrance et de la détresse des bénéficiaires et de leur famille. Les risques psychosociaux sont très présents dans ce métier où la charge émotionnelle est forte. La violence n'est pas absente des conditions de travail et sa manifestation semble liée aux tâches où le contact physique est fréquent avec le bénéficiaire.

Le ministère français du Travail a établi une liste descriptive de ces risques qu'il a qualifiés de "risques du métier" (voir annexe 4). Il y précise que les accidents du travail les plus fréquents sont des accidents domestiques comme les brûlures thermiques ou chimiques, les lumbagos, les chutes et les accidents de circulation par exemple.

Les risques professionnels peuvent être formulés sous la forme de contraintes.

- Parmi les contraintes organisationnelles, les éléments suivants sont à considérer :
 - les déplacements chez plusieurs personnes dans la journée,
 - les contraintes horaires (amplitude et rythme),
 - la variabilité de l'activité en fonction des besoins du bénéficiaire,
 - les difficultés pour prendre les repas en raison d'un horaire de travail atypique (déséquilibre nutritionnel).
- Certaines contraintes augmentent la charge mentale de l'aidant à domicile :
 - les consignes imprécises,
 - la nécessité de s'adapter aux demandes de la famille du bénéficiaire,
 - le manque de reconnaissance professionnelle,
 - les difficultés de communication,
 - le stress dû à la gestion de l'urgence et du temps,
 - l'isolement professionnel,
 - la confrontation à la mort et à la souffrance,
 - les liens affectifs avec les personnes âgées,
 - les incompatibilités de caractère,
 - un encadrement inadéquat, absent ou limité à la gestion,
 - a forte personnalisation de la relation professionnelle,
 - les sollicitations en dehors des heures de travail.

L'enquête SUMER 2003 confirme ces résultats et a d'ailleurs identifié les contraintes suivantes pour ce secteur :

- le contact avec le public, les risques d'agressions verbales et physiques,
- la durée de travail variable selon les semaines, selon les jours, le travail le week-end, l'absence de plages de repos de 48 heures consécutives, les coupures dans la journée,
- des moyens matériels et/ou une formation insuffisants et inadaptés pour le travail, le manque d'effectifs.

Facteurs de pénibilité au travail cités, par ordre d'importance, par des salariés travaillant auprès de personnes âgées

- Approche de la mort,
- confrontation à la détérioration intellectuelle,
- difficultés liées à l'incontinence,
- manutention,
- confrontation à la détérioration physique,
- difficultés liées aux équipements et matériels utilisés,
- difficultés liées à l'état des locaux.

Source : enquête réalisée par le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) auprès de 2 000 salariés et citée par l'INRS dans son dossier Internet sur l'aide à domicile.

Enfin, il est à noter que nombre de ces risques peuvent être assimilés à des risques domestiques par le simple fait qu'ils se produisent au domicile privé du bénéficiaire. Ces risques peuvent et doivent être prévenus. Les quelques chiffres disponibles soulignent que ces risques ne sont pas négligeables.

2.4 Une forte sinistralité

Peu de statistiques sur le sujet sont disponibles dans les États membres. Le Health and Safety Executive (HSE) **britannique** dit ne pas disposer de données de sinistralité pour le secteur de l'aide à domicile. La **France**, l'**Italie** et la **Suède** paraissent être les seuls pays disposant de statistiques spécifiques. Les données pour les autres pays sont fournies à titre indicatif.

France

Le tableau ci-après présente les principaux résultats de sinistralité pour le secteur de l'aide et des soins à domicile (SASAD).

	2008
Effectif salarié	375 029
Nombre d'établissements	4 660
Accidents du travail	
<i>avec arrêt de travail</i>	17 914
<i>nouvelles incapacités permanentes dans l'année</i>	1 009
<i>mortels</i>	3
Maladies professionnelles	
<i>avec arrêt de travail</i>	916
<i>nouvelles incapacités permanentes dans l'année</i>	316
<i>mortelles</i>	0
Accidents de trajet	
<i>avec arrêt de travail</i>	2 806
<i>nouvelles incapacités permanentes dans l'année</i>	216
<i>mortels</i>	10

Source : CNAMTS-DRP – Sinistralité 2008 des structures d'aide et de soins à domicile (SASAD)

Ces données portent sur des salariés employés par des entreprises prestataires et ne considèrent donc pas les salariés des particuliers employeurs.

Pour les accidents du travail, ces statistiques soulignent la surreprésentation des lombalgies : 29,6 % dans ce secteur contre 19,5 % dans l'ensemble de la population active. De même, pour les maladies professionnelles, le syndrome du canal carpien représente 40,6 % du total du secteur contre 27,9 % pour l'ensemble de la population active.

Les données de l'année 2008 sont présentées en détail dans l'annexe 7.

Italie

Les données portent sur les accidents déclarés à l'INAIL, *Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro* (Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail).

Le nombre d'accidents du travail déclarés est en constante augmentation, passant de 1 590 en 2002 à 3 576 en 2008. En 2006, et sur la lancée de 2002, la part des non nationaux (1 760) est supérieure à celle des nationaux (1 007). De plus, le nombre d'accidents déclarés touchant des femmes (2 473) est nettement supérieur à celui concernant les hommes (294). Ces données de sinistralité illustrent la féminisation du secteur et l'importance du personnel d'origine étrangère. Ce premier constat est confirmé par les données des années 2007 et 2008.

Répartition par genre et origine nationale

Données 2002

Pays d'origine	Hommes	Femmes	Total
Italie	78	817	895
Ukraine	2	18	20
Roumanie	13	48	61
Équateur	3	29	32
Philippines	28	61	89
Pologne	3	23	26
Pérou	8	56	64
Autres	98	305	403
Total	233	1 357	1 590

Données 2006

Pays d'origine	Hommes	Femmes	Total
Italie	75	932	1 007
Ukraine	9	266	275
Roumanie	20	200	220
Équateur	9	169	178
Philippines	38	105	143
Pologne	4	131	135
Pérou	17	104	121
Autres	122	566	688
Total	294	2 473	2 767

Source : Lavoro in ambiente domestico, telelavoro e lavoro a progetto: linee guida e buone prassi per la prevenzione dai rischi, anche in chiave comparata, alla luce della riforma del mercato del lavoro in Italia. (décembre 2009). Progetto di Ricerca. N. 1403, ADAPT

De 2006 à 2007, la population salariée du secteur a crû de 25 %. Le nombre déclaré d'accidents du travail a suivi la même évolution passant de 2 938 à 3 576. En 2008, 90 % des accidents concernaient des femmes dont 70 % d'origine étrangère dont 66 % de moins de 50 ans.

Classe d'âge	2007			2008			2008 % de femmes
	H	F	Total	H	F	Total	
18 à 34	100	536	636	114	610	724	84,3
35 à 49	164	1 219	1 383	174	1 463	1 637	89,4
50 à 64	69	822	891	88	1 099	1 187	92,6
65 et plus	3	25	28	7	21	28	75,0
Total	336	2 602	2 938	383	3 193	3 576	89,3

Source : DatiINAIL n° 6 – août 2009 : répartition par genre et tranche d'âge des accidents déclarés 2007/2008

Royaume-Uni

En introduction de son guide "*Handling home care*", le HSE précise qu'environ 642 000 personnes déclarent chaque année souffrir de TMS dont les 2/3 seraient consécutifs à des manutentions dans le cadre du travail. Presque 50 % de ces cas concernent le secteur de la santé et des services sociaux et se produisent plus particulièrement lors de l'assistance à des personnes à mobilité réduite. En revanche, le HSE ne dispose pas de données fiables pour l'aide à domicile en particulier, mais estime que le nombre de personnes souffrant de TMS est substantiel.

De plus récentes estimations communes au secteur de la santé et au secteur social, qui incorpore l'aide à domicile, soulignent la prépondérance des TMS, du stress et des dermatoses.

Suède

Les statistiques décrites ci-dessous portent sur les accidents du travail déclarés de 2004 à 2006.

Dans la catégorie des violences et des menaces : 465 accidents du travail ont été déclarés dont 176 se sont produits au domicile du patient. La plupart touchent des femmes, 389 cas contre 76 pour les hommes. Ces chiffres donnent un indice de fréquence de 1/1000, supérieur à l'indice national moyen. Dans la plupart des cas, une blessure physique a été constatée et pour 15 cas, l'affaire s'est limitée à des menaces. Ces accidents sont plus fréquents dans les établissements publics communaux que dans les établissements privés.

Dans la catégorie des accidents de trajet : 397 accidents de trajet ayant entraîné un arrêt de travail ont été déclarés. Il s'agit d'accidents ayant une voiture ou un vélo comme agent matériel. Ils sont en forte croissance, passant de 97 accidents en 2004 à 162 en 2006.

Dans la catégorie des TMS : 1 665 accidents et 952 maladies liés au port de charges ont été déclarés dont 2 331 au sein d'organismes communaux et 286 dans les organismes privés. L'indice de fréquence est élevé, notamment pour les femmes, puisqu'il est trois fois supérieur (environ 6/1000) au taux moyen national. La manutention des patients et de l'équipement compte pour plus de 70 % des causes de maladies professionnelles associées au port de charges lourdes pour les femmes. Le dos est principalement touché puis les épaules ainsi que les bras et les mains. Les problèmes liés aux charges lourdes sont les plus fréquents et entraînent souvent de longues périodes d'arrêt maladie.

Les conditions de travail peu attractives qui viennent d'être décrites expliquent la forte rotation de personnel que connaît la profession. Les métiers sont peu reconnus et il existe peu ou pas d'espaces de développement professionnel. En France, l'ANSP a identifié le frein que constitue le déficit d'image de ces métiers de l'aide à domicile. *"A tort, l'image négative des petits boulots est solidement ancrée dans l'esprit des Français : elle est souvent synonyme d'un travail peu qualifié, à temps partiel, d'horaires décalés et flexibles, d'employeurs multiples, de faible rémunération, d'isolement, d'absence de statut reconnu et de perspectives de carrière, et de manque de filières de formation"*, estime l'Agence.

Les perspectives du secteur et la pénurie annoncée de main-d'œuvre rendent nécessaire de veiller à l'établissement et à l'amélioration des conditions de travail pour limiter la rotation de personnel. L'amélioration des conditions de travail implique de s'attaquer à la sinistralité par une prévention adaptée.

3. Une prévention adaptée

Les emplois étudiés se situent au domicile du bénéficiaire qui n'est pas un lieu de travail classique. De ce fait, l'application du droit du travail et la prévention des risques professionnels deviennent problématiques. Cet atypisme explique la nécessité d'une prévention adaptée abordée de manière complémentaire par une approche thématique et une approche intégrée.

3.1 Un secteur atypique

L'activité n'est pas exercée en un lieu unique. En effet, le salarié se déplace d'un lieu de travail à un autre qui, de plus, se trouve être le domicile privé du bénéficiaire de l'aide.

En outre, les modalités d'intervention peuvent prendre trois formes. Ce peut être un emploi direct, un mandatement ou une prestation. Au regard du droit français, ces trois types de situation ne sont pas sans conséquence.

Mode emploi direct	Mode mandataire	Mode prestataire
L'aide à domicile est salarié d'un particulier	L'aide à domicile est sélectionné(e) par le mandataire mais c'est le particulier qui est l'employeur	L'aide à domicile est salarié(e) de la société prestataire ou de l'association
Le Code du travail est partiellement applicable en excluant certaines dispositions relatives à la santé et la sécurité au travail	Le Code du travail est partiellement applicable en excluant certaines dispositions relatives à la santé et la sécurité au travail	Le Code du travail est applicable dans son intégralité
L'évaluation des risques est impossible car domicile privé	L'évaluation des risques est impossible car domicile privé	L'évaluation des risques est impossible car domicile privé
L'employeur doit verser les cotisations et déclarer les AT/MP ; cependant il n'est pas soumis à l'obligation de résultat de sécurité – problème du suivi médical	L'employeur doit verser les cotisations et déclarer les AT/MP ; cependant il n'est pas soumis à l'obligation de résultat de sécurité – problème du suivi médical	Le prestataire, privé ou public, marchand ou à but non lucratif, est responsable comme employeur mais son pouvoir d'action est limité.

Le Code du travail s'applique dès qu'une relation contractuelle est établie, quelle que soit la modalité d'intervention. Les services de l'Inspection du travail, de la médecine du travail ou de l'assurance contre les risques professionnels ne peuvent pénétrer au domicile privé du bénéficiaire sans l'accord de ce dernier. Cela rend difficile l'évaluation des risques et la mise en œuvre de mesures de prévention. Cependant, le particulier employeur n'est pas exonéré de ses responsabilités civiles et pénales. En revanche, il peut ne pas prendre toute la mesure de cette responsabilité.

En termes de santé et sécurité au travail, le cadre juridique européen applicable est défini par la directive cadre 89/391/CEE qui pose les principes de prévention des risques professionnels et de protection des travailleurs. Elle ne s'applique pas aux travailleurs indépendants et exclut les domestiques. Or le secteur de l'aide à domicile comporte beaucoup de salariés indépendants ou de salariés employés directement par l'employeur individuel. L'aide à domicile est exclue du champ de la directive.

En **Italie**, la directive 89/391/CEE a été transposée par le décret 626/1994 dont le contenu est confirmé par le décret 81/2008. Ce décret établit, dans sa définition du

travailleur protégé, l'exclusion du travailleur domestique du champ de la directive. Cependant, ce travailleur relève d'un texte antérieur. En effet, l'article 6 du décret 339/1958 prescrit à l'employeur l'obligation de garantir à son salarié *"un environnement de travail qui ne soit pas nuisible sur le plan tant spécifiquement physique que moral"*. Ainsi, les salariés de l'aide à domicile employés directement par des particuliers ne sont pas couverts par les principes transposés de la directive cadre mais par le décret 339/1958.

Il en résulte une situation paradoxale. Les prestataires de services, en tant qu'employeurs, sont tenus de veiller à la santé et la sécurité au travail des salariés qu'ils emploient et délèguent chez les particuliers en vertu du décret 81/2008. Ils ne peuvent pourtant pas procéder à une évaluation des risques chez leurs clients. De même, pour les travailleurs domestiques, et par extension pour les aides employées directement, la notion d'évaluation des risques par un préventeur n'existe nulle part dans la législation.

Cela est problématique car le système de chèque emploi service, opérationnel depuis peu, est appelé à se développer. Son usage est réservé aux services d'aide à domicile fournis directement aux familles.

Enfin, l'inspecteur de l'assureur n'est autorisé à pénétrer dans un domicile privé qu'à condition d'avoir adressé un préavis et fixé la date de sa visite en accord avec le propriétaire ou l'occupant.

La situation est identique en **Allemagne**. Dès que l'aide à domicile dispose d'un contrat de travail, il/elle est déclaré par son employeur -particulier ou société- et des cotisations AT/MP sont versées à la BG (Caisse d'assurance AT/MP). Cela dit, malgré le contrat de travail et le versement de cotisations, l'assureur public qu'est la BG ne peut procéder à une évaluation du risque chez un particulier pour deux raisons. D'abord, les membres de la BG ne sont pas autorisés à pénétrer dans un domicile privé sauf si le bénéficiaire et/ou le propriétaire l'accepte. Ensuite, dans le cas d'un particulier employeur, la directive cadre a retiré les employés domestiques de son champ d'application, même quand un contrat de travail a été établi.

Cependant, dès lors que des cotisations sont versées, la législation permet aux inspecteurs de pénétrer dans des domiciles privés pour prévenir des risques urgents. Toutefois, cette possibilité est réduite car il est peu probable que ces risques urgents soient détectés en amont. Par contre, pour la BG, une société prestataire de services d'aide à domicile est un employeur normal qui peut être visité et contrôlé mais, ici encore, la BG ne pourra pas faire d'évaluation du risque au domicile du bénéficiaire.

En **Belgique**, l'employeur à domicile, même occasionnel, doit obligatoirement assurer¹⁷ ses employés -gens de maison- en cas d'emploi direct. L'assurance couvre les accidents du travail et de trajet. Le contrat n'a pas à être nominatif car c'est la fonction qui y figure. L'employeur particulier qui ne souscrit pas d'assurance s'expose à des poursuites et est affilié d'office au Fonds des Accidents du Travail quand le constat de non affiliation est établi. Il n'y a pas d'obligation pour l'employeur direct de faire de la prévention.

En revanche, dans le cadre du système des titres services et de prestations offertes par une agence, le bénéficiaire est considéré comme un tiers. Dans ce cas de figure, la réglementation s'applique aux travailleurs engagés avec un contrat titres services puisque l'employeur est soumis aux obligations définies par la loi¹⁸.

¹⁷ Voir par exemple :

http://www.ethias.be/fr/prd/D5PR091/Particuliers/Assurer/Famille/Gens_de_maison/Details.htm

¹⁸ La question de la santé et de la sécurité au travail des salariés des prestataires est traitée dans le document *"Clés pour...Travailler dans le système des titres services"* édité par la Direction générale Emploi et marché du travail. Ce document qui présente le système des titres services, comporte un chapitre traitant de la santé et de la sécurité au travail.

Les entreprises prestataires du système de titres services doivent être agréées par l'Office national de l'emploi (ONEM). Il peut s'agir d'entreprises de nettoyage, de travail intérimaire, d'associations à but non lucratif, d'entreprises du secteur de l'économie sociale. Le formulaire de demande d'agrément¹⁹ liste les engagements auxquels l'entreprise doit souscrire, notamment celui des conditions relatives aux contrats de travail. Il est précisé que "*l'entreprise s'engage à respecter les conditions de salaire et de travail qui lui sont applicables conformément à la loi et ses arrêtés d'exécution et aux conventions collectives*".

Comme ailleurs, l'évaluation des risques professionnels est une obligation légale au **Danemark**. La ville de Copenhague a prévu qu'il serait procédé à l'évaluation des risques au domicile du bénéficiaire avant le début de l'aide, normalement lors de la visite initiale par les services sociaux de la ville. Le visiteur social peut ne pas tout voir lors de sa visite et il incombe à l'aide à domicile de compléter lui-même l'évaluation du poste de travail. Les aides à domicile ont normalement reçu une formation spécialisée d'assistant(e)s de soins et de vie sociale (formation initiale diplômante) qui donne au professionnel les compétences nécessaires pour identifier les risques et les besoins chez le bénéficiaire.

L'évaluation du poste de travail est effectuée sous la forme d'une collaboration entre le visiteur social, les aides à domicile et leurs supérieurs hiérarchiques. Lorsque l'aide à domicile identifie un élément ne figurant pas dans le dossier du bénéficiaire, il/elle doit le saisir dans le système informatique. Si les besoins du bénéficiaire évoluent, modifiant ainsi le travail de l'aide à domicile, ces données doivent être saisies en informatique.

En principe, l'Inspection du travail peut pénétrer de manière inopinée dans le domicile privé. La ville a instauré un système de certification en matière d'environnement du travail afin de dépasser les strictes obligations légales. La certification reprend le principe national des "*green smileys*" dont l'obtention signifie que l'entreprise est en règle avec la législation en matière de santé et de sécurité au travail. Pratiquement tous les services municipaux sont certifiés. Par conséquent, il n'y a en principe aucune raison pour que l'Inspection du travail pénètre dans le domicile des bénéficiaires de l'aide.

Au **Royaume-Uni**, en matière de santé et de sécurité au travail, la réglementation générale (*Health and Safety at Work Act 1974 - HSWA*) s'applique à tous les secteurs de la santé et des services sociaux ainsi qu'à l'aide à domicile.

En parallèle, pour ce qui a trait à la qualité des prestations à l'hôpital, en établissement et à domicile, la responsabilité de l'évaluation de cette qualité incombe à l'organisme régulateur *Care Quality Commission*²⁰ (CQC).

Enfin, plus particulièrement pour l'aide à domicile, les obligations du secteur ont été rassemblées par le *Department of Health* dans un guide incorporant 27 normes minimales²¹ spécifiques en application d'une législation datant de l'année 2000. La qualité du service des fournisseurs d'aide à domicile est évaluée par la CQC à l'aune de ces 27 normes minimales. Deux de ces normes portent sur la santé et la sécurité au travail des salariés. L'une est spécifique aux pratiques sûres de travail et l'autre concerne l'évaluation des risques.

☞ La norme 11 traite des pratiques de travail en sécurité et liste les items applicables de la réglementation en santé et sécurité au travail HSWA. Certains sont issus de la

¹⁹ http://www.rva.be/D_Egov/Formulieren/Fiches/Dienstencheques/FormFR.pdf

²⁰ Elle remplace depuis le 1/4/2009 les deux organismes qui remplacèrent en 2004 la National Care Standards Commission créée en 2000.

²¹ Il s'agit des "*National Minimum Standards. Regulations*" spécifiques à l'aide à domicile et qui seront remplacés courant 2010 par des "*Compliance Guideline Criteria*".

transcription de la législation européenne (directives particulières sur la manutention manuelle et les équipements de travail). Les obligations et responsabilités de la personne agréée (qui peut être le dirigeant / propriétaire) au sein de l'agence y sont listées. L'obligation de déclarer les accidents du travail, maladies professionnelles et quasi-accidents est rappelée.

- ↪ La norme 12 porte sur l'évaluation des risques qui doit être diligentée par le prestataire de service agréé et réalisée par une personne compétente. L'évaluation fera la part des choses entre les avantages et les inconvénients pour le bénéficiaire de rester chez lui ou d'être placé en établissement.

En pratique

Sur le terrain, les autorités locales en matière de services sociaux jouent un rôle important. Elles supervisent l'évaluation initiale des besoins du bénéficiaire et sur la définition du "paquet individualisé de prestations sociales" devant permettre à ce bénéficiaire de mener une vie normale et digne, soit chez lui, soit en établissement.

Cette évaluation initiale comprend une évaluation des risques professionnels à mener selon les procédures recommandées par le HSE. Les principes généraux de gestion du risque s'appliquent tant pour le salarié aidant que pour le bénéficiaire. Il appartient au prestataire agréé de procéder à l'évaluation. Le bénéficiaire doit être informé des résultats de l'évaluation initiale. Informer ce dernier permet de lui faire prendre conscience qu'il a une obligation de sécurité envers son aide à domicile. Le bénéficiaire doit agir en "bon père de famille".

Un secteur en évolution

Dans un récent document intitulé "*Improving health and safety performance in the health and social care sector - next steps?*"²², le HSE constate le développement de l'aide à domicile surtout par l'intermédiaire de petites structures. Comment donc atteindre et sensibiliser ces PME ? Le HSE propose de recourir aux méthodes éprouvées que sont les guides de prévention, la participation à des manifestations, les actions de communication, les inspections ainsi que le partenariat avec les principaux acteurs. Ces actions sont prévues pour 2010 et 2011.

Par ailleurs, le système de l'aide financière directement accordée aux bénéficiaires a pour effet d'augmenter le nombre des travailleurs indépendants et des salariés employés par un particulier employeur. Le HSE se propose de développer des outils spécifiques à leur intention. A cette fin, le guide *Homeworking*²³ disponible depuis quelques années, a été élaboré.

En règle générale, l'assureur et le préventeur ne peuvent pénétrer au domicile privé du particulier employeur sauf avec son accord ou en cas d'urgence. Le pourraient-ils, le nombre de particuliers employeurs constituerait un obstacle important. Ils sont, par exemple en **France**, 2 millions, c'est-à-dire un chiffre quasiment équivalent au nombre de sections d'entreprise (2 284 490 en 2008). Toutefois, cette visite d'évaluation peut être insérée dans une démarche globale d'offre de service, comme le montrent les exemples du **Royaume-Uni** et du **Danemark**.

A ce sujet, les autorités de l'État rappellent, comme en Belgique et au Royaume-Uni, que la législation en santé et sécurité au travail est applicable aux particuliers employeurs. Ceux-ci sont appelés à agir "en bon père de famille".

²² <http://www.hse.gov.uk/aboutus/meetings/hseboard/2009/230909/psepb0984.pdf>

²³ <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg226.pdf>

Les caractéristiques de ce secteur atypique font que l'évaluation des risques constitue une difficulté technique et juridique majeure puisque l'organisation d'une prévention collective n'est pas possible.

3.2 L'approche thématique de la prévention

Le premier thème abordé est l'évaluation des risques professionnels dont les résultats sont à transcrire dans le document unique. Cette évaluation peut être vue comme la première étape d'une meilleure organisation du travail qui intégrera la formation des salariés, élément transversal de toute prévention. Enfin, la prévention des risques psychosociaux et des TMS sont deux thèmes majeurs de prévention.

L'évaluation des risques

Obligatoire mais difficilement réalisable chez les particuliers, elle est le point de départ de toute démarche de prévention. Cette étape peut être abordée comme une phase de négociation avec le bénéficiaire afin de "sécuriser" le lieu de travail de l'intervenant à domicile et de définir l'aide dont le bénéficiaire a besoin. Au **Royaume-Uni**, elle est obligatoire pour les aides financées par l'argent public. La visite d'évaluation par le prestataire est également pratiquée en **Allemagne**. Elle est systématique au **Danemark** pour les services municipaux de la ville de Copenhague. Elle permet d'évaluer les besoins du bénéficiaire et son degré de perte d'autonomie mais également de prendre connaissance des lieux et de procéder à une évaluation des risques.

L'évaluation des risques en cinq étapes

- Identifier tous les risques,
- identifier qui peut être mis en danger et comment,
- évaluer les risques et prendre les dispositions adéquates pour les supprimer ou les réduire autant que possible,
- enregistrer les résultats de l'évaluation,
- surveiller régulièrement ces risques et prendre des mesures supplémentaires si besoin est.

Source : Guide HSE "Homeworking. Guidance for employers and employees on health and safety"

La démarche d'évaluation des risques sera cependant plus pertinente si la personne procédant à cette évaluation a reçu la formation ad hoc ou si des professionnels de la santé et la sécurité au travail accompagnent les fournisseurs d'aide à domicile. En **Allemagne**, par exemple, ces fournisseurs sont secondés par des ingénieurs de sécurité. En effet, parmi les actions de prévention dans le domaine des soins infirmiers à domicile mises en place par la BG Santé figure le développement d'une méthode d'évaluation des risques. La méthode prévoit que le personnel infirmier et l'encadrement examinent conjointement les risques et leurs origines pour développer des stratégies de prévention.

Pour ce faire, il est demandé au personnel et à l'encadrement des prestataires de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les risques dans le service ?
- Quelles sont les situations élevées ou intenses de stress ?
- Quelles sont les solutions connues à ce jour et quelles ressources peuvent être mobilisées ?

Participent à la démarche des ingénieurs de sécurité ou des médecins du travail non salariés du prestataire mais accrédités par l'organisme d'assurance qu'est la BG Santé.

Des check-lists et des guides d'aide à l'évaluation des risques ont été développés par différents types d'acteurs institutionnels ou associatifs. Au **Danemark**, une brochure sur l'évaluation des risques à domicile²⁴ a été élaborée par le service de santé professionnelle de la Ville de Copenhague. En **France**, l'USGERES Chorum offre un document complet traitant de la prévention des risques professionnels dans l'économie sociale²⁵.

En **Belgique**, le programme de recherche SOBANE - PROXIMA a débouché sur l'élaboration d'une check-list d'évaluation chez les bénéficiaires. En effet, les pouvoirs publics préconisent l'application à l'aide à domicile de la stratégie globale de gestion des risques professionnels SOBANE²⁶ qui est un outil de mise en œuvre des obligations précisées dans la loi sur le Bien-être au travail²⁷. SOBANE est une stratégie de prévention des risques à quatre niveaux : le dépistage (Screening), l'OBServation, l'ANalyse et l'Expertise. Elle est mise en pratique par les guides "Déparis" qui permettent le Dépistage participatif des risques.

Têtes de chapitre de la check-list SOBANE-PROXIMA

- L'espace et le matériel de travail
- Les risques d'accidents
- Les postures, efforts et manutention
- Les agents physiques
- L'hygiène atmosphérique
- Le bénéficiaire

Source : SOBANE – PROXIMA

Cette méthode, qui permet de recenser tant les risques électriques que les TMS ou les vibrations, a fait l'objet d'une adaptation au secteur de l'aide à domicile dans le cadre du programme PROXIMA.

Ce guide de concertation²⁸ vise à soutenir les débats en interne et à veiller à ce que tous les aspects techniques, organisationnels et relationnels de la vie au travail soient couverts. La démarche est collective et associe le personnel et la direction. Le guide de concertation comprend 11 tableaux détaillant chacun des aspects listés dans le tableau récapitulatif qui suit. L'objectif est d'améliorer collectivement et progressivement les conditions de vie au travail. Les résultats de la démarche sont synthétisés dans un bilan global.

²⁴ http://www.sobane.be/fr/fille/pdf/fr_check_PROXIBANE_01mars07.pdf

²⁵

[http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1523508815291486676/wall_bd.pdf#MEDIALINK\(1523508815291486676\)](http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1523508815291486676/wall_bd.pdf#MEDIALINK(1523508815291486676))

²⁶ Screening, Observation, Analysis, Expertise

²⁷ Loi du 4.8.1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail qui reprend les principes généraux de la directive cadre 89/391/CEE.

²⁸ http://www.sobane.be/fr/fille/pdf/deparis_iv_proxibane_fev07.pdf

Bilan final			
1. L'organisation du travail	☺	☹	☹
2. Les contraintes de temps	☺	☹	☹
3. Les relations de travail	☺	☹	☹
4. Les positions de travail	☺	☹	☹
5. Les efforts et les manutentions	☺	☹	☹
6. Les accidents du travail	☺	☹	☹
7. Les risques électriques et d'incendie	☺	☹	☹
8. Les risques physiques et chimiques	☺	☹	☹
9. Le contenu du travail	☺	☹	☹
10. Les bénéficiaires	☺	☹	☹
11. L'environnement psychosocial	☺	☹	☹

Source : Guide de concertation Déparis : Aide à domicile

Pour mener à bien cette évaluation, la check-list est très utile car elle complète et donne des éléments de prévention au regard de chaque risque identifié. L'exemple de l'annexe 5, qui a été développé par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao, est spécifique à l'aide à domicile.

Le document unique et l'aide à domicile

Le document unique, qui trouve son origine dans l'article 9 de la directive 89/391/CEE, est non seulement une obligation légale, mais aussi l'occasion de procéder à une évaluation des risques en commun, l'approche participative étant à privilégier. La rédaction du document unique est l'occasion d'échanger sur le vécu du travail et de recenser les difficultés et les contraintes. Il est la transcription des résultats de l'évaluation des risques à laquelle l'employeur doit procéder pour la sécurité et la santé de ses salariés. Il comporte un inventaire des risques identifiés et doit être régulièrement mis à jour.

En **France**, la Caisse régionale d'assurance maladie des pays de Loire a rédigé un guide d'évaluation des risques²⁹ destiné à aider l'employeur à rédiger son document unique. Cides-Chorum propose également un guide méthodologique pour la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels³⁰. Ces deux documents comportent un rappel de la législation en vigueur.

Ce guide souligne que la démarche doit être collective car les salariés sont bien placés pour identifier les situations dangereuses.

Les principaux risques devant faire l'objet d'une évaluation

- Risques liés à la manutention manuelle
- risques liés à la charge mentale
- risques liés aux gestes répétitifs
- risques biologiques
- risques liés aux déplacements sur le lieu d'intervention
- risque routier
- risques domestiques (chimique, électrique, brûlure thermique).

Source : Guide d'évaluation des risques. Aide à domicile. Cram des Pays de la Loire

²⁹ http://www.cram-pl.fr/risques/outils/doc/guide_aide_domicile.pdf

³⁰ [http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1401152644484959900/guide-180x255-v4-a4-web.pdf#MEDIALINK\(1401152644484959900\)](http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1401152644484959900/guide-180x255-v4-a4-web.pdf#MEDIALINK(1401152644484959900))

L'organisation du travail

Parmi les préconisations les plus fréquentes figure l'organisation du travail. Ce thème peut être abordé sous des angles divers.

Une mauvaise organisation du travail est source de dysfonctionnements et de stress.

Une des facettes de l'organisation du travail est l'accueil des nouveaux salariés dans la structure. Outre la présentation des modalités de fonctionnement de la structure, l'accueil des nouveaux entrants est l'occasion de les sensibiliser et de les former à la prévention des risques professionnels du secteur. Le livret d'accueil constitue un bon outil de présentation des principes de sécurité.

Au quotidien, l'organisation des tournées tenant compte du domicile du salarié et des bénéficiaires permet de réduire les temps de transport et le kilométrage effectué. De même, l'alternance dans le circuit de cas lourds et de cas moins lourds permet de diminuer la charge mentale du salarié. Les bénéficiaires nécessitant une aide importante peuvent nécessiter la présence de deux salariés.

L'organisation des tournées peut être complétée par la coordination entre les différents intervenants auprès d'un même bénéficiaire. Pour ce faire, un carnet de suivi des interventions et leur enregistrement informatique assurent la continuité de l'information. Il importe pour les intervenants de disposer de suffisamment d'informations, surtout lors de la première visite au domicile d'un bénéficiaire qui peut être, lui-même, dans l'incertitude sur les compétences de l'aide à domicile.

Principales difficultés liées à l'organisation du travail rencontrées dans l'aide à domicile

- Ignorance du bénéficiaire quant aux compétences de l'intervenant pour exécuter les tâches demandées,
- équipements de travail mis à disposition (outils, électroménager...) défectueux ou inadaptés au travail demandé,
- protections individuelles (gants, masques, lunettes) inexistantes,
- modifications ou adaptations nécessaires du lieu d'intervention pas toujours réalisées.
- temps accordé insuffisant pour la réalisation des tâches demandées,
- bénéficiaires ou familles trop exigeants : il est difficile pour l'intervenant de mettre des limites et de ne pas répondre aux demandes.

Source INRS : dossier Internet : Aide à domicile

Enfin, l'adéquation entre les compétences des intervenants et les prestations à réaliser chez le bénéficiaire doit être prise en compte dans la répartition de la charge de travail.

L'amélioration des conditions de travail est une chose possible. Ainsi, en **Belgique**, le service *Landelijke Thuiszorg* a mis en place diverses mesures pour améliorer les conditions de travail, notamment le recours à un "coach de confort" (kinésithérapeute) qui se rend chez les bénéficiaires aux pathologies lourdes à la demande des aides familiales. Il peut ainsi émettre un avis sur l'adaptation du mobilier et sur le matériel de soins. Il peut introduire du matériel plus adapté au domicile des bénéficiaires (plaques tournantes, lève-personnes, draps glissants...). La disponibilité de ces matériels adaptés aux besoins est un élément crucial de la prévention des TMS.

D'une manière générale, l'employeur peut de fournir aux aides à domicile un matériel ergonomique pour les tâches ménagères qui intègre des produits ménagers non toxiques. De même, l'employeur peut mettre à disposition une trousse de premiers secours.

De leur côté, les nouvelles technologies de communication facilitent l'organisation du travail et la communication. En **Finlande**, un système de télégestion automatique utilisant le téléphone portable des aides à domicile³¹ a été mis au point. Les touches sont programmées pour donner certaines informations précises et des menus déroulants permettent de donner plus d'informations en cas de besoin. La base de données informatique du prestataire est renseignée en direct tant sur le déroulement de la tournée, sur la santé du bénéficiaire que sur la sécurité de l'aide à domicile.

En dernier lieu, il importe de rappeler que, dans la pratique, le salarié dispose de l'option du droit de retrait qui concerne également les salariés de l'aide à domicile. D'ailleurs, le document **belge** "*Clés pour...Travailler dans le système des titres services*" précise : "*En cas de danger grave et immédiat et qui ne peut être évité, le travailleur peut s'éloigner de son poste de travail, il doit en informer immédiatement son employeur.*"

La formation des salariés

Elle est indispensable et permet aux salariés d'être autonomes pour identifier les risques et leurs conséquences sur la santé.

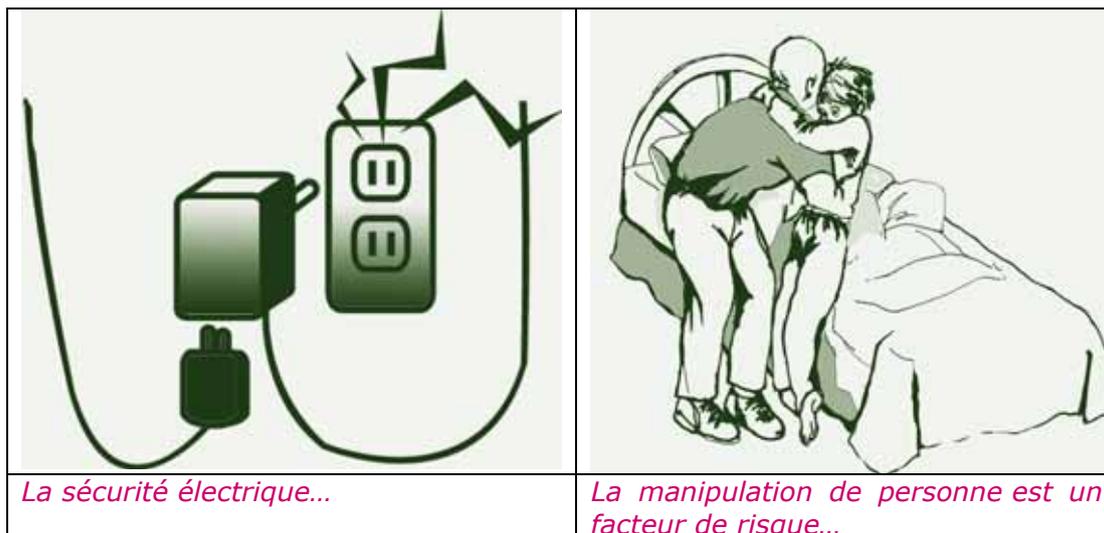
La formation porte sur les premiers secours (**Québec**) ou la gestion des situations d'urgence (**Suisse**). Au **Danemark**, où les aides à domicile sont déjà formé(e)s et possèdent les compétences requises pour identifier les risques professionnels, la ville de Copenhague dispense une formation spécifique relative au déplacement des bénéficiaires afin de sensibiliser les intervenants à domicile au fait qu'ils doivent déplacer les bénéficiaires et non pas les soulever. Le but est que les aides à domicile fassent attention à elles-mêmes et veillent à leur propre santé. Cet exemple est à rapprocher de l'École du dos au **Luxembourg** dont l'objet est de prévenir les lombalgies chroniques dans les métiers de l'aide à domicile.

C'est sur des postures très élémentaires, comme celles permettant de faire le ménage ou le lit, que peuvent porter les formations. L'apport pédagogique consiste à apprendre à la personne comment faire ces gestes, très souvent simples, de manière ergonomique afin de protéger son dos ou de se prémunir des risques électriques, chimiques ou biologiques.

La formule du tutorat permet aux nouveaux entrants dans le métier de bénéficier de l'expérience des seniors. Les nouveaux entrants peuvent être accompagnés, lors de leurs premières visites, d'un tuteur qui aura reçu la formation adéquate.

Les supports de formation sont multiples : guides, brochures, DVD, sites de ressources Internet. L'outil de base reste le livret de sécurité remis à l'aide à domicile. Ces livrets peuvent être traduits dans les langues des aides à domicile présentes dans le pays d'accueil, comme le montrent les exemples italien et américain.

³¹ http://www.reslink.fi/images/stories/downloads/reslink_rfid_brochure_homecare.pdf



Extraits du Safety Manual for Homecare Workers. État de l'Oregon - USA

La prévention des risques psychosociaux

Le ministère français du Travail (voir annexe 4) précise : "*l'aide psychologique apportée par l'aide à domicile et son rôle social sont au moins aussi importants et nécessaires que l'aide matérielle*".

L'aide à domicile peut être vécue comme un travail usant moralement car les salariés sont la plupart du temps isolés. Les conditions de travail peuvent être très variables d'un bénéficiaire à un autre. L'aide familiale est susceptible d'avoir des difficultés à se faire accepter par la famille du bénéficiaire. Il peut aussi souffrir d'être trop souvent confronté à la fin de vie et à la mort. Le fait que l'aide familiale soit isolé(e) et qu'il/elle doive arbitrer entre les besoins du bénéficiaire et sa propre vie familiale souligne l'importance d'un cadre de référence partagé au sein d'un collectif de travail.

La création d'espaces d'échanges et de partage d'expériences permet de rompre l'isolement du métier et d'en évacuer la charge émotionnelle. De même, le soutien psychologique apporté par un psychologue contribue à débloquent certaines situations. Un groupe de parole tenu à intervalles réguliers et conduit par un psychanalyste constitue une autre forme d'aide. Le soutien des pairs et de la hiérarchie est fondamental dans la prévention des risques psychosociaux.

L'exemple qui suit est extrait d'un guide de prévention ayant pour objet de faciliter la rédaction du document unique. Ce même thème est abordé dans le point 8 de la checklist de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (voir annexe 5).

Risques liés à la charge mentale

C'est un risque de souffrance mentale, induit par un stress intense ou une agression verbale, physique et/ou sexuelle.

Dangers et/ou situations dangereuses

Mesures de prévention

- ✓ Agressions verbales, physiques et/ou sexuelles :
 - par des personnes, psychologiquement perturbées, sous l'emprise de l'alcool...
 - à l'extérieur du domicile, lors des courses ou des démarches à accomplir pour le compte de la personne aidée
- ✓ Agression par animaux :
 - morsures, griffures
- ✓ Confrontation à la souffrance, à la maladie, à la fin de vie, à des violences familiales,
- ✓ Stress induit par la gestion de situations d'urgence (décès d'une personne seule constaté par l'aide à domicile, premiers secours à donner...)
- ✓ Nécessité de s'adapter rapidement aux habitudes de la personne / de la famille
- ✓ Manque de respect / de considération à l'encontre de l'aide à domicile
- ✓ Situations conflictuelles avec l'usager (non-respect des règles du contrat...)
- ✓ Nuisances sonores (volume TV élevé, cris...)

- Soutien psychologique assuré par l'employeur (groupes de parole, dépôt de plainte systématique en cas d'agression),
- Rédaction de procédures et formations spécifiques pour gérer les situations conflictuelles ou extraordinaires (information sur le droit de retrait)
- Organisation du travail : répartition au sein de l'équipe des personnes ou des familles pouvant poser des problèmes
- Isolement des animaux agressifs
- Formation à l'accompagnement en fin de vie
- Rappel par l'employeur à l'usager des conditions de travail
- Réduction du volume sonore des appareils (TV, chaîne Hi-Fi...)

Source : Guide d'évaluation des risques. Aide à la personne. CRAM des Pays de la Loire

En **Belgique**, pour ce qui touche au harcèlement moral et à la violence, le bénéficiaire (le particulier) est considéré comme un tiers extérieur à l'entreprise et présent sur le lieu de travail. Son domicile est ainsi assimilé à un lieu de travail ce qui donne à l'aide à domicile le bénéfice de la protection de la loi sur le bien-être.

Au **Danemark**, les faits de violence sont plus fréquents en établissements qu'à domicile (voir annexe 6).

La prévention des TMS

Une fois les risques évalués et le travail organisé, quelles actions mener afin de prévenir les TMS dans le secteur de l'aide à domicile ? En effet, l'intervenant est fréquemment amené à prendre des postures pénibles et dangereuses à la longue pour le corps. Les maux de dos constituent l'un des TMS les plus fréquents du secteur.



Vérifiez que vous disposez d'espace et que rien ne peut entraver la mobilisation.

Source : Soigner en protégeant votre dos. Luxembourg

Les facteurs associés aux lombalgies sont multiples

- Les postures pénibles,
- le sentiment de stress qui multiplie par deux le risque de lombalgies,
- le manque de moyens pour faire un travail de bonne qualité,
- l'ancienneté qui joue plus que l'âge,
- l'absence de pratique sportive régulière,
- le fait de ne pas pratiquer la formation gestes et postures dans le travail quotidien.

Pour les soignants à domicile s'y ajoutent :

- le nombre de kilomètres parcourus par jour,
- le manque d'accès au lit et à la toilette, ainsi qu'une hauteur inadaptée de lit,
- le nombre de patients vus par semaine.

La majorité des accidents du travail concernant la colonne lombaire surviennent lors de la manutention de personnes et lorsque le soignant essaie de retenir une personne qui tombe. Les accidents sont plus fréquents chez les travailleurs à domicile que chez les travailleurs hospitaliers.

Source : Soignez en protégeant votre dos. Service de Santé au Travail Multisectoriel. Luxembourg.

Il est possible de prévenir les TMS en apprenant les bons gestes au personnel, en organisant le travail. A cette fin, la BG Santé a mené en **Allemagne** une étude sur six ans montrant que la charge pesant sur le dos est considérable. D'où la décision d'étudier

les moyens techniques pour alléger cette charge mais aussi d'élaborer un concept d'organisation du travail permettant une meilleure prévention des maladies de la colonne vertébrale. Il en résulte une technique connue sous le nom de TOP (technique organisation personnelle) organisée autour de trois étapes : analyse du poste de travail, évaluation des risques et formation de l'encadrement du prestataire qui ne dispose pas toujours de la formation et de l'information nécessaires en matière de prévention des risques de TMS.



Source : Prévention des maux de dos dans le secteur de l'aide à domicile. Belgique

En dehors du déplacement des patients, les TMS trouvent leur source dans les activités banales que sont le port de charges, les travaux ménagers, l'entretien et le nettoyage. La répétition de ces tâches chez de multiples bénéficiaires caractérise le secteur. Pour protéger son dos, on peut soit aménager le travail soit adopter des gestes plus adéquats. C'est dans ce but que le manuel "*Prévention des maux de dos dans le secteur de l'aide à domicile*"³² a été élaboré en **Belgique**. Très illustré (voir ci-dessus et ci-dessous), il décrit des situations typiques de travail (repassage, nettoyage du sol, chargement et déchargement d'une machine à laver le linge) dans lesquelles il est possible de se blesser le dos. Des conseils pratiques d'ergonomie sont prodigués pour chaque type de situation.

En complément à la formation et à l'organisation du travail, la mise à disposition de matériels adéquats comme des presses à serpillière constitue par exemple un autre moyen de lutter contre les TMS. Ils évitent aux aides de se tordre les poignets. Les bénéficiaires sont incités à contribuer à protéger le dos de leurs aides en fournissant le matériel adéquat tel que le préconise la brochure belge "*Propositions de matériel à fournir à l'aide familiale*"³³. Ce document passe en revue les matériels utilisés et permet d'opter pour le meilleur choix.

³² <http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=10694>

³³ http://w3.umh.ac.be/pub/ftp_psytrav/PDF/listmatfr.pdf

Les principales causes du mal de dos

- répétition ou maintien prolongé de certaines positions et manutentions,
- se pencher en avant (dos rond),
- se tourner sur le côté en se penchant vers l'avant,
- saisir une charge en se tournant sur le côté,
- saisir une charge en s'étendant fortement vers l'arrière,
- rester longtemps assis sur un siège,
- rester longtemps (ou soulever une charge) accroupi.



Au **Luxembourg**, dans le cadre d'un programme national intitulé Prévendos, c'est une "École du dos"³⁴ qui a été mise en place par le Service de santé au travail multisectoriel (STM est un établissement public). Son objet est d'éviter les départs précoces en invalidité liés à des problèmes de lombalgies, de limiter les absences au travail tant en durée qu'en fréquence et de diminuer la souffrance des travailleurs due à une lombalgie. Trois axes de prévention sont déterminés. Il s'agit d'apprendre aux travailleurs à mieux connaître les mécanismes susceptibles de créer des lombalgies, de faire une évaluation des risques pour la colonne vertébrale par des études de postes et d'éviter ces risques ou de donner des solutions pour les réduire. Le premier axe consiste à prévenir l'apparition des lombalgies. Le deuxième axe permet d'éviter le passage à la lombalgie chronique et le troisième axe vise à assurer une meilleure qualité de vie aux salariés atteints de lombalgies sévères.

L'expérience des établissements hospitaliers en matière de préservation du dos³⁵ est transférable. Ainsi, la brochure intitulée "Soignez en protégeant votre dos"³⁶, qui traite du mal de dos, porte autant sur les soins à domicile qu'en établissement, notamment en ce qui concerne l'utilisation des aides techniques pour manipuler les patients. Le bon usage de ces aides techniques assure la sécurité de l'aidant et du bénéficiaire.

³⁴ http://www.stm.lu/html/ecoledudos/FR/index_ecodo.htm

³⁵ Voir également en bibliographie : Prévention des blessures musculosquelettiques pour le personnel soignant – ASSTSAS, Québec

³⁶ <http://www.stm.lu/Doc/brochures/soignez-en-protecteant-votre-dos.pdf>

Recommandations sur les aides techniques

- Former l'utilisateur,
- tester les nouveaux matériels,
- entretenir le matériel,
- assurer sa propreté,
- informer le bénéficiaire de son mode de fonctionnement.

Au **Royaume-Uni**, le HSE a également abordé le thème de la manipulation des patients dans son guide intitulé "*Handling home care. Achieving safe, efficient and positive outcomes for care workers and clients*". Il traite de la manutention de personnes aussi bien en établissement qu'à domicile, les principes préconisés étant identiques. Il rappelle la législation en vigueur, notamment celle issue de la directive sur la manutention manuelle (transposée en droit britannique par la "*Provision and Use of Work Equipment Regulations 1998 [PUWER]*" et la "*Lifting Operation and Lifting Equipment regulation 1998 [LOLER]*").

Les principes de gestion du risque sont développés. La manutention manuelle doit être évitée chaque fois que c'est possible. L'objectif n'est pas d'interdire toute manutention manuelle mais d'introduire une démarche équilibrée. Les désirs du bénéficiaire en matière d'assistance à la mobilité doivent être respectés chaque fois que cela est possible. L'autonomie et l'indépendance du bénéficiaire doivent être encouragées autant que faire se peut. L'accent est mis sur le risque physique encouru à la fois par l'aidant et le bénéficiaire. L'aidant n'est pas tenu d'accomplir des tâches qui l'exposent, ainsi que le bénéficiaire, à un risque déraisonnable. Si la manutention ne peut être évitée, une évaluation du risque doit être pratiquée et les mesures appropriées doivent être prises pour réduire le risque autant que possible.

Il ressort de ces exemples que la prévention des maux de dos passe par la formation des salariés et l'organisation du travail. La fourniture de matériels ergonomiques contribue à prévenir les maux de dos. Si les aides techniques offrent des solutions en établissement, leur utilisation peut être plus problématique dans un domicile privé. L'option est de faire travailler les aides à domicile en binôme et de veiller à leur formation à l'ergonomie. L'apprentissage individuel et l'entretien des connaissances sur les méthodes de travail ménageant le dos sont d'une grande utilité.

Ces actions thématiques s'intègrent dans des actions plus globales.

3.3 L'approche intégrée de la prévention

La prévention peut s'aborder de manière plus intégrée à l'échelon d'une municipalité, d'une région ou prendre la forme d'une initiative nationale comme le soulignent les exemples qui suivent et qui regroupent les thèmes qui viennent d'être évoqués.

Au **Danemark**, l'aide à domicile est du ressort des municipalités dont les services compétents doivent visiter, deux fois par an, les personnes de plus de 75 ans. La coordination entre l'hôpital et les services d'aide à domicile est également prévue pour faciliter le retour à domicile après un séjour en hôpital.

En pratique, comme le montre l'exemple de la ville de Copenhague, quand une personne ressent le besoin d'aide à domicile, elle fait appel au bureau local des pensions et de l'aide qui lui délègue un agent chargé d'évaluer ses besoins. Le type d'aide et sa fréquence sont évalués d'après une grille de services établie par la ville. C'est à la ville de

décider, en fonction de cette évaluation, si une aide est accordée ou non. L'aide peut consister en une assistance ménagère, une assistance de vie ou en des soins. Elle peut être temporaire ou permanente. Son coût pour le bénéficiaire dépend de ses ressources.

Une fois l'aide approuvée, le bénéficiaire choisit son fournisseur d'aide. Ce peut être une société privée listée parmi les sociétés agréées par la municipalité³⁷. Si le bénéficiaire peut choisir en dehors de cette liste, son choix devra être approuvé par le bureau local des pensions et de l'aide. Un accord écrit liant l'aide à domicile à ce bureau détaille l'aide apportée au bénéficiaire.

Pour ce qui touche à la prévention, il est recommandé au bénéficiaire de disposer du matériel domestique adéquat pour permettre à l'aide de faire son travail correctement. Il est également précisé que l'aide à domicile n'a pas à déplacer de meubles lourds pour faire le ménage.

Copenhague et la prévention des risques professionnels

La ville emploie 45 000 salariés répartis sur 1 400 services communaux. Cet effectif important a suscité la création d'un service pluridisciplinaire de santé professionnelle. Il a pour mission d'aider les services de la ville à établir des conditions de travail favorables et attractives car le marché du travail est tendu. Ce service consacre 60 % de son activité en conseil et en formation à la sécurité. Comme autre fonction, il a à favoriser l'échange de connaissances et de bonnes pratiques dans le domaine de la prévention des risques professionnels entre les différents services de la ville.

Parmi les services communaux, neuf font de l'aide à domicile et représentent un total de plus de 2 000 postes en équivalents temps plein. Ces salariés effectuent 85 000 visites par semaine (personnes âgées et/ou handicapées, toxicomanes...). Les services comprennent des infirmiers et des aides-soignants formés (7 à 12 mois) ainsi que des assistants non formés. La formation initiale est à la charge de l'État et la ville assure la formation continue.

Plusieurs retours d'informations portant sur les professions de soins ont mis en évidence le lien entre la charge physique lors de la manutention de patients et les maux de dos. Le facteur de risque déterminant, pour le salarié, est le fait d'être seul et non le nombre de déplacements de personnes. Les statistiques montrent d'ailleurs que là où les aides techniques sont disponibles, les taux de lombalgie sont plus faibles.

Par ailleurs, ce service a élaboré un guide pour l'évaluation des risques à domicile. Ce guide permet d'identifier les risques, de savoir à quoi faire attention, de savoir ce que l'on peut se permettre de demander au bénéficiaire, entre autres.

L'expérience de la ville de Copenhague montre que

- Là où les aides techniques sont disponibles, les taux de lombalgie sont plus faibles.
- La formation aux gestes simples supposés connus est indispensable.

Plus précisément, la prévention dans le domaine de l'aide à domicile suppose de former les aides à domicile aux gestes simples paraissant être connus de tous depuis toujours. Ainsi, la promotion d'une nouvelle méthode de nettoyage limitant le contact avec l'eau, évitant de porter des seaux et de tordre les serpillières a connu un grand succès. Cet exemple est à rapprocher du guide belge qui traite du même sujet. Il montre bien que la

³⁷ En mars 2005, 567 prestataires privés d'aide à domicile pour personnes âgées étaient agréés dans 567 communes. En revanche, à la même date, l'offre privée était absente dans 75 communes.

répétition de gestes domestiques dont on croit posséder toutes les techniques est un facteur de risque.

La baisse du nombre d'accidents du travail constatée en 2005 dans les services de la ville de Copenhague est attribuée à une formation accrue du personnel, à la diffusion de techniques modernes et à l'usage d'équipements appropriés.

En **Suède**, l'absentéisme important des employés des services d'aide à la personne de la commune de Huddinge a poussé la direction de ces services à procéder à l'analyse des conditions de travail afin de réduire les facteurs de risque. Il fallait aider les chefs d'équipe à améliorer les conditions de travail et à faire émerger les mesures à prendre pour réduire les risques d'accidents et accroître les connaissances du personnel en ergonomie. Mené de 2005 à 2006, le projet montra que le volet physique des conditions de travail pouvait être amélioré à l'échelon individuel mais aussi à celui du groupe et de l'organisation.

Pour le volet ergonomie, une formation en technique de déplacement des patients a été organisée. Sa particularité est d'être dispensée dans un lieu de vie normal et non dans un centre de formation afin de combiner la théorie et la pratique. Cette formation a été très enrichissante pour le personnel. En outre, les voitures ont été équipées d'un siège tournant pour faciliter la montée et la descente des bénéficiaires. Des chariots et des caddies ont été mis à disposition du personnel pour éviter le port de lourdes charges (courses, linge etc.). Le projet comprend la fourniture de bottes en caoutchouc pour permettre au personnel de travailler de manière plus ergonomique chez les bénéficiaires nécessitant une aide pour la douche.

En **Suède**, la commune de Huddinge a amélioré les conditions de travail des aides à domicile en leur fournissant des chariots et des caddies afin d'éviter le port de charges lourdes.

Quant au volet organisation du travail, il s'est concrétisé par la mise en place d'un système informatique permettant de mieux répartir le temps de travail de manière juste et égale, en prévoyant des marges pour les imprévus. Il permet ainsi de réduire le stress généré par la pression du temps.

Enfin, une liste de contrôles est désormais utilisée lors de la première visite au domicile du bénéficiaire afin de noter les risques, les besoins ou les mesures à prendre pour améliorer au quotidien l'ergonomie des services offerts.

Au niveau national, une vidéo de formation montrant les bons gestes de l'aide aux personnes à mobilité réduite est en ligne sur le site de l'Inspection du travail³⁸.

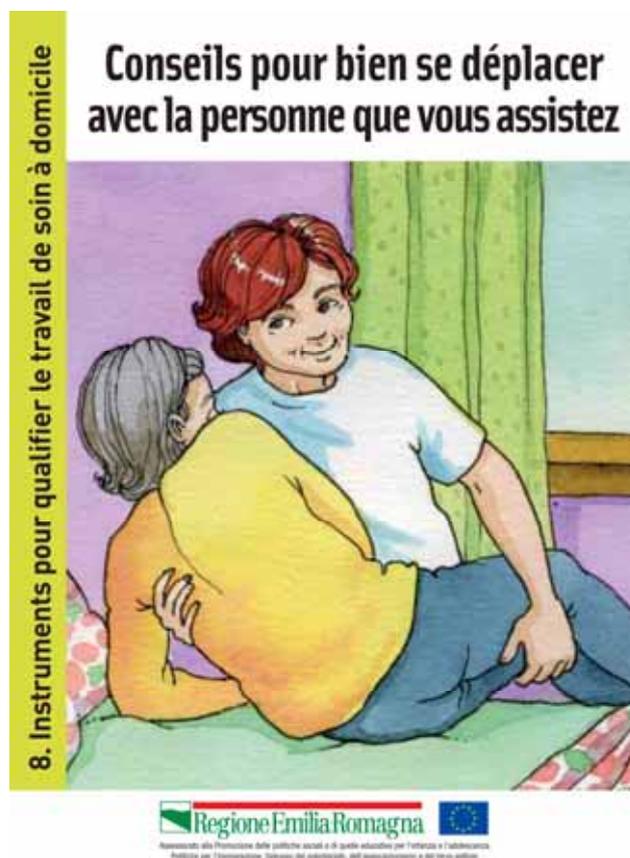
En **Italie**, les services publics d'aide à domicile sont du ressort des municipalités.

Toutefois, la prévention en santé et sécurité au travail est une prérogative des régions. Certaines définissent par des lois régionales les normes qui encadrent le travail d'aide à domicile et prévoient la mise en œuvre de cours de formation pour accroître les compétences et mieux informer sur les risques professionnels. Plus particulièrement, la région Emilie-Romagne a publié un ensemble de guides spécifiques à l'aide à domicile. Par exemple, le guide "*Conseils pour bien se déplacer avec la personne que vous assistez*", est largement illustré. Il décrit l'anatomie et la physiologie de la colonne vertébrale, les risques et les dangers pour l'aidant ainsi que des exercices simples de gymnastique pour se maintenir en bonne santé. Enfin, les postures et prises correctes pour faciliter les mouvements de la personne assistée sont décrites, accompagnées d'exemples illustrés. En complément, le guide "*Assister la personne âgée dans son*

³⁸ <http://www.av.se/teman/ergonomi/informationsmaterial/film/>

déplacement" présente les bonnes méthodes pour faciliter les mouvements de la personne assistée. Le bon usage de ces pratiques permet de réduire le risque.

Au niveau national, le ministère italien du Travail publie sur Internet un guide multilingue destiné aux aides à domicile pour leur apprendre à déceler les risques possibles. Ce guide s'intéresse toutefois aux risques pour la santé de la personne assistée et non pas celle du travailleur.



Page de garde d'un guide de formation, publié par la Région Émilie-Romagne

En **France**, l'Agence nationale des services à la personne organise son action 2009-2012 autour d'objectifs concrets³⁹ dont l'un porte sur l'adoption d'un programme de prévention des risques professionnels. En effet, les études statistiques de la CNAMTS-DRP (cf. annexe 7) mettent en évidence une sinistralité importante dans le secteur des soins et de l'aide à la personne. En réponse à ce constat, une action de partenariat basée sur le long terme regroupant l'Agence, la CNAMTS-DRP, l'INRS et les branches professionnelles a été lancée. Cette action vise à sensibiliser les employeurs et les salariés sur les risques professionnels et sur les méthodes de prévention adéquates.

A cet effet, l'INRS met en ligne deux dossiers sur le sujet. Le premier traite de l'aide à domicile⁴⁰ et le second des soins à domicile⁴¹. Un récent document INRS précise les obligations des employeurs prestataires dans le secteur de l'aide, de l'accompagnement, des soins et services à domicile⁴². Par ailleurs, un DVD intitulé "D'une maison à l'autre. Risques professionnels et aide à domicile"⁴³ réalisé par l'INRS, aborde les difficultés du

³⁹ http://www.servicessalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/assises2009/fiches_AssisesPro.pdf

⁴⁰ [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/INRS-FR/\\$FILE/fset.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/INRS-FR/$FILE/fset.html)

⁴¹ [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/INRS-FR/\\$FILE/fset.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/INRS-FR/$FILE/fset.html)

⁴² [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%206066/\\$FILE/ed6066.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%206066/$FILE/ed6066.pdf)

⁴³ [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/DV%200346/\\$File/print.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/DV%200346/$File/print.html)

métier de l'aide à domicile. Les modules du DVD aux titres évocateurs (par exemple "Parfois c'est usant" pour traiter de la pénibilité physique et psychique) illustrent des situations quotidiennes du travail de six aides à domicile intervenant auprès de personnes âgées. Ce DVD est destiné à tous les acteurs de l'aide à domicile et à pour objectif d'aider à identifier les risques professionnels et leurs conséquences sur la santé. Il peut être utilisé par module.

Salariés et employeurs, quelques conseils pour prévenir les chutes :

1. **Prenez le temps** de repérer les situations à risques : obstacles au sol, pièces encombrées ou mal éclairées.
2. **Planifiez** les tâches avant de commencer l'intervention.
3. **Dégagez l'espace** pour ne pas être gêné dans les déplacements.
4. **Rangez** le matériel dans un endroit facilement accessible.
5. **Évitez la précipitation** lors de vos déplacements.
6. Portez des chaussures qui **maintiennent vos chevilles**.
7. **Préférez** des vêtements qui ne gênent pas les mouvements effectués dans votre travail.

La chute n'est pas seulement un accident domestique, c'est aussi un accident du travail soumis à déclaration. Si vous tombez, informez votre employeur, il lui appartient de faire la déclaration d'accident du travail.

Prévenir le risque de chute : parlez-en avec votre employeur, c'est le bon interlocuteur. Il déterminera avec vous les meilleures solutions pour les éviter.



En cas d'accident
Appelez le : 15 SAMU
 18 Pompiers
 112 Urgence européenne

Pour en savoir plus : www.servicealapersonne.gouv.fr
www.risquesprofessionnels.amei.fr
www.inrs.fr

Ont participé à l'élaboration de ce dépliant :
 ADESSA www.federation-edessa.org
 FEPEM www.fepep.fr
 RESP www.fresp.asso.fr
 ICDICM www.icdem.com
 UNA www.una.fr

Photos : M. Bouchard / Agence France Presse

SERVICES À LA PERSONNE
Employeurs et salariés, construisez ensemble vos solutions



Pour prévenir les chutes au travail



A domicile, un accident du travail sur trois est dû à une chute

Les conséquences des chutes sur la santé sont souvent graves



- Contusions multiples au niveau des bras et des épaules
- Plaies principalement à la main et à la tête.
- Entorses aux poignets, coudes, épaules, chevilles, genoux...
- Fractures aux mains, poignets, coudes, épaules.
- Certaines chutes peuvent laisser des séquelles.

En cas de blessure ou de doute, consultez votre médecin

Ensemble, soyez vigilants à l'environnement de travail

Employeurs, agissez pour protéger la santé de votre salarié



Adopter un éclairage suffisant dans la maison.



Porter des chaussures adaptées et avec de bonnes semelles.



Dégager les voies et prévoir le passage, sécuriser la circulation.



Éviter les fils électriques au sol, les fixer sur les plinthes.



Proposer un escabeau stable et adapté.

France : exemple d'encart de sensibilisation aux risques professionnels à l'attention des employeurs et des salariés réalisé par la CNAMTS-DRP, l'INRS, l'ANSP et les fédérations professionnelles

En **Belgique**, les services officiels fédéraux sont très actifs. Maux de dos, stress, harcèlement, douleurs physiques, contagions et accidents constituent les risques identifiés. Pour y répondre, les services officiels agissent en termes d'information (brochures, fiches "sécurité", réunions...), de formation (manutention de charges, gestion du stress...) et d'accompagnement et de soutien par le responsable direct. Ces mesures sont présentées, par les services fédéraux, comme défensives plutôt que préventives car elles n'améliorent pas directement les conditions de travail.

De nombreux documents sont disponibles. Par exemple, la brochure "*Travailler comme aide familiale à domicile*"⁴⁴ éditée par la Direction générale Humanisation du travail (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale) aborde la question de la prévention des risques professionnels. La portée préventive de ces mesures est nuancée. Il est précisé à ce sujet que "*Face à ces risques et ces problèmes, les services préconisent surtout des mesures en termes d'information (brochures, fiches "sécurité", réunions...), de formation (manutention ou manipulation de charges, gestion du stress...) ou d'accompagnement, de soutien par le responsable direct. Force est de constater que si ces mesures peuvent permettre de protéger quelque peu les aides familiales, elles n'améliorent pas directement les conditions de travail. Il s'agit donc plus d'une politique de sécurité défensive que véritablement préventive.*"

Ces actions sont limitées par la difficulté d'agir au domicile du bénéficiaire. En effet : "*Une mesure préventive pour améliorer la sécurité au travail consiste à contrôler la présence et la qualité du matériel mis à la disposition des aides familiales au domicile des bénéficiaires. Un quart des services seulement réalise ce contrôle, le plus souvent sans l'aide d'une liste de matériel préétablie*".

Aux **Pays-Bas**, le plan de prévention résulte d'une initiative gouvernementale qui a associé tous les partenaires à une action commune. Des outils de prévention ont été élaborés, en grande partie, dans le cadre de la "*Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg*", CAT [Convention relative aux conditions de travail dans l'aide à domicile] signée le 3 mars 1999 par les employeurs, les travailleurs et les pouvoirs publics. Les signataires entendaient pousser les acteurs du secteur à améliorer les conditions de travail et à réduire l'absentéisme pour maladie.

L'accord s'est concrétisé par la création du *Arbeidsmarktbeleid en Opleidingen Thuiszorg*, FAOT [Fondation pour la politique en matière d'emploi et de formation dans le secteur de l'aide à domicile]. Cette fondation est constituée d'organisations patronales et syndicales du secteur qui travaillent ensemble pour développer le marché de l'emploi du secteur et améliorer les conditions de travail.

En matière de prévention, la FAOT édite des brochures en ligne ou des vidéos à l'attention des personnes travaillant dans le secteur des soins et des services à la personne (soins ménagers, soins postnataux, etc.). Il s'agit de conseils simples de prévention, d'adresses utiles, de bonnes pratiques relatives au port de charges et de façons de travailler. Un site Internet dédié⁴⁵ met à disposition ces outils de prévention qui s'organisent autour de trois grands thèmes : la charge physique, la pression au travail et la sécurité.

La grande attention accordée à la charge physique a poussé au développement d'outils de sensibilisation et de formation comme :

- des règles pratiques sur le port de charges pour limiter celle-ci et pour assister les prestataires dans la mise en œuvre d'une politique préventive. Une brochure décrit les règles pratiques en matière de charge physique. Cela permet à chacun de comparer sa propre situation à ces règles pratiques qui peuvent rester abstraites. Des cas pratiques permettent de stimuler la réflexion, un questionnaire permet de réfléchir au problème et de se préparer aux réunions de groupe ayant pour objet de réduire la charge physique,
- des dossiers sur la gestion des soins, un guide virtuel des règles pratiques, des outils sur la charge physique afin de mesurer le degré d'exposition au risque,
- des dossiers d'information sur les lève-personnes (vidéo et brochure explicative), la manutention de charges et les protocoles de manutention. La vidéo a été conçue

⁴⁴ <http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=6772>)

⁴⁵ <http://www.faot.nl>

comme un outil de formation et d'information des aides à domicile mais peut aussi servir de support explicatif à l'intention du bénéficiaire avant son introduction de ce matériel à son domicile,

- un "kit" de l'aide familiale à domicile qui contient le matériel de nettoyage professionnel amené par l'aide familiale chez le bénéficiaire. Cela permet à l'aidant de travailler avec du matériel approprié,

D'autres outils ont été développés pour gérer la pression au travail et les diverses formes de harcèlement.

Un rapport d'évaluation a montré que cet ensemble de mesures a permis de réduire la charge physique et la charge psychique mais que ces efforts sont à poursuivre.

Note au lecteur

Une grande partie des actions de prévention décrites trouvent leur source dans le programme PROXIMA développé en Belgique. Ce dernier a été l'occasion de procéder à un large inventaire des mesures de prévention en application en Belgique, en France, aux Pays-Bas et au Canada.

Ces informations sont disponibles à partir du lien Internet suivant :
<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=17760>

Conclusion

La proportion de la population âgée va continuer à s'élever dans l'UE, créant un besoin de soins et d'aide à domicile de plus en plus important. D'autres catégories de la population sont également demandeuses de plus de services à la personne.

Un consensus existe sur le besoin de professionnalisation du secteur compte tenu de la rotation du personnel et de l'image négative de ces métiers. Une pénurie de personnel qualifié est attendue dans ce secteur présenté comme ayant de bonnes perspectives d'emploi.

La professionnalisation suppose de créer de meilleures conditions de travail et donc de s'intéresser à la santé et à la sécurité des salariés du secteur afin de limiter les départs précoces pour invalidité ou manque de perspectives professionnelles. La structuration en cours du secteur représente une opportunité d'intégrer la thématique de la santé et de la sécurité au travail dès l'apparition d'un nouveau secteur professionnel.

L'employeur est tenu d'assurer la santé et la sécurité de ses salariés. Les risques professionnels présents dans ce secteur sont identifiés et des méthodes de prévention ont été élaborées et sont en application. Elles le sont au sein de l'entreprise. Pour l'aide à domicile, ce territoire n'existe pas puisque l'une des caractéristiques du secteur est la mobilité des salariés qui vont de lieu de travail en lieu de travail et rencontrent la quasi-totalité des risques professionnels à plusieurs reprises dans la même journée de travail.

La prévention doit s'adapter à cette situation. Il est difficile, sinon impossible, de procéder à une évaluation traditionnelle des risques chez chaque bénéficiaire. La solution consiste à intégrer cette évaluation des risques dans l'évaluation des besoins du bénéficiaire. La législation de certains pays prévoit ce mode de fonctionnement. Les entreprises qui délèguent des aides à domicile sont alors en mesure de procéder à cette évaluation.

Compte tenu de la mobilité des salariés du secteur, la prévention collective n'est guère envisageable. C'est par la formation, l'accompagnement, la fourniture de matériels adéquats que l'entreprise permet à ses salariés de prendre soin d'eux-mêmes. Les guides et les formations visant à apprendre au personnel comment effectuer ces gestes simples constituent un axe majeur de la prévention des TMS.

Cependant, si ces actions consistent à soutenir et former les intervenants à domicile et à leur permettre d'agir en sécurité, elles n'améliorent pas obligatoirement leurs conditions de travail. Une approche traitant des conditions de travail porterait sur des mesures de prévention telles que la présence, le contrôle et la qualité du matériel mis à la disposition des aides au domicile du bénéficiaire.

Une difficulté importante réside dans l'augmentation de l'emploi direct par des particuliers. Le préventeur va devoir sensibiliser, informer et former à la santé et à la sécurité au travail tant le particulier bénéficiaire que l'intervenant à domicile.

Apprenez à reconnaître le danger

Soyez très prudent avec les produits qui comportent ces symboles :



Parlez-en avec votre employeur, c'est votre meilleur interlocuteur pour prévenir les risques liés à l'utilisation des produits ménagers. Il déterminera avec vous comment protéger votre santé.



En cas d'accident grave, composez le :

- 15** Samu
- 18** Pompiers
- ou **112**

www.servicesalapersonne.gouv.fr
www.risquesprofessionnels.ansp.fr

PROFESSIONNELS DES SERVICES À LA PERSONNE, soyons vigilants ensemble



Vous effectuez des travaux ménagers, vous intervenez auprès d'enfants, de personnes âgées, malades ou handicapées...

Il existe des risques. Pour préserver votre santé, adoptez les bons gestes.

Produits ménagers

Chaque année, des accidents ont lieu par manque d'information : brûlure, maladie de l'appareil respiratoire, des yeux ou de la peau...

→ Adoptez les bons gestes au quotidien



Portez des gants. Certains produits peuvent causer des irritations, des allergies, etc.



Ne mélangez pas les produits.



Ne transvasez pas les produits dans un contenant alimentaire tel qu'une bouteille d'eau minérale ou de jus de fruits.

→ En cas de problème, ayez les bons réflexes



En cas de projection dans les yeux, lavez immédiatement et abondamment à l'eau. Consultez un médecin.



En cas de contact sur la peau, lavez immédiatement et abondamment à l'eau.

Risques d'infection

Vous êtes intervenant à domicile, au contact de personnes âgées ou d'enfants en bas âge, vous devez limiter les risques d'infection.

→ Sachez reconnaître le danger

Les modes de transmission de virus respiratoires sont :

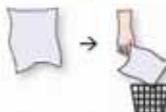
- les postillons;
- les éternuements;
- la toux;
- les mains.

→ Adoptez les bons gestes au quotidien



Lavez-vous les mains plusieurs fois par jour, avec du savon pendant **30 secondes** et systématiquement :

- après avoir éternué, toussé, vous être mouché;
- avant et après chaque repas;
- après chaque sortie et retour au domicile;
- après être allé aux toilettes.



Utilisez un mouchoir en papier :

- pour vous moucher, pour tousser, pour cracher;
- jetez votre mouchoir dans une poubelle;
- puis lavez-vous les mains.

Si vous êtes malade, portez un masque chirurgical en présence d'une autre personne.



Pensez aussi à apprendre ce geste à vos enfants :

- placez le masque sur votre visage;
- moulez le haut du masque sur la racine du nez;
- abaissez le bas du masque sous le menton. Changez votre masque environ toutes les 4 heures ou quand il est mouillé.

France, encart de sensibilisation aux risques professionnels à l'attention des employeurs et des salariés réalisé par la CNAMTS-DRP, la CNSA et l'ANSP

Annexe 1 – Données OCDE – Eurostat

Tableau 1 : Proportion de personnes âgées dans la population, 1960-2040

	65 ans et plus					80 ans et plus				
	1960	2000	2040	Évolution en %		1960	2000	2040	Évolution en %	
				1960-2000	2000-2040				1960-2000	2000-2040
Allemagne	*	16,4	29,7	*	13,3	*	3,7	8,7	*	5
Australie	8,5	12,4	22,5	3,9	10,1	1,2	2,9	7,3	1,7	4,4
Autriche	12,2	15,5	29,6	3,3	14,1	1,8	3,5	8,2	1,7	4,7
Belgique	12	16,8	27,4	4,8	10,6	1,8	3,6	8,6	1,8	5
Canada	7,5	12,5	24,6	5	12,1	1,2	3	8,1	1,8	5,1
Corée	2,9	7,2	27,8	4,3	20,6	0,2	1	7,1	0,8	6,1
Danemark	10,6	14,8	24,1	4,2	9,3	1,6	4	6,9	2,4	2,9
Espagne	8,2	16,9	30,7	8,7	13,8	1,1	3,8	8,5	2,7	4,7
Etats-Unis	9,2	12,4	20,4	3,2	8	1,4	3,3	6,9	1,9	3,6
Finlande	7,3	14,9	26,2	7,6	11,3	0,9	3,4	9	2,5	5,6
France	11,6	16,1	26,6	4,5	10,5	2	3,7	9,1	1,7	5,4
Grèce	8,1	17,3	28,2	9,2	10,9	1,3	3,5	7,9	2,2	4,4
Hongrie	9	15,1	25,7	6,1	10,6	1,1	2,6	7,1	1,5	4,5
Irlande	11,1	11,2	20,5	0,1	9,3	1,9	2,6	5,5	0,7	2,9
Islande	8	11,7	22,6	3,7	10,9	1,1	2,8	7,1	1,7	4,3
Italie	9,3	18,1	33,7	8,8	15,6	1,4	4	10	2,6	6
Japon	5,7	17,4	35,3	11,7	17,9	0,7	3,8	14,1	3,1	10,3
Luxembourg	10,8	14,2	24	3,4	9,8	1,6	3	7,4	1,4	4,4
Mexique	4,2	4,6	15,4	0,4	10,8	0,5	0,6	3,7	0,1	3,1
Norvège	11	15,2	26,3	4,2	11,1	2	4,3	8,6	2,3	4,3
Nouvelle-Zélande	8,6	11,7	22,8	3,1	11,1	1,5	2,8	7	1,3	4,2
Pays-Bas	9	13,6	25,5	4,6	11,9	1,4	3,2	7,6	1,8	4,4
Pologne	6	12,2	24,1	6,2	11,9	0,7	2	7,5	1,3	5,5
Portugal	7,9	16,3	24	8,4	7,7	1,1	3,4	6,2	2,3	2,8
Royaume-Uni	11,7	15,9	25,4	4,2	9,5	1,9	4	7,3	2,1	3,3
République slovaque	6,9	11,4	23,2	4,5	11,8	1	1,9	6,3	0,9	4,4
République tchèque	8,7	13,8	28,8	5,1	15	1,2	2,4	8,5	1,2	6,1
Suède	11,7	17,3	25,2	5,6	7,9	1,9	5	7,9	3,1	2,9
Suisse	10,2	15,3	33,1	5,1	17,8	1,5	4	11,1	2,5	7,1
Turquie	3,5	5,7	14,3	2,2	8,6	0,3	0,6	2,6	0,3	2
Moyenne OCDE	8,7	13,8	25,6	5	11,8	1,3	3,1	7,7	1,8	4,6

* Les chiffres concernant l'Allemagne en 1960 (avant la réunification) ne sont pas comparables avec les données relatives à 2000.

Source : *Eco-Santé OCDE 2004* pour 1960 et 2000 ; projection 2040 : Eurostat (15 pays de l'UE) ; sources nationales (Canada et Etats-Unis) : Nations unies (2002)

Tableau 2 : Proportion de personnes très âgées (80 ans et plus) parmi les personnes âgées, 1960-2040

	1960	2000	2040	Évolution en %	
				1960-2000	2000-2040
Allemagne	*	22,3	29,9	*	7,6
Australie	14,3	23,6	31,8	9,3	8,2
Autriche	14,4	22,8	28,1	8,4	5,2
Belgique	15,4	21,3	31,9	5,8	10,6
Canada	15,8	23,6	32,9	7,8	9,3
Corée	8,1	14,2	26,1	6,1	11,9
Danemark	15,3	26,7	28,9	11,4	2,2
Espagne	14,5	16,5	28,3	2	11,8
Etats-Unis	15,2	26,4	33,3	11,2	6,9
Finlande	12,7	22,5	35,1	9,8	12,6
France	17,2	23,3	34,6	6,1	11,3
Grèce	16	20,5	30,1	4,6	9,6
Hongrie	12,3	17,5	28,7	5,2	11,3
Irlande	17,5	23	26,7	5,5	3,7
Islande	14,3	24,2	31,6	10	7,3
Italie	14,6	22,2	30,6	7,6	8,4
Japon	12,6	22	41,1	9,5	19,1
Luxembourg	14,7	21	26,9	6,3	5,9
Mexique	12	14	23,5	2	9,6
Norvège	18	28,3	32,7	10,4	4,4
Nouvelle-Zélande	17,1	23,8	30,5	6,8	6,7
Pays-Bas	15,2	23,5	30	8,3	6,5
Pologne	12,2	16,2	31,9	4	15,7
Portugal	14,4	20,6	25,8	6,2	5,2
Royaume-Uni	16,4	25,4	29,1	9	3,7
République slovaque	14	22,3	27,6	8,3	5,3
République tchèque	14	17,1	30,4	3,1	13,3
Suède	15,9	29	31,5	13,1	2,5
Suisse	15	26	34,9	11	8,9
Turquie	8,5	11,3	18,2	2,8	7
Moyenne OCDE	14,4	21,7	30,1	7,3	8,4

* Les chiffres concernant l'Allemagne en 1960 (avant la réunification) ne sont pas comparables avec les données relatives à 2000.

Source : *Eco-Santé OCDE 2004* pour 1960 et 2000 ; projections 2040 : Eurostat (15 pays de l'UE) ; sources nationales (Canada et Etats-Unis) ; Nations unies (2002)

Tableau 3 : Espérance de vie à 65 ans et à 80 ans, 1960-2000

	Espérance de vie à 65 ans				Espérance de vie à 80 ans			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	1960	2000	1960	2000	1960	2000	1960	2000
Allemagne	12,4	15,7	14,6	19,4	5,2	7	5,9	8,5
Australie	12,5	16,9	15,6	20,4	5,6	7,6	6,6	9,4
Autriche	12	16	14,7	19,4	5,1	7	5,9	8,3
Belgique	12,4	15,5	14,8	19,5	5,3	6,7	6,1	8,4
Canada	13,6	16,9	16,1	20,5	6,2	7,8	7	9,7
Corée	n.d.	14,1	n.d.	18	n.d.	6,2	n.d.	7,7
Danemark	13,7	15,2	15,3	18,3	n.d.	6,8	n.d.	8,8
Espagne	13,1	16,5	15,3	20,4	5,7	7,3	6,5	8,8
Etats-Unis	12,8	16,3	15,8	19,2	6	7,6	6,8	9,1
Finlande	11,5	15,5	13,7	19,3	5	6,6	5,5	8,1
France	12,5	16,7	15,6	21,2	5,1	7,6	6,3	9,5
Grèce	13,4	16,3	14,6	18,7	5,7	7,1	6,3	7,5
Hongrie	12,3	12,7	13,8	16,4	5	6	5,5	7
Irlande	12,6	14,6	14,4	17,8	n.d.	6,1	n.d.	7,6
Islande	n.d.	18,1	n.d.	19,6	6,2	8,4	7,1	8,8
Italie	13,4	16,5	15,3	20,4	5,7	7,3	6,4	9
Japon	11,6	17,5	14,1	22,4	4,9	8	5,9	10,6
Luxembourg	12,5	15,5	14,5	19,7	5	6,5	5,4	8,7
Mexique	14,2	16,8	14,6	18,3	7,1	8,7	7,1	9,1
Norvège	14,5	16	16	19,7	6,2	6,7	6,7	8,6
Nouvelle-Zélande	13	16,5	15,6	19,8	5,5	7,4	6,4	9,2
Pays-Bas	13,9	15,3	15,3	19,2	5,7	6,4	6,2	8,3
Pologne	12,7	13,6	14,9	17,3	5,6	6,5	6,2	7,4
Portugal	13	15,3	15,3	18,7	n.d.	6,4	n.d.	7,7
Royaume-Uni	11,9	15,7	15,1	18,9	5,2	6,9	6,3	8,6
République slovaque	13,2	12,9	14,6	16,5	n.d.	6,1	n.d.	6,9
République tchèque	12,5	13,7	14,5	17,1	5,6	6,1	5,7	7,1
Suède	n.d.	16,7	n.d.	20	5,7	7,1	6,2	8,8
Suisse	n.d.	16,9	n.d.	20,7	5,5	7,4	6,1	9,1
Turquie	11,2	12,6	12,1	14,2	4,7	5,3	5	5,8

n.d. : non disponible

Note : Canada, Italie : 1960 renvoie à 1961 ; Grèce, Corée : 2000 renvoie à 1999 ; Royaume-Uni : 1960 renvoie à 1961 pour l'espérance de vie à 80 ans.

Source : Eco-Santé OCDE 2004

Tableau 4 : Personnes âgées - ratio de dépendance

Pourcentage	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU27	25,39	25,9	31,05	38,04	45,36	50,42	53,47
Allemagne	30,29	31,17	35,28	46,23	54,73	56,43	59,08
Autriche	25,43	26,01	29,18	38,09	46,03	48,31	50,65
Belgique	25,8	26,09	30,6	37,58	42,27	43,87	45,84
Bulgarie	24,99	25,29	31,1	36,28	43,58	55,44	63,54
Chypre	17,69	18	22,26	27,44	30,76	37,65	44,47
Danemark	23,61	24,98	31,85	37,85	42,69	41,31	42,66
Espagne	24,15	24,43	27,42	34,32	46,39	58,69	59,07
Estonie	25,23	25,01	29,18	34,42	38,96	47,19	55,55
Finlande	24,8	25,7	36,75	43,89	45,06	46,61	49,3
France (métropolitaine)	23,33	25,81	32,77	39,02	43,99	44,68	45,2
Grèce	27,77	28,22	32,75	38,47	48,25	56,99	57,12
Hongrie	23,5	24,22	30,31	34,06	40,11	50,83	57,64
Irlande	16,31	16,67	20,23	24,63	30,6	40,4	43,57
Italie	30,47	30,99	35,47	42,45	54,07	59,24	59,32
Lettonie	25,02	25,17	28,08	34,57	40,72	51,18	64,45
Lituanie	23,02	23,18	25,98	34,71	42,81	51,13	65,65
Luxembourg	20,92	21,07	24,23	30,8	36,31	37,82	39,1
Malte	19,79	21,19	31,25	39,14	41,71	49,77	59,07
Pays-Bas	21,84	22,82	30,69	40	46,77	45,61	47,18
Pologne	18,95	18,98	27,19	35,98	41,29	55,69	68,97
Portugal	25,91	26,58	30,66	36,63	44,59	52,96	54,76
République slovaque	16,58	16,95	23,85	32,3	39,98	55,46	68,49
République tchèque	20,59	21,83	31,07	35,71	42,71	54,81	61,4
Roumanie	21,34	21,34	25,67	30,32	40,75	54	65,27
Royaume-Uni	24,27	24,72	28,58	33,23	36,92	37,96	42,14
Slovénie	22,97	23,91	31,21	40,83	49,4	59,4	62,19
Suède	26,66	27,81	33,69	37,43	40,78	41,91	46,71

Source : Eurostat. EUROPORP2008 convergence scénario

Le ratio de dépendance équivaut au nombre projeté de personnes âgées rapporté à l'estimation de la population active (de 15 à 65 ans) du moment.

Tableau 5 : Population âgée de plus de 65 ans

En milliers	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU27	84 601,9	86 777,5	103 052,2	122 465,1	139 644,4	148 447,5	151 473,6
Allemagne	16 480,5	16 897,0	18 568,4	22 129,4	24 168,7	23 619,0	22 977,1
Autriche	1 431,1	1 475,6	1 688,5	2 129,5	2 484,0	2 570,8	2 619,4
Belgique	1 816,2	1 856,5	2 208,6	2 685,6	3 011,7	3 133,9	3 260,0
Bulgarie	1 323,1	1 321,4	1 462,1	1 517,8	1 689,9	1 851,9	1 876,1
Chypre	98,5	103,8	143,5	192,4	233,1	290,7	345,5
Danemark	853,0	902,4	1 138,5	1 325,4	1 460,4	1 442,7	1 482,5
Espagne	7 520,3	7 788,2	9 292,4	11 655,4	14 740,1	17 090,5	16 788,3
Estonie	229,7	226,6	246,1	275,6	295,4	324,0	347,8
Finlande	875,4	910,5	1 232,6	1 421,4	1 446,9	1 460,5	1 503,0
France (métropolitaine)	10 212,2	10 473,9	13 248,4	15 770,4	17 715,7	18 201,2	18 624,1
Grèce	2 090,1	2 131,7	2 441,3	2 798,2	3 285,2	3 609,8	3 519,0
Hongrie	1 624,5	1 664,8	1 960,4	2 118,7	2 334,7	2 659,2	2 783,1
Irlande	492,7	522,9	717,6	942,5	1 204,2	1 550,4	1 701,5
Italie	11 951,6	12 208,2	13 931,0	16 179,7	19 107,9	19 978,3	19 426,9
Lettonie	391,9	390,2	399,5	450,9	486,3	533,50	578,5
Lituanie	533,1	535,5	565,9	682,5	767,1	812,5	884,5
Luxembourg	68,3	70,5	89,3	118,7	145,8	160,3	172,4
Malte	56,8	61,0	86,8	104,5	109,0	120,5	131,3
Pays-Bas	2 414,8	2 529,3	3 345,9	4 146,5	4 632,9	4 506,1	4 522,8
Pologne	5 131,4	5 166,3	6 917,0	8 499,6	9 120,3	10 525,6	11 265,7
Portugal	1 849,9	1 907,1	2 230,0	2 631,7	3 072,5	3 448,5	3 475,7
République slovaque	647,0	664,7	893,1	1 134,4	1 295,8	1 537,1	1 642,7
République tchèque	1 514,6	1 599,9	2 132,2	2 309,8	2 673,8	3 060,5	3 175,4
Roumanie	3 149,9	3 185,6	3 631,3	4 060,2	4 890,0	5 612,7	5 916,2
Royaume-Uni	9 866,7	10 155,2	12 011,4	14 225,0	16 163,0	17 099,1	18 966,4
Slovénie	325,3	338,2	420,2	511,5	569,4	610,4	594,7
Suède	1 608,4	1 690,3	2 050,1	2 313,1	2 540,7	2 637,9	2 892,9

Source : Eurostat. EUROPORP2008 convergence scénario

Tableau 6 : Population âgée de plus de 80 ans

En milliers	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU27	21 826,5	23 254,7	29 281,1	36 022,3	46 085,2	56 640,0	61 352,0
Allemagne	3 891,0	4 153,5	5 777,8	6 398,1	8 006,9	10 417,6	9 339,7
Autriche	384,3	398,3	453,2	601,5	764,9	1 045,2	1 026,0
Belgique	498,6	529,5	631,6	757,9	1 009,6	1 214,2	1 259,9
Bulgarie	272,5	286,0	328,2	411,8	504,6	568,7	703,8
Chypre	22,1	23,1	32,5	49,0	71,1	90,9	113,9
Danemark	225,0	226,9	265,5	410,6	478,4	573,7	594,3
Espagne	2 082,0	2 238,9	2 770,0	3 358,6	4 426,9	6 001,9	7 517,5
Estonie	48,6	53,0	68,4	74,5	95,4	106,8	121,6
Finlande	229,1	247,6	310,5	455,5	559,2	586,7	583,1
France (métropolitaine)	3 107,8	3 322,9	3 954,7	4 971,2	6 531,4	7 450,1	7 748,2
Grèce	459,6	516,4	749,2	822,3	1 031,9	1 286,8	1 497,5
Hongrie	372,3	394,5	470,3	598,5	786,1	826,7	1 100,9
Irlande	122,2	129,7	169,2	250,7	353,3	474,2	647,1
Italie	3 273,7	3 509,1	4 496,3	5 262,8	6 189,7	8 026,7	8 853,7
Lettonie	80,90	88,20	112,40	120,40	151,50	178,30	200,10
Lituanie	110,2	121,5	158,0	172,6	228,5	291,9	305,5
Luxembourg	16,8	18,6	23,7	30,3	44,0	59,9	65,2
Malte	13,0	13,7	19,4	30,5	39,6	40,9	47,9
Pays-Bas	615,4	643,5	796,8	1 192,8	1 543,6	1 874,5	1 806,1
Pologne	1 140,2	1 361,9	1 655,4	2 095,9	3 322,2	3 349,5	4 072,4
Portugal	446,6	480,7	643,8	766,5	967,2	1 197,4	1 110,3
République slovaque	139,7	147,8	175,6	252,9	397,7	454,0	599,6
République tchèque	348,9	372,7	432,0	691,6	853,7	921,4	1 274,2
Roumanie	595,8	647,2	877,3	988,2	1 425,0	1 710,5	2 215,8
Royaume-Uni	2 767,9	2 854,6	3 265,3	4 339,2	5 230,9	6 650,3	6 879,0
Slovénie	71,2	79,6	111,3	135,1	193,3	224,6	246,4
Suède	491,0	495,2	532,6	783,0	878,7	1 016,6	1 092,3

Source : Eurostat. EUROPORP2008 convergence scénario

Tableau 7 : Évolution de l'emploi par secteur d'ici à 2015 dans l'UE 25⁺

Effectif en milliers	1996	2001	2006	2010	2015
Agriculture	12 230	11 096	9 753	8 690	7 764
Industries extractives	1 005	724	651	572	500
Industries alimentaires, tabac	5 012	4 987	4 781	4 743	4 632
Industries	7 943	8 096	7 502	7 660	7 542
Industries (autres)	24 847	24 214	22 588	22 852	22 241
Électricité, gaz et eau	1 817	1 626	1 514	1 404	1 364
Construction	13 729	14 514	15 141	15 598	15 583
Distribution	28 945	31 127	32 153	33 042	34 031
Hôtels et restaurants	7 891	9 158	9 932	10 801	11 547
Transport et télécommunications	11 520	12 280	12 157	12 235	12 162
Banques et assurances	5 743	6 028	6 014	6 040	6 032
Autres services aux entreprises	17 424	23 308	26 140	29 196	33 079
Administration publique et défense	13 837	14 157	14 258	14 336	14 432
Éducation	12 896	13 693	14 507	14 927	15 574
Santé et services sociaux	17 020	18 545	20 081	20 911	22 005
Services divers	10 855	12 292	13 485	14 390	15 448
Total	192 714	205 844	210 656	217 399	223 936
Effectif en pourcentage	1996	2001	2006	2010	2015
Agriculture	6,3	5,4	4,6	4,0	3,5
Industries extractives	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2
Industries alimentaires, tabac	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1
Industries	4,1	3,9	3,6	3,5	3,4
Industries (autres)	12,9	11,8	10,7	10,5	9,9
Électricité, gaz et eau	0,9	0,8	0,7	0,6	0,6
Construction	7,1	7,1	7,2	7,2	7,0
Distribution	15,0	15,1	15,3	15,2	15,2
Hôtels et restaurants	4,1	4,4	4,7	5,0	5,2
Transport et télécommunications	6,0	6,0	5,8	5,6	5,4
Banques et assurances	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7
Autres services aux entreprises	9,0	11,3	12,4	13,4	14,8
Administration publique et défense	7,2	6,9	6,8	6,6	6,4
Éducation	6,7	6,7	6,9	6,9	7,0
Santé et services sociaux	8,8	9,0	9,5	9,6	9,8
Services divers	5,6	6,0	6,4	6,6	6,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : CEDEFOP, Employment trends by industry, EU 25⁺ (moins la Roumanie et la Bulgarie, plus la Suisse et la Norvège)

Future skill needs in Europe. Page 91 – Table 26

Annexe 2 : Évaluation quantitative du secteur

Allemagne
<p>Selon l'OCDE, le nombre de prestataires de soins à domicile est passé de 4 000 en 1995 à 10 600 en 2006. Il est de 11 259 en 2009. Ce sont essentiellement des organismes à but non lucratif.</p> <p>Le nombre de salariés du secteur s'élève à 236 162 dont 88 % de femmes. Ces emplois sont à 71 % des emplois à temps partiel. En moyenne, par prestataire, de 18 à 22 % de ces salariés sont d'origine étrangère. Pour 57 % dans le secteur des soins et 47 % dans le secteur de l'aide ménagère. Il n'existe pas d'estimation officielle du nombre de travailleurs non déclarés. Cependant, une estimation basse dénombre 100 000 travailleurs non déclarés dans le secteur des soins et de l'aide à domicile.</p> <p>Ces salariés assurent les soins de 504 232 personnes considérées comme ayant besoin de soins selon les termes de la loi sur l'assurance obligatoire sur les soins à long terme.</p>
Autriche
<p>Hilfswerk, l'un des principaux fournisseurs de services sociaux emploierait 7 370 personnes. Les services de soins à domicile sont assurés par des organismes à but non lucratif. Le nombre de personnes travaillant dans le secteur de l'aide sociale a augmenté de 21 % par an entre 1992 et 1997 et près de 5 000 emplois ont été créés dans le secteur de l'aide à l'enfance.</p> <p>Une récente loi sur l'aide à domicile a légalisé l'embauche des travailleurs étrangers. Cependant, la complexité administrative subsistante pourrait pousser 40 000 infirmières étrangères à quitter le pays.</p>
Belgique
<p>Voir le paragraphe C de la première partie (p. 11)</p>
Danemark
<p>En 2001, environ 180 000 personnes de 67 ans (qui représentent 24 % de la totalité des plus de 67 ans) et plus bénéficiaient de services à domicile fournis par les municipalités. En tout, 212 000 personnes ont reçu de l'aide à domicile dont 112 000 pour moins de 4 heures par semaine. Selon une seconde estimation de 2005, 160 000 bénéficiaires disposaient du droit d'opter pour un service à domicile fourni par un prestataire privé ou municipal. Au total, 99 600 salariés à temps plein s'occupent de personnes âgées (services municipaux et maisons de retraite). La part de marché des prestataires privés était estimée à 15,5 % en 2005.</p>
Espagne
<p>Le chiffre de 777 800 salariés dont 335 600 seraient affiliés à la sécurité sociale a été avancé. Parmi les aidants à domicile (déclarés ou non) de 200 à 600 000 seraient d'origine étrangère. Quant au nombre de bénéficiaires selon l'étude menée en 2008 par le cabinet Deloitte, 446 000 personnes requerront l'aide à domicile en 2010 contre 305 800 en 2005.</p>
Finlande
<p>Sur une population totale de 5,3 millions de personnes, 16 % sont âgées de plus de 65 ans (2007-2009). Le nombre de démences passerait de 80 000 en 1999 à 110 000 en 2030 selon certaines prévisions. Globalement, les objectifs d'aide à domicile envers les seniors ne seraient pas atteints. Les effectifs seraient en déclin et les salariés du secteur relativement âgés. Les aides à domicile seraient au nombre de 25 000. (Source EQUIP)</p>
France
<p>Voir le paragraphe C de la première partie (p. 11)</p>
Irlande
<p>En 2004, 8 963 383 heures de service ont fait l'objet de prestations de services envers des personnes âgées. Vers 2036, plus de 100 000 personnes seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer selon certaines estimations. En 2008, 23 000 personnes bénéficiaient d'une allocation financière d'aide à domicile pour un montant total de 110 millions d'euros. Le budget 2009 de cette allocation est évalué à 179 millions. Il était de 62 millions en 2006.</p>

Italie

Selon une estimation reprise par l'INAIL, le pays compterait 2 000 000 de domestiques et d'auxiliaires de vie dont le tiers serait inscrit à la sécurité sociale. En 2005, 471 085 aides à domicile y étaient inscrites dont 65 % d'origine étrangère. Une enquête menée en 2002, (IREF-ACLI en collaboration avec Eurisko) a évalué à 950 000 le nombre de familles ayant recours à des travailleurs immigrés pour prendre soin de personnes âgées ou d'enfants. Les familles italiennes dépenseraient 11 milliards d'euros pour ces services. A l'automne 2009, une régularisation ad hoc des sans-papiers ayant un emploi comme aide à la personne (badanti) ou d'aide ménagère (colf) concernait potentiellement 300 000 personnes. L'association Acli Colf a récemment dénombré 600 000 aides à domicile.

Pays-Bas

Selon l'étude EQUIP menée de 2007 à 2009, les aides à domicile seraient plus de 130 000.

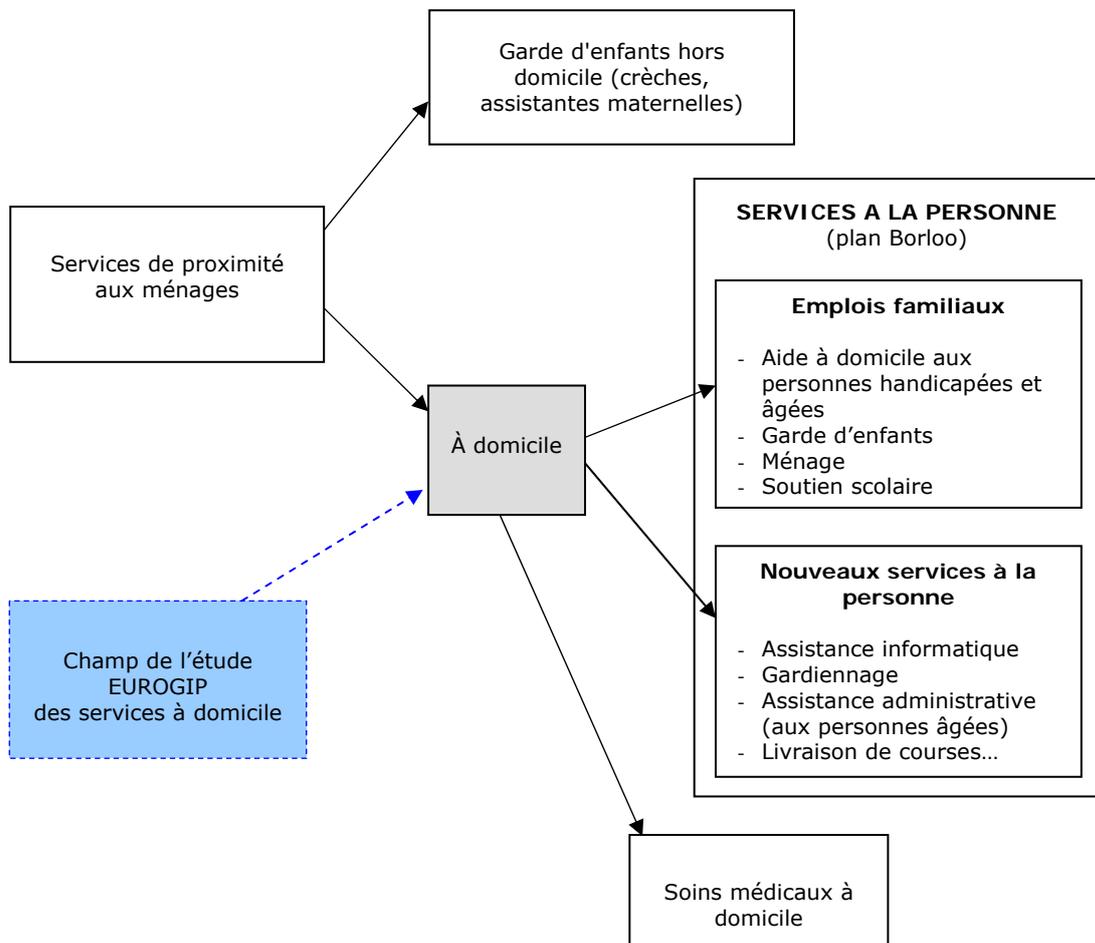
Royaume-Uni

Voir le paragraphe C de la première partie (p. 11)

Suède

Selon l'enquête EUROGIP, 130 000 personnes travaillent dans l'aide à domicile. En 2007, les bénéficiaires de plus de 65 ans seraient environ 165 000.

Annexe 3 : Champ des services à domicile



Source : Les services à la personne – Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale (CERC) – p. 11

Que recouvrent les services à la personne (plan Borloo) ?

La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a consacré, au plan législatif, la notion de "services à la personne". Les activités de services à la personne sont définies comme les activités réalisées au domicile de la personne ou dans l'environnement immédiat de son domicile. Le décret du 26 décembre 2005 précise la liste des activités relevant des services à la personne qui ouvrent droit pour les organismes du secteur à un agrément. Ces activités sont les suivantes (1) :

1. entretien de la maison et travaux ménagers ;
2. petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage ;
3. prestations de petit bricolage dites "hommes toutes mains" ;
4. garde d'enfant à domicile ;
5. soutien scolaire à domicile ou cours à domicile ;
6. préparation des repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions ;
7. livraison de repas à domicile, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;
8. collecte et livraison à domicile de linge repassé, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;

9. assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux ;
10. assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété ;
11. garde-malade à l'exclusion des soins ;
12. aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement lorsque cette activité est incluse dans une offre de services d'assistance à domicile ;
13. prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;
14. accompagnement des enfants dans leurs déplacements et des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante), à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile ;
15. livraison de courses à domicile ;
16. assistance informatique et Internet à domicile ;
17. soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exclusion des soins vétérinaires et du toilettage, pour les personnes dépendantes ;
18. soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes ;
19. maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire ;
20. assistance administrative à domicile ;
21. activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services aux personnes mentionnées ci-dessus. Peuvent ainsi être agréés les plateformes de services à la personne mais aussi les services de télé assistance et visio assistance.

L'agrément est indispensable aux organismes qui veulent fournir des services à destination des personnes fragiles et assure aux particuliers qui y recourent des avantages sociaux et fiscaux. Le critère du domicile est assoupli par la possibilité d'inclure certaines prestations partiellement réalisées en dehors du domicile dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile. Un agrément "qualité" est obligatoire pour intervenir auprès des publics fragiles (enfants de moins de trois ans, personnes âgées, personnes handicapées, autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile et d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile). Un agrément simple suffit dans les autres cas. En 2007, 48 % des organismes agréés avaient un agrément "qualité".

La loi du 26 juillet 2005 a également modifié les modalités de financement des services à la personne en mettant en place, à compter du 1^{er} janvier 2006, le chèque emploi service universel (CESU). Celui-ci s'est substitué au chèque emploi service (CES) et au titre emploi service (TES). Il permet, en outre, de rémunérer des services de garde d'enfants à l'extérieur du domicile (par des assistants maternels agréés ou une structure type crèche, halte-garderie, jardin d'enfants).

Ce nouveau mode de paiement peut prendre deux formes différentes : d'une part, le "Cesu bancaire" qui s'utilise comme un chèque bancaire, utilisable dans les mêmes conditions et avec les mêmes avantages que le CES ; d'autre part, le "Cesu préfinancé", d'un montant prédéfini, qui est distribué aux employeurs par les organismes participant à son financement : établissements employeurs du particulier, collectivités publiques, institutions sociales...

(1) Circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007 du 15 mai 2007 relative à l'agrément des organismes de services à la personne.

Source : DARES Analyses. Les services à la personne, avril 2010, n° 20. Encadré n° 1

Annexe 4 : "Les risques du métier" identifiés par le ministère français du Travail

Les accidents du travail les plus fréquents

Les accidents du travail les plus fréquents sont les accidents domestiques comme les brûlures thermiques ou chimiques, les lombagos, les chutes et les accidents de la circulation.

Les atteintes à la santé

Les atteintes à la santé concernent :

- les risques physiques : affections périarticulaires ou lombaires provoquées par certains gestes, certaines postures de travail, certaines manutentions...
- les risques liés aux multiples produits chimiques qui peuvent être utilisés et sont susceptibles de provoquer des affections cutanées ou respiratoires...
- les risques infectieux : en cas d'intervention au foyer d'une personne malade...
- les risques psychosociaux : fatigue, souffrance mentale, dépression...

Facteurs de risques liés à l'organisation du travail et aux déplacements

Plusieurs déplacements sont généralement effectués chaque jour. Ils peuvent engendrer un double problème : d'une part une perte de temps liée à une mauvaise organisation et d'autre part une distance parcourue importante qui engendre un risque lié aux déplacements. Ces difficultés peuvent être aggravées par une charge de travail importante et variable, une amplitude horaire importante, le travail effectué pendant le week-end et les jours fériés.

Risques psychosociaux

L'aide psychologique apportée par l'aide à domicile et son rôle social sont au moins aussi importants et nécessaires que l'aide matérielle. Les facteurs de risques psychosociaux sont notamment les suivants :

- la multiplicité des tâches, qui peut entraîner une charge mentale importante,
- les relations qui sont, selon les cas, faciles et attachantes ou difficiles avec des personnes âgées méfiantes, autoritaires, agressives (refus de modifier une habitude, peur d'être volées, de laisser quelqu'un intervenir dans la maison...) ou bien désorientées (perte de mémoire, ...). Souvent, il existe un mélange de ces situations pour la même personne,
- des relations difficiles qui peuvent parfois survenir avec certaines familles,
- la fin de vie et des moments affectivement importants pour l'aide à domicile surviennent à un moment ou à un autre,
- des situations différentes d'une personne âgée à l'autre sont vécues dans la même journée. Elles demandent à l'aide à domicile une grande capacité d'adaptation psychologique dans un contexte de difficultés de communication avec la personne en souffrance. De plus, l'aide à domicile peut avoir à gérer des situations d'urgence génératrices de stress (accident de la personne aidée, fugue, malaise, ...).

Ces situations sont souvent gérées seul ou de manière trop isolée, d'où l'importance du travail en réseau. Il peut également y avoir un décalage entre les missions et les tâches réalisées avec des "injonctions paradoxales" par la hiérarchie. Cette dimension relationnelle et psychologique est quelquefois insuffisamment reconnue et considérée par la personne aidée, sa famille ou la structure d'encadrement. Cela peut entraîner l'abandon du métier.

Risques liés aux manutentions et postures

Les aides à domicile rencontrent des risques liés aux manutentions et aux postures dans différentes activités :

- le travail debout avec déplacement dans le logement ou piétinement, selon les tâches,

- la manutention manuelle de la personne et de matériel et de mobilier (habillage, déshabillage, aide à la toilette, accompagnement aux sanitaires, déplacement de meubles, retournement de matelas...),
- des gestes répétitifs (lavage des vitres, repassage...) peuvent entraîner des douleurs articulaires,
- certains domiciles sont inadaptés, exigus ou très anciens, ce qui peut compliquer les manutentions, favoriser les accidents notamment par des chocs, augmenter les efforts requis,
- certains déplacements augmentent la manutention, notamment pour faire les courses. Ces risques peuvent être aggravés par le rythme de travail car le nombre d'heures par personne est limité et décompté de façon précise (salaire horaire).

Risques de chute

La gravité des accidents est très variable ; les conséquences sont parfois très handicapantes pour la poursuite d'un travail qui demande de réaliser des efforts physiques importants. Les chutes peuvent survenir soit au domicile de la personne âgée, soit au cours des déplacements extérieurs, pour faire les courses de celle-ci par exemple. Au domicile, les chutes peuvent être de plain-pied (glissade au sol) ou de hauteur (chute d'un escabeau ou d'un autre équipement utilisé comme escabeau (chaise...)). Sur la voie publique, il s'agit soit de chute ou glissade en marchant, dans les escaliers en particulier, soit d'accident par véhicule en mouvement.

Risques chimiques

Les risques chimiques sont liés à l'utilisation de produits de nettoyage, qui peuvent être :

- nocifs et toxiques : vapeurs de solvants organiques, acide fluorhydrique,
- irritants : comme les désinfectants, les détergents, les dégraissants (solvants...),
- corrosifs : détergents fortement alcalins (soude) ou détergents fortement acides
- inflammables : alcools, propane, butane...

Risques biologiques

L'hygiène générale est parfois médiocre au domicile des personnes âgées très peu mobiles. Le risque infectieux (maladies microbiennes, virales ou parasitaires pouvant se transmettre) peut survenir par contact avec :

- des personnes atteintes de maladies infectieuses chroniques en particulier pulmonaires (tuberculose, bronchite chronique), cutanées (staphylocoques, gale...),
- des objets de soins médicaux souillés de sang (cela ne devrait pas survenir, le personnel soignant ayant le devoir d'éliminer le matériel souillé),
- des déchets ménagers, produits biologiques (urines, selles, sperme),
- des animaux domestiques de la personne âgée (parasitoses...).

Risques divers

Le risque électrique avec des installations et des appareils vétustes (aspirateurs, plaques de cuisson, fer à repasser...). Les risques liés à l'utilisation d'équipements de travail et d'équipements électroménagers.

Source : ministère du Travail

http://www.travailler-mieux.gouv.fr/spip.php?page=metier-risques&id_article=294

Annexe 5 : Évaluation des risques dans l'aide à domicile

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao met à disposition des check-lists d'évaluation des risques portant sur de nombreux thèmes de santé et de sécurité au travail. Elles s'articulent autour d'une liste de questions formulées de manière très directe et très précise auxquelles sont données des réponses. Il s'agit d'identifier les risques présents et de donner des exemples de prévention en guise de réponse.

La check-list n° 35 traite de l'évaluation des risques dans l'aide à domicile.

Le texte de l'Agence utilise le terme de client remplacé ci-dessous par bénéficiaire car plus universel. De même, le terme d'aide-soignant est remplacé par aidant pour aidant à domicile.

La partie A constitue un outil d'aide à l'identification des risques sur le lieu de travail de l'aidant.

Partie A : Des risques sont-ils présents sur le lieu de travail ?

OUI – si vous avez coché au moins une fois une réponse dans une case.

Il est à signaler que la liste ci-dessous ne couvre pas toutes les situations dans lesquelles des risques peuvent être présents.

	Question	OUI	NON
1. Conduire vers le domicile du bénéficiaire			
1.1	Le bénéficiaire attend-t-il l'aidant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Le domicile se situe-t-il dans un endroit isolé ou un quartier à fort taux de criminalité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comportement dangereux de personnes à l'extérieur du domicile			
2.1	Le domicile se situe-t-il dans un endroit isolé ou un quartier à fort taux de criminalité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	L'aidant se déplace-t-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'environnement physique à l'extérieur du domicile			
3.1	Les sols sont-ils glissants de temps à autre, par exemple quand ils sont humides, boueux ou poussiéreux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	La surface du sol est-elle irrégulière, le revêtement de sol distendu, présence de trous, d'épandages, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Y a-t-il des seuils ou d'autres dénivellations à la surface des sols extérieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Est-ce que l'éclairage des sols et des chemins d'accès est suffisant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Est-ce que des animaux sont présents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'environnement physique à l'intérieur du domicile			
Incendie – explosion			
4.1	Est-ce que des dispositifs adéquats de protection contre l'incendie ont été mis en place (détecteurs de fumée, extincteurs...) ? (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Y a-t-il des isolations endommagées sur les fils électriques (pluies, ou fils dénudés, par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Y a-t-il des boîtiers d'installations électriques endommagés ou des boîtiers absents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Y a-t-il des fiches ou des prises électriques endommagées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Y a-t-il des prises électriques surchargées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Des produits oxydants ou inflammables, tels que des peintures, des vernis, des adhésifs ou des solvants, sont-ils employés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Les bouteilles d'oxygène sont-elles disposées en sécurité dans un endroit approprié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Le propane, le butane ou du gaz naturel est-il employé au domicile du bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Éclairage		
4.9	Est-ce que l'éclairage est suffisant pour accomplir les tâches de façon efficace, précise et sûre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	Est-ce que l'éclairage des lieux de passage, couloirs, escaliers, pièces, etc., est suffisant pour pouvoir se déplacer en sécurité et déceler tout obstacle (trous dans le sol, objets à terre, marches, surfaces glissantes ou épandages, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Animaux		
4.11	Est-ce que des animaux sont présents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sols et escaliers		
4.12	Est-ce que les sols comportent des zones irrégulières, des revêtements de sol distendus, des trous, des épandages, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13	Les sols sont-ils parfois glissants, par exemple lorsqu'ils sont mouillés suite au nettoyage ou à l'épandage de liquides, ou poussiéreux suite à des travaux de construction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14	Y a-t-il des seuils ou d'autres dénivellations sur les sols ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15	Les sols sont-ils maintenus en état de propreté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16	Y a-t-il des câbles au sol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.17	Y a-t-il des obstacles ou des objets (mis à part ceux qui ne peuvent être enlevés) qui traînent dans l'espace de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.18	Est-ce que le port de chaussures inadaptées peut faire chuter ou glisser l'aidant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.19	Est-ce que les escaliers du domicile du bénéficiaire sont en mauvais état ou encombrés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Activités de la vie quotidienne		
	Généralités		
5.1	Une formation est-elle nécessaire afin de pouvoir aider en toute sécurité les bénéficiaires dans les activités de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Les activités de soin envers les bénéficiaires, notamment celles de manutention, peuvent comporter pour l'aidant un niveau de risque élevé. Les activités de la vie quotidienne supposent-elles : le transfert ou le déplacement, l'habillage / déshabillage ou la toilette des bénéficiaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Est-ce que les activités de transfert ou de repositionnement, l'habillage ou la toilette supposent de la manutention manuelle ou des mouvements d'étirement, de flexion ou de torsion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Y a-t-il des risques de lésions graves ? (douleurs du dos suite au relevage d'un bénéficiaire, douleurs de l'épaule en essayant d'arrêter sa chute, déplacement d'objets lourds tels que des meubles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Y a-t-il des risques de lésions chroniques ? (activités très répétitives avec efforts excessifs, posture pénible, port de charges en station immobile ou compression des muscles) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Faut-il plus d'un aidant pour les tâches de toilette, de transfert et de déplacement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manutention de personnes		
5.7	Est-ce que le bénéficiaire résiste à se faire déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Faut-il fournir à l'aidant des informations complémentaires portant sur les techniques appropriées de transfert et de déplacement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habillage		
5.9	Est-ce que l'activité d'habiller le bénéficiaire nécessite de s'étirer, de se courber de façon excessive ou de prendre une posture pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	Lors de l'habillage, faut-il longuement soutenir l'un des membres (bras ou jambe) du bénéficiaire ou exercer des efforts importants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11	Faut-il fournir à l'aidant des informations complémentaires relatives aux techniques appropriées pour l'habillage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toilette		
5.12	Faire la toilette du bénéficiaire nécessite-t-il d'adopter une posture pénible ou statique, comportant des efforts importants ou de fortes contraintes sur les genoux en s'agenouillant ou sur le haut de la cage thoracique en s'appuyant sur la baignoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13	Faut-il fournir à l'aidant des informations complémentaires sur les techniques appropriées pour faire une toilette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Matériel d'aide à la manutention		
5.14	Des aides techniques sont-elles nécessaires pour pouvoir répondre aux exigences des activités de la vie quotidienne en toute sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15	Est-il nécessaire de recevoir une formation à l'utilisation des ces aides techniques à la manutention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tâches domestiques			
6.1	Les activités domestiques peuvent présenter un niveau élevé de risque pour l'aidant. Ces tâches supposent-elles : de faire les lits, de nettoyer, de laver le linge et de faire la cuisine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Est-ce que l'activité de faire le lit ou de border les draps nécessite de se courber au niveau de la taille, de s'étirer vers l'avant, de saisir les draps ou les couvertures du lit à pleines mains (ce qui accroît l'effort nécessaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Est-ce que le nettoyage des sols, des toilettes ou de la baignoire nécessite de se pencher ou de s'agenouiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Est-ce que le nettoyage au-dessus du niveau de la tête nécessite de s'étirer durablement au-dessus de la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	Est-ce que le récurage vigoureux nécessite de se courber ou de s'étirer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6	Est-ce que les activités domestiques nécessitent de s'agenouiller sur des surfaces dures pouvant exercer une pression sur les genoux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7	Est-ce que le chargement ou le déchargement du linge dans les machines à laver et à sécher nécessite des mouvements répétés de flexion en torsion vers l'avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8	Faut-il décharger le linge sec en le prenant à pleines mains (ceci est susceptible d'accroître l'effort exercé sur les muscles de la main et de l'avant-bras) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9	Décharger le linge mouillé fait-il partie des tâches domestiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10	Des couteaux émoussés pouvant accroître l'effort musculaire requis pour la coupe des aliments sont-ils utilisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11	Le plan de travail est-il à une hauteur convenable pour la préparation des repas ? S'il est trop bas, le plan de travail peut nécessiter de se courber, ce qui exerce des contraintes sur le dos. S'il est trop haut, cela génère des postures pénibles du poignet ou de l'épaule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12	Des produits de nettoyage pouvant exposer l'aidant à un risque chimique sont-ils employés au domicile du bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'état de santé du bénéficiaire (maladies infectieuses)			
Maladies transmissibles par le sang			
7.1	Est-ce que le bénéficiaire est atteint d'une maladie transmissible par le sang (VIH/SIDA ou Hépatite B/C par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Est-ce que le bénéficiaire a une blessure, un saignement actif ou une blessure avec un drain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Est-ce que le bénéficiaire doit être aidé pour la défécation ou le passage des urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Est-ce que du sang ou des fluides corporels infectés peuvent entrer en contact avec les yeux, le nez ou la bouche de l'aidant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5	Est-ce que du sang ou des fluides corporels infectés peuvent entrer en contact avec une coupure de la peau de l'aidant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6	L'aidant peut-il être accidentellement blessé par un objet tranchant (une lancette par exemple) ou piqué par une aiguille contaminée par du sang infecté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7	L'aidant peut-il éviter d'être exposé à des maladies transmissibles par le sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8	L'aidant sait-il ce qu'il faut faire en cas de contact non protégé avec du sang ou des fluides corporels qui pourraient être infectés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies transmissibles par voie aérienne			
7.9	Est-ce que le bénéficiaire est atteint d'une maladie transmissible par voie aérienne (grippe, tuberculose, rougeole ou varicelle, par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10	L'aidant pourrait-il être en contact direct avec un objet (table, poignée de porte ou téléphone, par exemple) ou une personne contaminée par la maladie et ensuite toucher ses propres yeux, son nez ou sa bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.11	L'aidant pourrait-il inhaler des gouttelettes de salive ou de mucus, transmissibles par voies aériennes, produites par une personne infectée qui tousse, éternue ou parle très près de lui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.12	L'aidant sait-il ce qu'il faut faire pour éviter l'exposition aux maladies transmises par voies aériennes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies transmissibles par contact			
7.13	Est-ce que le bénéficiaire est atteint d'une maladie infectieuse pouvant être propagée par contact (l'herpès, le staphylocoque doré, la gale, la rubéole, les oreillons ou la mycose, par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.14	L'aidant peut-il toucher un objet (table, poignée de porte ou téléphone, par exemple) ou une personne contaminée par la maladie et ensuite toucher ses propres yeux, son nez ou sa bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.15	Est-ce que l'aidant sait ce qu'il faut faire afin d'éviter l'exposition aux maladies transmissibles par contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problèmes psychosociaux			
Comportement du bénéficiaire, y compris la violence			
8.1	Le comportement du bénéficiaire, présent ou passé, est-il fait d'agressivité verbale, de menaces d'agression physique ou d'agressions physiques effectives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Le bénéficiaire souffre-t-il d'une maladie mentale (un diagnostic de dépression, de paranoïa, de confusion ou de comportement agité, par exemple, a-t-il été fait ?),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Y a-t-il des événements ou des conditions connus qui génèrent des comportements violents ou agressifs chez le bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Y a-t-il des changements d'humeur notables chez le bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	L'aidant a-t-il des difficultés pour communiquer avec le bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres de la famille et visiteurs			
8.6	Est-ce que certains membres de la famille et/ou visiteurs ont eu des comportements violents par le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Est-ce que des membres de la famille en viennent souvent à la querelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Y a-t-il des visiteurs inattendus chez le bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	L'aidant ressent-il un manque de respect de la part des membres de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pression des délais			
8.10	Est-ce que l'aidant estime ne pas avoir assez de temps pour pouvoir aider le bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Les urgences			
9.1	Est-ce qu'un plan d'action d'urgence existe pour le domicile du bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Est-ce que l'aidant dispose des numéros de téléphones à composer en cas d'urgence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	L'aidant connaît-il la voie d'évacuation la plus rapide en cas d'urgence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Informations et formation			
10.1	L'aidant est-il informé des risques auxquels il est exposé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	L'aidant sait-il comment les risques auxquels il est exposé peuvent l'affecter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3	L'aidant a-t-il reçu des consignes appropriées concernant les risques professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4	L'aidant a-t-il reçu une formation adéquate en santé et sécurité au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La surveillance médicale			
11.0	L'aidant fait-il l'objet d'un suivi médical adéquat en relation avec les risques professionnels rencontrés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les solutions proposées dans la Partie B constituent des exemples de mesures de prévention pouvant être mises en œuvre afin de réduire les risques. L'énoncé des solutions proposées correspond directement aux questions posées dans la partie A.

Partie B : Exemple de mesures de prévention pouvant réduire les risques

N° de la question	Exemples de mesure de prévention
1. Conduite vers le domicile du bénéficiaire	
1.1	Informar le bénéficiaire avant de prendre la route ; s'informer sur qui doit se trouver au domicile.
1.2	Se munir d'un jeu complémentaire de clés de voiture, d'une lampe de poche, d'un téléphone portable et éventuellement d'une alarme personnelle lors de la visite chez un bénéficiaire ; planifier l'itinéraire le plus sûr jusqu'au domicile du bénéficiaire ; bien entretenir sa voiture ; prendre ses précautions en cas de panne éventuelle de voiture.
2. Comportement dangereux de personnes à l'extérieur du domicile	
2.1	Ne pas laisser d'objet personnel en vue dans la voiture ; lorsqu'il fait noir, garer la voiture dans un endroit dégagé situé près d'un réverbère.
2.1	Lorsque l'on se déplace et travaille seul, le risque d'exposition à des comportements violents peut être diminué : en restant sur des voies de circulation animées, en verrouillant la voiture en roulant, en évitant les arrêts d'autobus qui sont mal éclairés ou peu fréquentés, ou en marchant directement vers le commerce le plus proche - sans courir ni se retourner - si l'on sent que l'on est suivi.
3. L'environnement physique à l'extérieur du domicile	
3.1	Traiter chimiquement les surfaces glissantes si nécessaire selon les méthodes de nettoyage appropriées.
3.2	Choisir les sols et les revêtements de sol avec soin, surtout s'ils risquent de devenir mouillés ou poussiéreux.
3.3	S'assurer que les revêtements de sol ainsi que les itinéraires d'accès sont périodiquement contrôlés.
3.4	S'assurer d'un éclairage convenable des surfaces et chemins d'accès ; signaler les ampoules cassées à l'extérieur du domicile.
3.5	S'assurer que les animaux domestiques agressifs soient tenus en laisse ou enfermés dans une pièce distincte avant de sortir de la voiture ou d'entrer dans un domicile.
4. L'environnement physique à l'intérieur du domicile	
<i>Incendie – explosion</i>	
4.1	Veiller à ce que les détecteurs de fumée soient contrôlés périodiquement (le cas échéant).
4.1	S'assurer que les extincteurs aient été convenablement sélectionnés, qu'ils soient bien situés, contrôlés et révisés périodiquement (le cas échéant).
4.2, 4.3, 4.4	Réaliser un contrôle visuel pour repérer d'éventuels défauts ; n'utiliser que du matériel portant le marquage CE ; veiller à ce que les défauts soient réparés par un électricien compétent.
4.5	Limiter le nombre d'appareils branchés sur une même prise.
4.6	S'assurer du rangement convenable des produits combustibles ou inflammables.
4.7	L'oxygène présente un risque d'incendie ; tenir toute source de flamme éloignée des bouteilles d'oxygène ; ranger les bouteilles d'oxygène dans un râtelier ou les fixer au mur par des chaînes, dans un local bien ventilé.
4.8	Ne jamais utiliser un appareil à gaz sans s'être assuré qu'il fonctionne correctement. Veiller à ce qu'un contrôle de sécurité des appareils à gaz soit réalisé. En cas d'odeur de gaz, ou de fuite de gaz soupçonnée, ouvrir toutes les portes et fenêtres tout de suite et couper l'alimentation en gaz au niveau de la vanne de commande du compteur. Si la fuite de gaz persiste, appeler le numéro de secours

	pour le gaz. En cas de fuite soupçonnée d'oxyde de carbone, sauf si vous pouvez repérer précisément l'appareil défectueux, contacter un installateur qualifié afin de faire des recherches et de réaliser les réparations.
	Éclairage
4.9, 4.10	L'intensité et l'homogénéité lumineuses doivent être convenables pour le travail; augmenter la puissance d'une ampoule si un éclairage plus fort est nécessaire ; employer un éclairage d'appoint ou un éclairage dirigé lorsqu'un niveau élevé d'éclairage est nécessaire.
	Animaux
4.11	S'assurer que les animaux domestiques agressifs soient tenus en laisse ou enfermés dans une pièce distincte avant de sortir de la voiture ou d'entrer dans le domicile.
	Sols et escaliers
4.12, 4.13	Choisir soigneusement les sols, surtout s'ils risquent de devenir mouillés ou poussiéreux. Des revêtements antidérapants et faciles à nettoyer seront préférés.
4.14	S'assurer que l'état des sols est contrôlé périodiquement.
4.15	Réparer les trous et les fissures, les moquettes et tapis usés, etc. ; maintenir les sols dégagés.
4.16	Positionner les matériels afin d'éviter des câbles traversant une zone de travail ; se servir d'un cache câbles pour bien les fixer aux surfaces.
4.17	Éliminer les trous et fissures, moquettes et tapis usés, etc. ; maintenir les sols dégagés.
4.18	Porter des chaussures convenables (confortables et antidérapantes).
4.19	Tenir les escaliers dégagés ; ils doivent être pourvus d'une main courante et être bien éclairés.
5. Activités de la vie quotidienne	
	Généralités
5.1	L'employeur doit veiller à dispenser à l'aidant l'information, les consignes et la formation en santé et sécurité au travail nécessaires.
5.2	Réaliser uniquement des tâches pour lesquelles on a été formé.
5.3	Comprendre les risques de troubles musculosquelettiques (TMS) et travailler en sécurité dans les limites de ses capacités physiques.
5.4	Ne jamais essayer de maintenir un bénéficiaire dans la position debout ; ne jamais essayer d'empêcher un bénéficiaire de chuter mais plutôt contrôler sa chute sur le plancher selon les principes appris en formation ; employer des aides techniques pour déplacer les objets lourds ; employer du matériel tel les élévateurs portables si possible ; travailler à deux ou en équipe afin d'alléger les charges (si possible).
5.5	Éviter de prendre à pleines mains mais plutôt à bras-le-corps ; limiter les postures pénibles de l'épaule, du poignet et du tronc ; faire de courtes pauses afin de reposer le bas du dos, le cou, les épaules et les poignets ; alterner les postures ainsi que les activités statiques et dynamiques.
5.6	Informers les employeurs s'il faut plus d'une personne ; travailler à deux ou en équipe afin d'alléger les charges (lorsque c'est possible).
	Manutention de personnes
5.7	Identifier et évaluer les risques lors du transfert ou du déplacement d'un bénéficiaire.
5.8	Assurer une formation sur les techniques adaptées de transfert ou de déplacement des personnes / bénéficiaires : <ul style="list-style-type: none"> • employer des dispositifs d'aide au transfert comme des couvertures et draps de transfert à faible frottement ; • se mettre à proximité du bénéficiaire en supprimant les obstacles aux alentours du lit et de la chaise ; éviter que le bénéficiaire se tienne à l'aidant ; • travailler à deux ou en équipe afin d'alléger la charge (lorsque c'est

	<p>possible) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • employer les techniques qui conviennent : lors d'une tâche de transfert ou de déplacement, déplacer le poids du corps en utilisant les jambes. Ne pas tirer par les bras ou le dos ; • assurer une base d'appui solide, en gardant les pieds écartés de la largeur des épaules, en mettant un pied en avant et un pied en arrière, en pliant les genoux et en tenant le dos droit ; • éviter de tenir un bénéficiaire en position debout ; • contrôler la chute du bénéficiaire vers le sol selon les principes reçus en formation ; ne pas essayer d'arrêter la chute d'un bénéficiaire ; • Prendre à bras-le-corps plutôt qu'à pleines mains.
	Habillage
5.9	Demander au bénéficiaire de vous aider autant que possible ; employer une bonne technique pour l'habillage des bénéficiaires.
5.10	Employer du matériel tel les élévateurs portables dans la mesure du possible.
5.11	<p>Veiller à employer la technique adéquate pour habiller les bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • employer les techniques qui conviennent : en aidant le bénéficiaire à se déplacer, à tenir le corps bien droit et à déplacer le poids du corps en se servant des jambes ; • commencer par le côté le plus faible du bénéficiaire pour l'habiller ; • aider le bénéficiaire à se pencher en avant lorsque celui-ci met une chemise ; cela détendra ses bras ; • essayer de mener plusieurs tâches à bien en même temps. Par exemple : tirer sur une jambe de pantalon, et ajuster une sangle de levage ; • s'asseoir sur un tabouret pour aider un bénéficiaire assis à mettre ses chaussettes et chaussures ; • veiller à ce que le bénéficiaire soit positionné aussi près du bord du lit que possible ; • être à proximité du bénéficiaire en supprimant les obstacles aux alentours du lit et de la chaise ; • s'asseoir sur le lit ou mettre un genou sur le lit pour que l'aidant soit le plus près possible du bénéficiaire ; • poser le bas des jambes du bénéficiaire sur un petit tabouret ou autre surface surélevée afin de soulever ses cuisses du lit ; • on peut adapter les vêtements afin de faciliter l'habillage des bénéficiaires. Ces vêtements sont plus amples que des vêtements courants, ayant des ceintures élastiques, des boutons surdimensionnés, des boutons pression ou des bandes Velcro.
	Toilette
5.12	Demander au bénéficiaire de vous aider autant que possible ; employer une bonne technique pour la toilette des bénéficiaires.
5.13	<p>Veiller à employer une bonne technique pour la toilette des bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • planifier le processus de la toilette. Rassembler tout ce qui est nécessaire, et mettre tout le matériel en place. Dans des salles de bain de petite taille, tirer le fauteuil roulant par l'avant afin de ne pas avoir à grimper pour le contourner ; • asseoir le bénéficiaire sur un banc de transfert ou un tabouret de douche avant de l'aider à entrer dans la baignoire et savonner le côté éloigné de son corps. Placer les pieds du bénéficiaire sur un tabouret ou sur le bord de la baignoire et les savonner ; • une position assise sur un tabouret, sur le bord de la baignoire ou sur le siège des toilettes (s'il est plus proche) permettra à l'aidant de garder son dos plus droit et rendra ses mouvements d'étirement et de courbure moins nécessaires ; • se servir de barres de transfert (si elles sont disponibles) d'une main pour soutenir le haut du corps de l'aidant ; • prendre de courtes pauses afin de reposer le bas du dos de l'aidant (par exemple en se tenant droit debout et en cambrant le dos légèrement en arrière) ; • lors de la toilette d'un bénéficiaire dans son lit, essayer de ne pas se tordre, se

	<p>courber, ni s'étirer pour atteindre l'eau. Placer les bassins d'eau sur un tabouret ou une table à une hauteur confortable et à proximité du lieu de travail de l'aidant.</p>
	<p>Matériels d'aide à la manutention</p>
5.14	<p>Divers appareils d'aide technique peuvent être employés dans les activités de la vie quotidienne. Des moyens de levage, des bancs de transfert, des planches de transfert, des draps de transfert à faible frottement ou des potences peuvent être nécessaires pour aider le bénéficiaire à se mettre au lit et à s'en sortir, ou pour aider le bénéficiaire à marcher ; un fauteuil roulant peut être nécessaire pour le transfert du bénéficiaire entre divers endroits ; une chaise de douche ou un banc de transfert pour la salle de bain peut être nécessaire afin d'aider le bénéficiaire à prendre le bain ; un petit tabouret ou autre surface surélevée peut être nécessaire afin de soulever les cuisses d'un bénéficiaire sur le lit.</p>
5.15	<p>L'employeur doit faire en sorte que l'aidant reçoive les informations de sécurité et de santé, les consignes et la formation convenables pour les activités de travail.</p>
<p>6. Tâches domestiques</p>	
6.1	<p>Veiller à ce que l'aidant reçoive une formation suffisante pour effectuer ces tâches. Vérifier les dangers et évaluer les risques avant d'effectuer les tâches.</p>
6.2	<p>Bonnes pratiques pour faire les lits :</p> <p>Éviter de se pencher vers l'avant ; plier les genoux, pas le dos. S'agenouiller sur des surfaces recouvertes de moquette, ou s'accroupir afin de faire un côté du lit à la fois. Marcher autour du lit plutôt que de s'étirer au-dessus du lit. Prendre à bras-le-corps les draps et les couvertures plutôt qu'à pleines mains. Réduire les postures pénibles pour l'épaule lors du changement des housses de couette en utilisant la méthode du retournement en faisant glisser la housse autour de la couette plutôt que de la bourrer dans la housse.</p>
6.3, 6.4, 6.5, 6.6	<p>Bonnes pratiques de nettoyage :</p> <p>Pour le ménage, se servir de matériel de nettoyage à manche long pour les endroits difficiles à atteindre. Si l'on s'agenouille pour nettoyer le sol ou pour accomplir d'autres tâches, mettre une serviette pliée sous les genoux. S'assurer que les gants soient bien ajustés pour éviter à l'aidant de faire plus d'effort lors de la préhension ou du récurage. Utiliser un tabouret comme marchepied afin de moins s'étirer lors de la prise de la poussière ou d'un changement de rideau de douche. Utiliser une brosse à long manche pour récurer le fond ou les côtés d'une baignoire.</p>
6.7, 6.8, 6.9	<p>Bonnes pratiques pour laver le linge :</p> <p>Porter uniquement des charges que l'on peut confortablement porter et faire deux voyages si nécessaire. Ne pas se tordre le corps en soulevant le linge. Éviter de se pencher vers l'avant. Plier les genoux pour prendre le linge dans le lave-linge ou le séchoir. Prendre le linge à bras-le-corps plutôt qu'à pleines mains. Plier les vêtements à une hauteur de travail confortable (5 à 25 cm environ au-dessus de la hauteur des coudes en position debout). Les épaules de l'aidant doivent être détendues.</p>
6.10, 6.11	<p>Bonnes pratiques de cuisine :</p> <p>Se servir de bons outils de coupe ; éviter les couteaux émoussés. Employer des ustensiles qui permettent à l'aidant de garder les poignets droits. Préparer les repas à une hauteur de travail confortable (5 à 25 cm environ au-dessus des coudes en position debout). Les épaules de l'aidant doivent être détendues.</p>
6.12	<p>Bonnes pratiques d'utilisation des produits de nettoyage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne pas utiliser des produits que l'on connaît peu ou que l'on n'a pas été formé à utiliser en sécurité ; • se servir de moyens de protection individuelle tels que les gants et des appareils respiratoires selon les techniques apprises en formation ; • toujours suivre les consignes mentionnées sur l'étiquette des produits, • ne pas utiliser de produits non étiquetés ou dont l'étiquette est illisible ; • se servir de produits dans des locaux bien ventilés ; • diluer les produits selon les exigences du fabricant ; • ranger les chiffons utilisés pour le nettoyage en les séparant des torchons employés pour la cuisine ;

	<ul style="list-style-type: none"> • savoir comment nettoyer les épandages en toute sécurité ; • ne pas mélanger les produits de nettoyage car des réactions chimiques peuvent se produire et dégager des émanations toxiques ; • savoir ce qu'il faut faire si un produit entre en contact avec la peau ou les yeux ; • lorsque des signes ou des manifestations d'exposition apparaissent, stopper l'utilisation du produit immédiatement et se rendre dans un endroit bien ventilé.
7. L'état de santé du bénéficiaire (maladies infectieuses)	
	<i>Maladies transmissibles par le sang</i>
7.1	Veiller à ce que l'aidant reçoive la formation nécessaire pour pouvoir agir avec les bénéficiaires souffrant d'une maladie transmissible par le sang. S'assurer que l'aidant a à sa disposition le matériel de protection élémentaire tel des gants à usage unique, un masque facial, des sacs-poubelles en plastique, de l'eau de Javel, des essuie-tout, des essuie-mains à alcool, des lunettes ainsi qu'un tablier imperméable. Manipuler toutes les matières sanguines et les fluides corporels comme si elles étaient infectieuses. Eviter le contact avec le sang ou avec les fluides corporels.
7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6	Si l'aidant est amené à être en contact direct avec du sang ou des fluides corporels, des précautions particulières doivent être prises pour s'assurer qu'il n'y ait pas de contact direct avec l'organisme de l'aidant.
7.7	Les actions et dispositions adéquates afin de protéger l'aidant des maladies transmises par le sang comprennent : <ul style="list-style-type: none"> • vaccination contre l'hépatite B; • emploi de moyens de protection individuelle selon les principes reçus lors de la formation ; • port de gants, blouses ou tabliers, masques et lunettes protectrices lors de contacts avec le sang ou avec d'autres fluides corporels ; • emploi de bonnes pratiques de lavage des mains, selon les principes reçus lors de la formation ; • dépose des aiguilles usagées dans des récipients rigides bien conçus ; • vigilance vis-à-vis d'objets tranchants qui dépassent du sac ou du récipient lors du maniement des sacs-poubelles ou des récipients à déchets ; • ne pas comprimer les sacs-poubelles ni les tenir contre le corps ; • ne jamais tâter aveuglément derrière un meuble ou derrière du matériel.
7.8	Les méthodes adéquates en cas de contact non protégé avec du sang ou des fluides corporels qui pourraient être infectés sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • se laver la peau tout de suite au savon et à l'eau ; se rincer les yeux à l'eau courante, ainsi que le nez et la bouche s'ils sont souillés ; laisser saigner la plaie librement ; • aller à l'hôpital le plus proche pour un bilan dans les deux heures qui suivent l'exposition ; • signaler tout de suite l'incident au supérieur hiérarchique ; • suivre les instructions qui sont données suite à une exposition.
	<i>Maladies transmissibles par voie aérienne</i>
7.9	Veiller à ce que l'aidant reçoive la formation nécessaire pour pouvoir interagir avec des bénéficiaires ayant une maladie transmise par voie aérienne. S'assurer que l'aidant a à sa disposition du matériel de protection élémentaire tel les gants à usage unique, un masque facial, des sacs-poubelles en plastique, de l'eau de Javel, des essuie-tout et des essuie-mains à alcool.
7.10, 7.11	Si l'aidant est exposé à des maladies transmises par voie aérienne (grippe, tuberculose, rougeole ou varicelle, par exemple), des précautions particulières doivent être prises afin que l'aidant ne soit pas contaminé par la maladie.
7.12	Les actions et mesures adéquates visant à protéger l'aidant des maladies transmises par voie aérienne sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • vaccinations appropriées et vaccins de rappel (contre la grippe, la rougeole ou la varicelle, par exemple) ;

	<ul style="list-style-type: none"> • essayer de ne pas toucher aux yeux, au visage ni à la bouche pendant le travail ; • se laver les mains fréquemment, en employant les bonnes pratiques de lavage des mains ; • se servir de moyens de protection individuelle appropriés (y compris des gants, une blouse, des lunettes, un masque facial et un masque filtrant) selon les principes reçus en formation ; • porter des gants, une blouse et un masque lors de contact avec des objets contaminés ; • veiller à ce que les bénéficiaires infectieux portent des masques chirurgicaux ; • comprendre les résultats d'évaluation des risques fournis par le responsable hiérarchique et suivre les pratiques recommandées pour travailler en sécurité.
	<i>Maladies transmissibles par contact</i>
7.13	Veiller à ce que l'aidant reçoive la formation nécessaire pour pouvoir interagir avec des bénéficiaires ayant une maladie transmise par contact. S'assurer que l'aidant dispose du matériel de protection élémentaire tel les gants à usage unique, des blouses et du matériel de désinfection.
7.14	Si l'aidant est exposé à des maladies transmises par contact (l'herpès, le staphylocoque doré, la gale, la rubéole, les oreillons ou la mycose, par exemple), des précautions particulières doivent être prises afin que l'aidant ne soit pas contaminé par la maladie.
7.15	Les actions et mesures adéquates afin de protéger l'aidant des maladies transmises par contact sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • vaccinations appropriées et vaccins de rappel ; • essayer de ne pas toucher aux yeux, au visage ni à la bouche pendant le travail ; • se laver les mains fréquemment, en employant les bonnes pratiques de lavage des mains ; • se servir des moyens de protection individuelle appropriés (y compris des gants et une blouse) selon les principes appris lors de la formation ; • ne pas laver et réutiliser des gants ; • comprendre les résultats d'évaluation des risques fournis par le responsable hiérarchique et suivre les pratiques recommandées pour travailler en sécurité.
8. Problèmes psychosociaux	
	<i>Comportement du bénéficiaire y compris la violence</i>
8.1	L'aidant peut quitter le domicile lorsqu'il se sent menacé ; employer des techniques spécifiques pour calmer les membres de la famille et les visiteurs, selon les principes appris en formation ; éviter de vous énerver ou d'élever la voix ; essayer de garder une distance de sécurité par rapport au bénéficiaire.
8.2	Connaître les éventuels diagnostics de santé mentale.
8.3	Connaître les déclencheurs spécifiques ainsi que les moyens de minimiser les comportements violents ; savoir si le bénéficiaire a eu dans le passé des comportements violents.
8.4	En arrivant au domicile du bénéficiaire, évaluer l'humeur du bénéficiaire avant de commencer le travail.
8.5	Contacteur le responsable hiérarchique ou les membres de la famille du bénéficiaire pour trouver d'autres moyens pour communiquer avec celui-ci.
	<i>Membres de la famille et visiteurs</i>
8.6	Prendre connaissance de comportements violents de la part de la famille du bénéficiaire.
8.7	L'aidant peut quitter le domicile lorsqu'il se sent menacé ; employer les techniques adaptées pour calmer les membres de la famille et les visiteurs, selon les principes reçus en formation.
8.8	L'aidant peut demander au bénéficiaire de prier un visiteur inattendu de partir avant d'entrer lui-même ou avant de dispenser des soins.
8.9	Contacteur le responsable hiérarchique ; employer les techniques adaptées pour accroître la confiance de la famille vis-à-vis des fonctions de l'aidant ; l'aidant

	peut quitter le domicile s'il se sent menacé.
	<i>Pression des délais</i>
8.10	Contacteur le responsable hiérarchique.
9. Les urgences	
9.1, 9.2, 9.3	Un plan d'actions d'urgence doit être élaboré pour le domicile du bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"> • repérer les moyens d'évacuation du domicile ; • repérer la voie d'évacuation la plus rapide (issues de secours) ; • lister les numéros de téléphone de secours en cas d'urgence vitale ; • lister les numéros de téléphone de secours en cas d'urgence non vitale (pompiers, auxiliaires médicaux, médecin, hôpital, ambulance, police, etc.).
10. Information et formation	
10.1, 10.2, 10.3, 10.4	L'employeur doit faire en sorte que des informations de sécurité et de santé, des consignes et une formation correctes pour les activités de travail soient fournies à l'aidant.
11. La surveillance médicale	
11.1	L'employeur doit veiller à ce que le suivi médical de l'aidant soit assuré.

Annexe 6 : Étude danoise sur l'environnement de travail

Au **Danemark**, le Centre national de recherche sur l'environnement de travail (Det Nationale Forskningscenter for Arbedjds miljø) a conduit une étude sur l'environnement de travail dans le secteur de l'aide aux personnes âgées. Ses résultats décrivent également les grands traits communs du secteur de l'aide à la personne.

L'objectif était de recueillir des données sur les possibilités de recrutement et de maintien de la main-d'œuvre nécessaire au secteur de l'aide aux personnes âgées. Dans ce cadre, les facteurs influant sur la santé, le bien-être et la sécurité au travail des employés ont été identifiés et analysés. La perception que les salariés ont de leur travail a aussi été prise en compte. L'étude se base sur environ 10 000 employés travaillant pour les services d'aide aux personnes âgées de 36 communes et sur les auxiliaires de santé et de vie sociale diplômés en 2004, soit environ 5 700 personnes supplémentaires.

L'étude s'est d'abord intéressée aux **contraintes physiques**. Elle confirme une plus grande fréquence de TMS chez les soignants que parmi le personnel administratif, en particulier chez ceux qui déplacent souvent des personnes. Il n'est pas rare que les soignants intervenant à domicile procèdent à plus de dix déplacements de personne par jour. Les lombalgies constituent la pathologie principale. Ces dernières sont moins liées au nombre de déplacements de personne qu'aux conditions de chaque déplacement. Un nombre important de travailleurs du secteur déplacent les personnes sans utiliser d'aide technique et les déplacent parfois ou souvent d'une manière qu'ils qualifient eux-mêmes d'inappropriée. On observe toutefois une diminution modérée mais nette des pathologies du dos des soignants dans les communes ayant investi dans des appareillages d'aide à la manutention de personnes.

Les **congés maladie** chez les soignants du secteur ont été comparés avec ceux d'autres catégories de travailleurs ainsi que les congés maladie des différentes catégories de soignants. Il apparaît que les fortes contraintes physiques dues aux mauvaises postures de travail et mouvements peu ergonomiques, le sentiment d'être soumis à de fortes contraintes physiques, les contraintes psychiques importantes, le harcèlement et l'existence de violence et de menaces, contribuent à l'absentéisme. Dans la lutte contre l'absentéisme, la prévention concernant les comportements individuels en matière de tabac, d'obésité, etc. semblent toutefois aussi ouvrir de nombreuses perspectives. Le rapport précise que l'absentéisme est le plus marqué chez les intervenants à domicile, et le moins important chez les personnels des structures mixtes (domicile + institutions).

L'absentéisme chez les travailleurs de l'aide aux personnes âgées est beaucoup plus élevé que chez les autres salariés danois. Il peut se décomposer comme suit :

- 14 % des soignants ont eu des congés maladie de plus de quatre semaines au cours de l'année écoulée. Ce groupe représente 63 % de l'ensemble des congés maladie du secteur de l'aide aux personnes âgées,
- 34 % des soignants ont eu des congés maladie compris entre une et quatre semaines au cours de l'année écoulée. Ce groupe représente 29 % de l'ensemble des congés maladie du secteur de l'aide aux personnes âgées,
- 52 % des soignants ont eu des congés maladie inférieurs ou égaux à une semaine au cours de l'année écoulée. Ce groupe représente 8 % de l'ensemble des congés maladie du secteur de l'aide aux personnes âgées.

Dans les grandes villes, l'absentéisme pour maladie est plus important que dans les petites communes (différence de 3,3 jours d'arrêt maladie par employé au cours de l'année écoulée). L'écart s'explique par des environnements de travail différents. Il existe également des différences entre les groupes d'âge : l'absentéisme est plus élevé chez les jeunes travailleurs que chez les 40-59 ans. Les congés maladie sont les plus faibles chez les travailleurs de plus de 60 ans.

Quant au **maintien en poste** et au **recrutement** de soignants dans le secteur de l'aide aux personnes âgées, des facteurs positifs influent sur le souhait de rester en poste : l'investissement personnel dans le travail, le sens donné par le salarié à son travail, son bien-être, les perspectives d'évolution et la qualité du management. En revanche, le rythme et la quantité de travail semblent avoir moins d'impact sur le maintien des travailleurs à leur poste.

Dans la comparaison entre les différentes catégories de personnels d'aide aux personnes âgées (institutions, aide à domicile et structures intégrées, c'est-à-dire à la fois en institution et à domicile), il s'avère que les personnels travaillant en institution sont davantage soumis aux contraintes physiques, sont plus exposés à la violence et aux menaces que ceux travaillant au domicile des personnes.

Enfin, la **violence** est un facteur négatif très important pour les personnels d'aide aux personnes âgées employés par les services municipaux. En 2005, 23 % des soignants avaient été exposés à la violence au cours de l'année écoulée. Près de 6 % avaient été exposés à la violence physique, 37 % avaient été exposés à des menaces, et près de 10 % à des menaces à une fréquence comprise entre chaque jour et chaque mois. Enfin, 9 % des jeunes diplômés ont déclaré avoir été exposés à la violence ou à des menaces durant leurs stages de formation.

Dans 90 % des cas, ce sont les bénéficiaires qui exposent les employés à la violence. Parmi les violences citées : les coups de poing (63 % des cas) ; les griffures, les pincements, et autres (63 %) ; les immobilisations (32 %) ; les coups de pied (27 %). Le total est supérieur à 100 % car il était possible d'indiquer plusieurs formes de violence.

D'après les chercheurs, de nombreux cas de violence ne sont pas déclarés. La déclaration des cas de violence à la commission de sécurité dépend du type de violence, des dommages physiques et de la fréquence :

- 60 % des cas de violence avec arme sont déclarés, mais les griffures et pincements le sont moins fréquemment,
- 22 % des employés victimes de violences ont déclaré ces faits à la commission de sécurité,
- 27 % d'entre eux ont déclaré les violences subies lorsqu'elles se produisent quotidiennement ou chaque mois. Les déclarations sont moins fréquentes si les violences se produisent de temps à autre. Les cas de violence sont plus souvent déclarés si l'auteur est une autre personne que le bénéficiaire du service,
- 12 % des déclarants ont subi des conséquences physiques de l'acte de violence.

Les chiffres montrent une surexposition au risque des soignants de 18 à 29 ans et des femmes du fait de leur surreprésentation dans la profession. Les cas de violence surviennent beaucoup plus fréquemment dans les maisons de retraite (39%) qu'au domicile (10%) ou dans les structures intégrées (20,6%). Il en va de même pour les menaces. L'étude des données montre que les cas de violence semblent liés aux tâches entraînant un contact physique fréquent avec les bénéficiaires, raison pour laquelle la violence et les menaces surviennent le plus fréquemment dans les maisons de retraite. Par ailleurs, il apparaît que les travailleurs changeant d'horaires sont plus exposés que ceux ayant des horaires fixes.

Le rapport apporte d'autres précisions sur la situation au Danemark. Les hommes représentent en moyenne 5 % des effectifs dans les formations de personnel d'aide aux personnes âgées, mais 13 % dans la région de Copenhague, contre 4 % dans le reste du pays.

Le thème du risque routier n'est pas abordé et ne semble pas poser de problème spécifique au Danemark, ce qui a été confirmé par l'un des auteurs du rapport.

Annexe 7 : Sinistralité dans le secteur de l'aide et du soin à domicile en France

Ces statistiques constituent un extrait d'une analyse statistique de la sinistralité du secteur des structures d'aide et de soin à domicile (SASAD) pour l'année 2008. L'analyse porte sur 4 660 entreprises fournisseuses de services d'aide ou de soins ou d'aide et de soins⁴⁶. Ces entreprises regroupent 375 029 salariés et ont été identifiées par le croisement de divers fichiers administratifs. Cette analyse a pour objet d'éclairer la mission nationale en charge de la prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile ainsi que les différents acteurs de ce secteur.

La totalité du document sera prochainement disponible sur le site Internet de la CNAMTS-DRP⁴⁷.

Le risque accident du travail (AT)

	SASAD	Ensemble	%
Effectif salarié	375 029	18 508 530	2,0
Heures travaillées	567 774 274	28 487 735 465	2,0
AT reconnus avec au moins 1 jour d'arrêt	17 914	703 976	2,5
Nouvelles incapacités permanentes (IP)	1 009	44 037	2,3
Décès	3	569	0,5
Nombre de jours perdus	1 001 917	37 422 365	2,7
Indice de fréquence ⁴⁸	47,8	38,0	
Taux de fréquence ⁴⁹	31,6	24,7	
Taux de gravité ⁵⁰	1,76	1,31	
Indice de gravité ⁵¹	14,9	16,1	

Ce tableau situe la sinistralité du secteur SASAD par rapport à l'ensemble des activités du régime général. Il apparaît que trois des quatre indicateurs de sinistralité sont supérieurs pour la population salariée SASAD que pour l'ensemble des salariés. Par exemple, l'indice de fréquence SASAD est de 47,8 alors qu'il se situe à 38,0 pour la totalité des activités du régime général.

Les lombalgies accidentelles AT

	SASAD	% SASAD	Ensemble	% Ensemble
Lombalgies	5 301	29,6	136 992	19,5
Autre	12 613	70,4	566 984	80,5
Total	17 914	100,0	703 976	100,0

Les lombalgies accidentelles ont été identifiées par le croisement des sièges et natures des lésions. Le siège des lésions correspond au tronc c'est-à-dire le thorax, l'abdomen, la région lombaire, le rachis et la moëlle épinière, le bassin et le périnée. Quant aux lésions retenues, il s'agit des contusions, des douleurs, des efforts, des lumbagos et des déchirures musculaires ou tendineuses.

Ainsi, dans le secteur SASAD, les lombalgies comptent pour 29,6 % de la totalité des accidents du travail reconnus contre 19,5 % pour la totalité des accidents du travail reconnus. Elles sont surreprésentées.

⁴⁶ 1 370 entreprises pour les soins, 2 926 pour l'aide et 364 entreprises mixtes

⁴⁷ http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accueil_home/accueil_accueil_home_1.php

⁴⁸ L'indice de fréquence des AT est le nombre d'accidents reconnus pour 1 000 salariés.

⁴⁹ Le taux de fréquence des AT est le nombre d'accidents reconnus par millions d'heures de travail.

⁵⁰ Le taux de gravité des incapacités temporaires est le nombre de journées d'incapacité temporaire pour 1 000 heures de travail.

⁵¹ L'indice de gravité des incapacités permanentes est le total des taux d'IP par million d'heures de travail, total qui inclut les décès comme incapacités permanentes de 100 %.

Quelques exemples détaillant la sinistralité

Éléments matériels	SASAD		Ensemble	
	AT reconnus	% AT	AT reconnus	% AT
Accidents de plain-pied	5 703	31,8	170 994	24,3
Manutention manuelle	6 367	35,5	240 947	34,2
Siège des lésions	AT reconnus	% AT	AT reconnus	% AT
Tronc	5 637	31,5	149 496	21,2
Membres inférieurs (sauf pieds)	3 296	18,4	136 354	19,4
Nature des lésions	AT reconnus	% AT	AT reconnus	% AT
Douleur effort, lumbago	7 627	42,6	187 866	26,7
Contusions	3 429	19,1	149 725	21,3

Répartition de la sinistralité entre l'activité d'aide, de soin et l'activité mixte

Indicateurs	Soin	Mixte	Aide	Ensemble SASAD
AT reconnus	6 809	4 727	6 378	17 914
Nouvelles IP	376	251	382	1 009
dont IP ≤ 9 %	85	73	119	277
dont IP ≥ 9 %	291	178	263	732
Décès	1	0	2	3
Journées perdues	349 923	270 046	381 948	1 001 917
Indice de fréquence ⁵²	43,9	49,2	51,5	47,8
Taux de fréquence ⁵³	28,2	31,8	36,0	31,6
Taux de gravité ⁵⁴	1,45	1,82	2,15	1,76

La sinistralité de l'aide est globalement supérieure à celle des soins.

Ventilation des AT reconnus par élément matériel suivant le secteur Aide / Soin

Élément matériel principal	Soin	% soin	Aide	% aide
Manutention manuelle	2 495	36,6	2 168	34,0
Accidents de plain-pied	2 043	30,0	2 146	33,6
Divers : jeux et sports, rixes et attentats, agents matériels non classés ailleurs	974	14,3	608	9,5
Chutes de hauteur	570	8,4	773	12,1
Véhicules	192	2,8	258	4,0
Outils portatifs	127	1,9	75	1,2
Masse en mouvement	143	2,1	139	2,2
Levage	91	1,3	47	0,7
AT non classés faute de données suffisantes	66	1,0	61	1,0
Appareils contenant des fluides	60	0,9	61	1,0
Machines	39	0,6	29	0,5
Vapeurs, gaz, poussières, combustibles, rayonnements ionisants ou non	6	0,1	10	0,2
Électricité	2	0,0	3	0,0
Engins de terrassement	1	0,0	0	0,0
Total	6 809	100,0	6 378	100,0

La part prise par la manutention manuelle est importante et comparable dans le secteur des soins et celui de l'aide. Il en est de même pour les accidents de plain-pied.

⁵² L'indice de fréquence des AT est le nombre d'accidents reconnus pour 1 000 salariés.

⁵³ Le taux de fréquence des AT est le nombre d'accidents reconnus par millions d'heures de travail.

⁵⁴ Le taux de gravité des incapacités temporaires est le nombre de journées d'incapacité temporaire pour 1 000 heures de travail.

Le risque accident de trajet

Indicateur	Accident de trajet
Accidents de trajet reconnus	2 806
Nouvelle IP	216
IP ≤ 9 %	155
IP ≥ 9 %	61
Décès	10
Nombre de journées perdues	166 276
Indice de fréquence	7,5

L'indice de fréquence de 7,5 pour le secteur SASAD est supérieur à l'indice global qui est de 4,6. Ce résultat confirme que les multiples déplacements d'un bénéficiaire à un autre que doit faire l'aidant constituent un facteur de risque.

Les véhicules ont été impliqués dans 9 des 10 accidents mortels de l'année 2008 et sont la cause de 56 % des journées de travail perdues.

Le risque maladie professionnelle (MP)

Sinistralité MP en 1^{er} règlement dans l'année

Indicateur	MP
MP en 1 ^{er} règlement	916
Nouvelle IP	357
IP ≤ 9 %	204
IP ≥ 9 %	153
Décès	0
Journées perdues	200650

Principaux syndromes comparés à l'ensemble des MP en 1^{er} règlement dans l'année

Syndrome	SASAD		Ensemble	
	MP en 1 ^{er} règlement	% MP	MP en 1 ^{er} règlement	% MP
Syndrome du canal carpien	372	40,6	12 642	27,9
Épaule douloureuse	231	25,2	8 835	19,5
Épicondylite	98	10,7	5 058	11,2
Sciatique par hernie discale	44	4,8	2 203	4,9
Épaule enraidie	57	6,2	1 782	3,9
Tendinite	22	2,4	1 477	3,3
Ténosynovite	17	1,7	1 120	2,5

Annexe 8 : Bibliographie et liens web

AISS

Comité Secteur santé de l'AISS. Prévention du mal de dos chez les soignants. DVD

Cedefop

Skill needs in Europe. Focus on 2020

Cedefop Panorama series; 160, 2008, 25 p.

ISBN 978-92-896-0553-3

http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/498/5191_en.pdf

Future skill needs in Europe

Synthesis report, 2008, 121 p.

ISBN 97869268966050067

http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/485/4078_en.pdf

Commission européenne

Employment in Europe 2009

Commission européenne. Direction générale pour l'emploi, les affaires sociales et l'égalité des chances. Rapport. 2009-187 p.

ISSN 101665444 ; ISBN 978-92-79-13372-5

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=119&langId=en>

Soins de longue durée dans l'Union européenne

2008, 16p.

ISBN 978-92-79-09573-3

http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/brochure_ltc_b_080924_fr.pdf

La création d'emplois dans les services relationnels innovants. Le cas des services aux particuliers en Europe

Rapport final en langue française, 223 p.

Projet européen financé par la Commission et coordonné par l'Office européen de conseil, de recherche et formation en relations sociales (ORSEU)

<http://www.orseu.com/medias/1316.pdf>

Eurostat

Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies

Statistiques en bref 72/2008

ISSN 1977-0316

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

Measures to tackle undeclared work in the European Union

Colin C. Williams, Piet Renooby ; Référence EF/09/25/EN, 2008, 60 p.

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/25/en/1/EF0925EN.pdf>

Employment in social care in Europe

Ester Neményi, Maria Herczog, Zsuzsanna Kravalik, Martin Jones, Lucy Bekarian, Robert Huggins, 2006, 84p.

ISBN 92-897-0931-6

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

Employment in household services
Alessandra Cancedda, 2001, 119 p.
ISBN 92-897-0085-8
<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2001/13/en/1/ef0113en.pdf>

Employment in household services. Main findings from the National Reports
Résumé du rapport cité ci-dessus.
<http://www.eurofound.europa.eu/areas/labourmarket/emphhold.htm>

Health and care in an enlarged Europe
Jens Alber et Ulrich Köhler, 2004, 84p.
ISBN 92-897-0244-3
<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/107/en/1/ef03107en.pdf>

Delivering quality and access to social care and health in an enlarged Europe: What people in Europe think about service ability and access
Dublin, 16-18 juin 2004, 16p.
<http://www.eurofound.europa.eu/docs/areas/populationandsociety/anderson040616.pdf>

OCDE

The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand
OCDE – 17 mars 2009
[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/\\$FILE/JT03261422.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/$FILE/JT03261422.PDF)

Les soins de longue durée pour les personnes âgées
OCDE, 2006, 155 p.
ISBN 978-82-64-00879-6

Présidence suédoise de l'UE (2009)

Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union
Conference on Health and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 septembre 2009
Discussion paper, août 2009, 58 p.
http://www.se2009.eu/polopoly_fs/1.13915!menu/standard/file/Discussion%20Paper-Who%20Cares.pdf

Belgique

Travailler comme aide familiale à domicile. Inventaire des outils et des bonnes pratiques pour améliorer les conditions de travail
SPF Emploi, Travail et Concertation sociale
Partie 1, décembre 2007, 136 p.
<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=17698>

Partie 2 – Outils et pratiques dans d'autres pays francophones
<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=17700>

Partie 3 – Outils aux Pays-Bas
<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=17702>

Enquête PROXIMA
http://www.emploi.belgique.be/PROXIMA_F.aspx

Aidons le dos des aides familiales. Propositions de matériel à fournir à l'aide familiale
http://w3.umh.ac.be/pub/ftp_psytrav/PDF/listmatfr.pdf

Clé pour...Travailler dans le système des titres-services
Direction générale Emploi et marché du travail, février 2008 38 p.
Dépôt légal : D/2008/1205/03
<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=3818>

Prévention des maux de dos dans le secteur de l'aide à domicile
Direction générale Humanisation du travail, janvier 2007, 64 p.
Dépôt légal : D/2007/1205/23
<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=10694>

Travailler comme aide familiale à domicile. Principaux résultats de l'enquête PROXIMA
Direction générale Humanisation du travail, septembre 2006, 32 p.
Dépôt légal : D/2006/1205/26
<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=6772>

Université de Mons-Hainaut – Service de Psychologie du Travail
<http://w3.umh.ac.be/psytrav/Proxima.htm>

Guide de concertation Déparis IV : L'aide à domicile (Guide de dépistage participatif des risques)
http://www.sobane.be/fr/fille/pdf/deparis_iv_proxibane_fev07.pdf

SOBANE – PROXIMA : Check-list d'évaluation chez les bénéficiaires
http://www.sobane.be/fr/fille/pdf/fr_check_PROXIBANE_01mars07.pdf

Titres-Services. Aide à domicile. Agence fédérale
http://www.titres-services-onem.be/fr_home.asp

Canada

Home and Community Health Worker Handbook
WorkSafe BC, Occupational Health & Safety Agency for Healthcare in British Columbia, novembre 2006, 32 p.
http://www.worksafefbc.com/publications/health_and_safety/by_topic/assets/pdf/community_health_workers.pdf

Soins à domicile. Mesures préventives pour des gestes, des postures sécuritaires et l'autonomie des personnes
Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales - ASSTSAS, Québec, 1998, 320 p.
ISBN 2-922036-33-2

Prévention des blessures musculosquelettiques pour le personnel soignant
ASSTSAS, Québec, 1995, 315 p.
ISBN 2-922036-00-6

Disponibles en français sur le site : <http://www.asstsas.qc.ca/francais/accueil.html>

Danemark

Rescaling social welfare policies in Denmark
National report. Camilla Thorgaard et Henrik Vinther. Social Forsknings Instituttet. 10:2007 working paper. 56p.
http://www.sfi.dk/graphics/SFI/Pdf/Working_papers/WP10_2007.pdf

Providing integrated health and social care for older persons in Denmark
Ellinor Colmorten, Thomas Clausen et Steen Bengtsson. The Danish National Institute of Social Research, mars 2003, 34 p.

Arbedjdsmljøl i aeldreplejen i Danmark. Resultater og konklusioner
Det Nationale Forskningscenter for Arbedjdsmljøl. SOSU-rapport, 2007, 51 p.
ISBN 87-7904-161-2
Document de synthèse en langue danoise
<http://www.arbedjdsmljølforforskning.dk/upload/SOSU-samlerapport.pdf>

Espagne

Chulvi, Berta. Atención domiciliaria a personas dependientes
<<http://www.istas.net/pe/num36/articulo.asp?num=36&pag=14>>

France

L'enjeu de la santé au travail dans les associations de services à domicile
Annie DUSSUET. GTM/CNRS – Université de Nantes. JIST 2007, Londres 20-22 juin 2007

La sinistralité dans l'activité des services d'aide et de soins à la personne
Dossier statistique CNAMTS-DRP (données 2006)
http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/rubrique/rubrique_activite_services_aide_soins_personne_1.php

La sinistralité dans l'activité des services d'aide et de soins à la personne
Dossier statistique CNAMTS-DRP (données 2008)
http://secure.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/Sinistralite_2008%20aide%20et%20soin_domicile.pdf

Travailler mieux. La santé et la sécurité au travail. Aide à domicile
<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Aide-a-domicile.html>

Risques professionnels des intervenants de l'aide et du soin à domicile
CRAM Nord-Picardie
http://www.cram-nordpicardie.fr/Medias/ServicesAuxEntreprises/GestionDesRisques/conf_debats/Intervenants_aide_soins_domicile.pdf

Guide d'évaluation des risques. Aide à domicile
CRAM des Pays de la Loire
http://www.cram-pl.fr/risques/outils/doc/guide_aide_domicile.pdf

Guide méthodologique pour la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels
Mutualité française – Cides- Chorum – Una
mars 2009, 54 p.
[http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1401152644484959900/guide-180x255-v4-a4-web.pdf#MEDIALINK\(1401152644484959900\)](http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1401152644484959900/guide-180x255-v4-a4-web.pdf#MEDIALINK(1401152644484959900))

Guide des pratiques de prévention des risques professionnels
Mutualité française – Cides- Chorum – Una
avril 2009, 57 p.
[http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1425815592257979998/g-bp-180x255-web.pdf#MEDIALINK\(1425815592257979998\)](http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1425815592257979998/g-bp-180x255-web.pdf#MEDIALINK(1425815592257979998))

Prévenir des risques professionnels dans l'économie sociale
Ensemble de dix fiches pratiques. USGERES - Chorum
[http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1523508815291486676/wall_bd.pdf#MEDIALINK\(1523508815291486676\)](http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1523508815291486676/wall_bd.pdf#MEDIALINK(1523508815291486676))

Actes de la journée du 9 juin 2009 sur la prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile
Mutualité française – Chorum – UNA
http://cides.chorum.fr/cides/f_conf_penibilite/Conference-du-9-juin-2009.html

Guide de bonnes pratiques face aux risques professionnels dans les services à la personne - 19 fiches pratiques
Ouvrage collectif réalisé par : Arvise, Anact, SISTBI, CAPS, Académie de la Réunion
<http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/1866383.PDF>

La politique en faveur des services à la personne
Cour des comptes – Rapport public annuel 2010. 02/2010. pp 514-534
http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/20_politique-services-a-la-personne.pdf

Aide, accompagnement, soin et services à domicile. Obligations des employeurs prestataires.
Gayet, C.; INRS. Ed 6066. mars 2010. 22 p.
ISBN 978-2-7389-1835-2
[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%206066/\\$FILE/ed6066.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%206066/$FILE/ed6066.pdf)

Aide à domicile
Trilhe, P.; Lefevre, F.
Fiche d'activité Professionnelle Bossons Futé N°21. Bossons FUTÉ (Fichier unifié des situations de travail et des expositions professionnelles). Saint-Maur, France
http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=249-fiche0021&catid=2-activites

Aide-Soignant à Domicile
Royer, C.; Véry, O.; Trilhe P.
Fiche d'activité Professionnelle Bossons Futé N°80. Bossons FUTÉ (Fichier unifié des situations de travail et des expositions professionnelles). Saint-Maur, France
http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=308-fiche0080&catid=2-activites

Évaluation et prévention des risques chez les aides à domicile
INRS. DMT n° 102, 2^e trimestre 2005, pp 161 à 189
[http://www.inrs.fr/INRS-PUB/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/4D2CCD5110196F0DC12570340036D888/\\$FILE/tc102.pdf](http://www.inrs.fr/INRS-PUB/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/4D2CCD5110196F0DC12570340036D888/$FILE/tc102.pdf)

Aide à domicile
Soins à domicile
Dossiers Internet INRS à chercher sur :
[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/INRS-FR/\\$FILE/fset.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/INRS-FR/$FILE/fset.html)

Les services à la personne. État des lieux, enjeux et perspectives
Avisé. Service à la personne n° 1, octobre 2006, 18 p.
http://www.avise.org/IMG/pdf/Repere_SAP_N1_Services-la-personne.pdf

Les services à la petite enfance. État des lieux, enjeux et perspectives
Avisé. Service à la personne n° 2, octobre 2006, 18 p.
http://www.avise.org/IMG/pdf/Repere_SAP_N2_Petite-enfance.pdf

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. État des lieux, enjeux et perspectives

Avise. Service à la personne n° 3, octobre 2006, 14 p.

[http://www.avise.org/IMG/pdf/Repere SAP N3 Personnes-agees.pdf](http://www.avise.org/IMG/pdf/Repere_SAP_N3_Personnes-agees.pdf)

Les services à la personne. Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale
Rapport n° 8. La Documentation française, Paris 2008, 147 p.

ISBN 978-2-11-007109-5

<http://www.cerc.gouv.fr/rapports/rapport8/rapport8cerc.pdf>

Le développement des services à la personne. Rapport du Conseil économique et social
M. Yves VEROLLET, rapporteur. La Documentation française, février 2007, 173 p.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000123/0000.pdf>

Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion

Ghislaine Doniol-Shaw, Emmanuelle Lada, Annie Dussuet. Rapport de recherche. Laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés – Unité mixte de recherche CNRS 8134, novembre 2007, 275 p.

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Latts_rapport_definitif_21_mars_2008.pdf

Agence nationale des services à la personne – ANSP - Portail web de l'agence

<http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/>

Agence nationale des services à la personne. Rapport d'activité 2006, 75 p.

http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/rapport_activite/ANSP_RAPPORT_ACTIVITE2006.pdf

Agence nationale des services à la personne.

Première édition du Baromètre de la qualité et de la professionnalisation des emplois de services à la personne. Présentation du 19 mai 2010

http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/Actus/2010/20100519_ConfPresse_Barometre.pdf

Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent "auxiliaires de vie sociale".
Pour agir sur leurs conditions de travail et sur leur santé

INRS. Notes scientifiques et techniques n° 257, décembre 2005, 84 p.

<http://www.inrs.fr/INRS->

[PUB/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/947D0E1CCC02F112C125711C0039F8CF/\\$FILE/ns257.pdf](http://www.inrs.fr/INRS-PUB/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/947D0E1CCC02F112C125711C0039F8CF/$FILE/ns257.pdf)

Syndicat professionnel des services à la personne

<http://www.spsap.fr/>

Fédération nationale des particuliers employeurs

<http://www.fepem.fr/fr2/index.html>

Chèque emploi service universel – Mode d'emploi via l'URSSAF

<http://www.cesu.urssaf.fr/cesweb/home.jsp>

Les services à la personne. Comment ça marche ?

Jean-Noël Lesellier. Édition Wolters Kluwer – France, novembre 2007, 281 p.

ISBN : 978-2-7573-0166-1

Le particulier employeur. Mode d'emploi
Isabelle Gallay et Laurence de Percin.
Guid'Utile. Librairie Vuibert – France, octobre 2007, 197 p.
ISBN : 978-2-7117-9162-0

Le particulier employeur. Managez au quotidien votre salarié à domicile
Laurence de Percin en collaboration avec Marie-Béatrice Levaux.
Guid'Utile. Librairie Vuibert – France, août 2007, 186 p.
ISBN : 978-2-7117-8709-8

Travailler pour des particuliers : souvent une activité d'appoint
INSEE. Claire MARBOT .Extrait de l'ouvrage "Les salaires en France" Édition 2008
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/SALFRA08ac.PDF

Les salariés des particuliers employeurs en 2006
Insee Première n° 1173, janvier 2008
<http://insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1173/ip1173.html>

Les services à la personne : une croissance vive en 2007, atténuée en 2008
DARES. Salah OULD YOUNES. Analyses n° 20. avril 2010
ISSN 1253 – 1545
http://www.emploi.gouv.fr/pdf/dares2010_20.pdf

Les services à la personne en 2006 : une croissance continue
DARES. Alexandra CHOL. Premières informations et premières synthèses n° 48.2.
novembre 2008
ISSN 1253 - 1545
<http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/sap%202006.pdf>

Combien d'emplois dans les services à la personne ?
Institut pour le développement de l'information économique et sociale. Note de travail
n° 6 – juillet 2009
http://www.idies.org/public/Publications/idies_note_de_travail_6_BAT.pdf
Étude prospective sur les services susceptibles d'émerger dans le secteur des services à la personne

BIPE. Rapport final, mai 2009, 78 p.
http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/Actus/2009/juin/20090619_RapportBIPE.pdf

Tableau de bord ANSP. Observatoire de l'emploi et de l'activité dans les services à la personne
http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/L'observatoire/200910_Observatoire.pdf

Assises nationales ANSP
http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/assises2009/fiches_AssisesPro.pdf

Irlande

No Place Like Home. Domiciliary CARE Services for Older People in Ireland
Virpi Timonen, Martha Doyle et David prendergast. Social Policy and Ageing Research Centre, Trinity College, Dublin. The Liffey press, 2006, 233 p.
ISBN 1-905785-01-1

Italie

Cinq documents de la Région Émilie-Romagne édités en plusieurs langues dont le français en plus de l'italien, du russe, du polonais, de l'anglais, de l'arabe, du roumain, de l'albanais et de l'espagnol

Conseils pour bien se déplacer avec la personne que vous assistez

http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/anziani/demenze/opuscoli_multilingue/consigli_8/Libretto_Consigli_francese_2008.pdf

La relation avec la personne âgée

http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/anziani/demenze/opuscoli_multilingue/relazione/relazione_1_francese.pdf

Orientation dans le réseau des services

http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/anziani/demenze/opuscoli_multilingue/servizi/1077970/servizi_6_francese.pdf

Assurer l'hygiène et la sécurité de l'habitation et de la personne

http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/anziani/demenze/opuscoli_multilingue/igiene/sicurezza_2_francese.pdf

Assister la personne âgée dans son déplacement

http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/anziani/demenze/opuscoli_multilingue/mobilita/m1077940/movimento_4_francese.pdf

Lavoro in ambiente domestico, telelavoro e lavoro a progetto: linee guida e buone prassi per la prevenzione dai rischi, anche in chiave comparata, alla luce della riforma del mercato del lavoro in Italia

ADAPT. Progetto di Ricerca. N. 1403, décembre 2009, 547 p.

<http://www.adapt.it/acm-on-line/Home/Osservatori/docCatNuovilavorinuoovirischi.1795.1.10.7.1.html>

Luxembourg

Soignez en protégeant votre dos

Service de Santé au Travail Multisectoriel, 2007, 79 p.

<http://www.sante.public.lu/publications/impacts-milieu-vie/sante-travail/soignez-protegeant-dos/soignez-protegeant-dos.pdf>

Royaume-Uni

Site CQC : Care Quality Commission : organisme régulateur du secteur de la santé et des services sociaux chargé de veiller à la qualité des soins à l'hôpital, en établissement et à domicile : <http://www.cqc.org.uk/aboutcqc.cfm>

About the Care Quality Commission

Care Quality Commission, 13 p.

http://www.cqc.org.uk/db/documents/About_CQC.pdf

The UKHCA Code of Practice

United Kingdom Homecare Association Ltd, mai 2009, 24 p.

<http://www.ukhca.co.uk/downloads.aspx?download=128>

An overview of the UK domiciliary care sector

UKHCA Summary paper, mai 2010, 28 p.

<http://www.ukhca.co.uk/pdfs/domiciliarycaresectoroverview.pdf>

Homeworking. Guidance for employers and employees on health and safety
HSE. INDG26, juin 2006, 12 p.
<http://www.hse.gov.uk/pubns/indg226.pdf>

Handling home care. Achieving safe, efficient and positive outcomes for care workers and clients
HSE – HSG225. JUIN 2004, 80 p.
ISBN 0-7176-2228-2

Domiciliary Care. National Minimum Standards. Regulations. CARE STANDARDS ACT 2000
Department of Health. 2003, 71 p.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4018671.pdf

Suède

Vidéo de formation montrant les bons gestes d'aide aux personnes à mobilité réduite
<http://www.av.se/teman/ergonomi/informationsmaterial/film/>

Fiches statistiques :

[http://www.av.se/dokument/statistik/sf/Sf2007\[1\].10.pdf](http://www.av.se/dokument/statistik/sf/Sf2007[1].10.pdf)

[http://www.av.se/dokument/statistik/sf/Sf2007\[1\].11.pdf](http://www.av.se/dokument/statistik/sf/Sf2007[1].11.pdf)

[http://www.av.se/dokument/statistik/sf/Sf2007\[1\].12.pdf](http://www.av.se/dokument/statistik/sf/Sf2007[1].12.pdf)

USA

Home care for ageing populations. A Comparative Analysis of Domiciliary Care in Denmark, the United States and Germany
Martin Doyle et Virpi Timonen. Edward Elgar Publishing. 2007, 154 p.
ISBN 978 1 84720 494 3

Injuries to Caregivers Working in Patients' Homes
U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics
<http://www.bls.gov/opub/ils/pdf/opbils11.pdf>

Safety Manual for Homecare Workers
Oregon Department of Human Services, Home Care Commission, 2005, 29 p.
Référence DHS 9062
Document en langue anglaise également disponible en russe, en espagnol et en vietnamien. Longue liste des choses auxquelles il faut penser.
<http://library.state.or.us/repository/2008/200809230835512/>

Department of Municipal and Community Affairs (MACA). Community Government Job descriptions and Performance Evaluation Forms: Home Care Worker
http://www.maca.gov.nt.ca/school/tools/JD_docs/Home%20Care%20Worker%20%20JD.pdf



Créé en 1991, EUROGIP est un organisme français, dont les activités s'articulent autour de cinq pôles : enquêtes, projets, information-communication, normalisation et coordination des organismes notifiés. Toutes ont pour dénominateur commun les aspects européens de l'assurance ou de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

www.eurogip.fr

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être impérativement mentionnée.

55, rue de la Fédération - F-75015 Paris
Tél. +33 0 1 40 56 30 40
Fax +33 0 1 40 56 36 66



eurogip

comprendre les risques professionnels en Europe
understanding occupational risks in Europe