

Prévenir les risques professionnels dans le secteur des soins aux personnes âgées

**Actes des Débats d'EUROGIP (en ligne)
du 9 mars 2021**

Les intervenants

Introduction aux Débats

- **Christian EXPERT**, Président du conseil d'administration, EUROGIP
- **Anne THIEBEAULD**, Directrice des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024

- **Myriam EL KHOMRI**, ancienne ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Directrice conseil, Siaci Saint-Honoré

Les constats

- **Emmanuelle CAMBOIS**, Directrice de recherche, Institut national d'études démographiques (INED) - Directrice, Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement
- **Malika BELARBI**, Aide-soignante, Centre de gérontologie des Abondances (Hauts-de-Seine)
- **Aurélien DECKER**, Directrice, Fédération européenne des services à la personne (EFSI)
- **Jesús ALVAREZ HIDALGO**, Médecin, Gestionnaire des politiques, unité "santé et sécurité", Direction générale "Emploi, affaires sociales et inclusion", Commission européenne

Les approches publiques de prévention face à une surexposition aux risques professionnels

- **Stéphane PIMBERT**, Directeur général, Institut national de recherche et de sécurité (INRS), France
- **Thierry PALKA**, Ingénieur conseil, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) Aquitaine, France
- **Ilaria Maria BARRA**, Docteur en chimie, Département consultatif pour l'évaluation et la prévention des risques, Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), Italie
- **Joseph MUSGRAVE**, Directeur général, Home and Community Care Ireland, Irlande

Quels leviers d'action pour mieux gérer les risques sur le terrain ?

- **Sandrine RÉMY**, Contrôleur de sécurité, Caisse régionale d'assurance maladie Ile-de-France (CRAMIF), France
- **Alexandre VERNET**, Directeur, résidence-retraite cinéma spectacle, France
- **Julie BACHE BILLESBØLLE**, Chef de section, section de l'Environnement psychosocial du travail, Autorité de l'environnement de travail (Arbejdstilsynet), Danemark
- **Albert NIENHAUS**, Médecin, expert en prévention et réhabilitation, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Allemagne
- **Jukka-Pekka TYNI**, Spécialiste du droit du travail et des risques professionnels, Direction générale des services sociaux et des soins privés, Hyvinvointiala HALI ry, Finlande



Déployer une nouvelle culture de prévention

- **Emmanuel CHIGNON**, Directeur, EHPAD Terre-Nègre, France
- **Annie de VIVIE**, Gériatologue, fondatrice d'agevillage.com, Directrice des formations Humanitude, France
- **Dominique VILLA**, Directeur général, Association Aid'Aisne, France
- **Paul FUCHS-FROHNHOFEN**, Ergonome, coordinateur du projet de prévention 4.0 dans le secteur des soins, Directeur MA&T Sell & Partner GmbH - Mensch, Arbeit und Technik, Allemagne
- **Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI**, Chef du département tarification et contentieux des AT/MP, Fédération française du bâtiment (FFB), membre de la Commission nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP), France
- **Ronald SCHOULLER**, premier Vice-président (CGT-FO), Commission nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP), France

Conclusion

- **Raphaël HAEFLINGER**, Directeur, EUROGIP

Débats animés par **Régis de CLOSETS**, journaliste.

Introduction aux Débats

Régis de CLOSETS

La présente édition des Débats d'EUROGIP entièrement digitale est consacrée à un secteur qui a été mis en avant à l'occasion de la crise de la Covid : celui des soins aux personnes âgées, à domicile ou en établissement. Les métiers du *care* seront déterminants face au vieillissement à venir de la population. Il s'agit de l'un des secteurs les plus exposés aux risques professionnels. Bien que connaissant une sinistralité au travail très importante, il est resté longtemps à l'arrière-plan des programmes de prévention. Il fait désormais l'objet d'approches diverses et innovantes destinées à améliorer les pratiques et à mettre en place une réelle culture de prévention.

Je laisse à Christian EXPERT, Président du Conseil d'administration d'EUROGIP, le soin d'introduire les Débats. Son intervention sera suivie de celle d'Anne THIEBEAULD, Directrice des risques professionnels à la CNAM¹.

Christian EXPERT

Madame la ministre, Monsieur le vice-président de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAM, Madame la directrice de la direction des risques professionnels, Mesdames, Messieurs,

EUROGIP et son Conseil d'administration sont heureux de vous recevoir aux Débats d'EUROGIP 2021, qui ont pour thème la prévention des risques professionnels dans le secteur des soins aux personnes âgées. La crise sanitaire induite par la Covid-19 nous a contraints à innover puisque, pour la première fois, EUROGIP ne vous reçoit pas physiquement.

La crise sanitaire a particulièrement touché ce secteur. Nous déplorons en effet de nombreuses victimes de la Covid-19, aussi bien parmi les personnes aidées, qui sont particulièrement vulnérables, que parmi le personnel aidant. Le secteur a dû s'adapter en modifiant l'organisation des soins, ce qui a eu un impact sur les conditions de travail.

Pourquoi le Conseil d'administration d'EUROGIP a-t-il choisi ce sujet le 25 juin 2019 ? Nous avons alors estimé que la prévention des risques professionnels dans ce secteur constituait un enjeu majeur pour la Branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) de la CNAM, mais plus encore un véritable enjeu de société.

Ce secteur est constitué de deux volets : l'aide à domicile aux personnes âgées et l'accueil en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le nombre de personnes âgées dépendantes était estimé à environ 1,4 million en 2020. Il augmente constamment du fait de l'évolution de l'espérance de vie et du vieillissement de la population. Les besoins en personnel dans le secteur vont croître mécaniquement. 140 000 équivalents temps plein supplémentaires seront nécessaires d'ici 10 ans alors que l'attractivité de ces métiers est en chute libre. Actuellement, nombre de postes ne sont pas pourvus. Ainsi, 81 % des EHPAD déclarent des vacances de postes.

La sinistralité de ce secteur est très préoccupante. Dans les EHPAD, le nombre d'accidents du travail s'élève à 90 pour 1 000 salariés. L'indice de fréquence est donc trois fois plus élevé que l'indice moyen du régime général. Il dépasse même de 50 % celui du BTP, qui s'établit à 60. De plus, 80 % des troubles musculosquelettiques sont liés à la mobilisation des personnes âgées dépendantes. Les risques psychosociaux font partie intégrante de cette sinistralité. Celle-ci induit incapacités temporaires et permanentes, absentéisme, y compris pour maladie, ce qui aggrave les conditions de travail du personnel restant. Elle génère aussi inaptitudes, turnover et difficultés de recrutement.

La sinistralité, avec tout ce qu'elle provoque, a des conséquences fortes sur la qualité des soins dispensés aux personnes aidées. Ces dernières ne peuvent que subir la pénurie de main-d'œuvre du secteur et les conditions de travail difficiles du personnel : moins de temps pour les toilettes et l'habillage, moins de temps pour les repas, moins de temps pour écouter et comprendre les besoins de la personne aidée, moins de temps - ou pas de temps du tout - pour la vie sociale, dont ces personnes, qui

¹ CNAM : Caisse nationale de l'Assurance maladie

sont très souvent atteintes de troubles cognitifs et de syndromes dépressifs, ont pourtant le plus grand besoin. Ainsi, selon l'enquête CARE (Capacités, aides et ressources des seniors) de la DREES² parue le 31 janvier 2020, un tiers des personnes âgées vivant en EHPAD sont en situation de détresse psychologique.

Notre société est confrontée à un défi immense : comment améliorer les conditions de travail, les effectifs et l'attractivité de ces métiers, comment améliorer la qualité de vie au domicile ou en établissement de nos aînés malgré des budgets plus ou moins contraints du fait du financement public et des capacités financières limitées des personnes aidées et de leur famille ?

Madame Myriam EL KHOMRI, ancienne ministre du Travail, a accepté d'être parmi nous ce matin et nous lui en sommes très reconnaissants. Elle a été chargée d'une mission sur l'attractivité des métiers du grand âge et de la dépendance. Elle a remis son rapport le 29 octobre 2019 à Madame la ministre de la Santé. Myriam EL KHOMRI voudra bien évoquer les pistes qu'elle a identifiées pour répondre à nos interrogations.

Nos voisins européens ont été et sont confrontés aux mêmes problématiques que nous. Ils voudront bien nous faire part de leurs expériences.

Enfin, la Direction des risques professionnels de la CNAM, l'INRS et les partenaires sociaux, notamment au sein des comités techniques nationaux H et I, ont travaillé et travaillent depuis longtemps sur la prévention des risques professionnels des métiers d'aide à la personne en général et des métiers d'aide aux personnes dépendantes en particulier. Nous pourrions découvrir leurs travaux.

Je vous souhaite des Débats enrichissants.

Régis de CLOSETS

Malgré une sinistralité importante, le secteur des soins à la personne semble être longtemps resté à la traîne s'agissant de la prévention des risques. Anne THIEBEAULD, partagez-vous ce constat ? Comment l'expliquez-vous ?

Anne THIEBEAULD

Je nuancerais volontiers ce constat. La Branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

(AT/MP) de la sécurité sociale a une démarche assurantielle. Par conséquent, elle observe l'augmentation du nombre des AT/MP qui est certes particulièrement important dans le secteur, mais résulte aussi de la croissance des effectifs. L'augmentation des sinistres apparaît donc logique. Dans les organismes régionaux du réseau de la CNAM, des actions sont engagées depuis le début des années 2010 avec certaines entreprises ou certains des secteurs des soins à la personne. Au niveau national, des établissements sont inclus dans le programme de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS Pros) depuis 2014. Dès cette date, une centaine d'EHPAD était concernée. Le programme s'est développé avec le temps et s'applique actuellement dans un millier d'établissements.

Le constat appelle en effet à la mobilisation. L'indice de fréquence des accidents du travail est trois fois plus élevé que dans les autres secteurs. Il convient par conséquent de renforcer l'engagement de la Branche AT/MP.

Régis de CLOSETS

Comment caractérisez-vous la sinistralité du secteur ?

Anne THIEBEAULD

Le secteur connaît environ 74 000 AT/MP par an. Les dépenses correspondantes s'élèvent à 600 M€. Au-delà de ces chiffres, le secteur se caractérise par la fréquence des sinistres, qui concernent principalement des salariés âgés de 40 à 59 ans. Alors qu'il se distingue par la diversité de ses activités ou statuts, les sinistres y sont plutôt homogènes : les salariés souffrent avant tout de pathologies du dos et des membres supérieurs, et ce en raison du risque de manutention manuelle, lié au transfert de personnes à mobilité réduite et au port de charges. Ce risque est présent aussi bien dans l'aide à domicile que dans les établissements. Dans les EHPAD, près de 70 % des accidents du travail trouvent leur origine dans la manutention manuelle.

Les chutes représentent aussi un important facteur de risques, en particulier à domicile car les professionnels interviennent dans un milieu de vie qui n'a pas vocation à être un lieu de travail. Les chutes constituent le deuxième facteur de risques. Il y a d'autres risques. Christian EXPERT a cité les risques psychosociaux, qui ne sont pas spécifiques

² Enquêtes CARE réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

au secteur, mais s'expliquent notamment par la tension sur l'emploi.

Régis de CLOSETS

Vous avez évoqué les actions de prévention qui ont été entreprises. Celles-ci ont connu une accélération à partir de 2018, avec la signature d'une convention nationale d'objectifs. Quelle forme cette accélération a-t-elle prise et autour de quels axes l'accompagnement du secteur est-il organisé ?

Anne THIEBEAULD

En effet, la convention nationale d'objectifs qui a été signée en 2018 avec plusieurs grandes fédérations professionnelles du secteur représente un levier puissant pour relayer l'action de la Branche AT/MP. Près de 300 contrats de prévention ont été conclus dans ce cadre et plus de 8 M€ ont été versés pour accompagner des projets de long terme visant à adapter l'environnement de travail ou l'organisation du travail.

La Branche s'est également investie dans la lutte contre les troubles musculosquelettiques. J'ai déjà évoqué le programme TMS Pros, qui concerne désormais plus d'un millier d'établissements. Il se déploie en plusieurs étapes, depuis l'évaluation des risques jusqu'à la mise en place d'un plan d'actions de prévention établi sur la base de l'observation de l'organisation du travail et des activités réalisées. Des incitations financières sont prévues pour que les entreprises puissent acquérir des matériels adaptés ou engager des actions de formation.

Le cofinancement des formations doit être révisé et rendu plus incitatif compte tenu de la nécessité de la formation pour anticiper les risques professionnels auprès des salariés comme auprès des animateurs de prévention et des dirigeants. L'INRS, qui est le laboratoire scientifique et technique de la Branche AT/MP, propose des modules destinés à ces trois publics. Depuis deux ou trois ans, des organismes habilités offrent ainsi des formations de courte durée et donc aisément accessibles.

Régis de CLOSETS

Que peut-on attendre de la prochaine Convention d'objectifs et de gestion pour amplifier ces actions ?

Anne THIEBEAULD

La prochaine COG s'appliquera à partir de 2023. Il est évident que le secteur de l'aide et du soin à la personne sera l'un des axes majeurs des expérimentations et des programmes nationaux de prévention. Je pense en particulier aux actions

développées dans certaines Carsat et qui pourraient être reprises au niveau national.

Régis de CLOSETS

Myriam EL KHOMRI affirme dans son rapport que la prévention passe aussi par l'organisation du travail et les conditions de travail. Or de nombreux salariés ne peuvent pas participer aux sessions de formation parce que le management est bloqué par la pénurie de postes et l'absence de financement. Comment mieux accompagner la transformation des organisations ?

Anne THIEBEAULD

C'est en effet l'enjeu de l'accompagnement de ce secteur en pleine croissance et qui ne peut donc que difficilement sacrifier le temps de travail des salariés au profit de la formation alors même qu'il s'agit d'un investissement pour l'avenir. Ce problème est du reste commun à tous les secteurs en tension.

La Branche AT/MP mène des campagnes de sensibilisation sur l'absentéisme et son coût. Les entreprises du secteur connaissent un taux d'absentéisme très supérieur à la moyenne. Les arrêts de travail entraînent des remplacements, parfois effectués dans l'urgence, qui sont onéreux. Or une formation aux gestes et postures ne dure que quatre jours par an. Elle doit certes être renouvelée tous les deux ans mais elle est moins coûteuse qu'un remplacement.

La Branche se doit également de proposer des formations adaptées, de courte durée, c'est-à-dire de trois à six jours. Elles s'adressent aux salariés ainsi qu'aux dirigeants, lesquels restent en général plus longtemps dans les entreprises et sont donc en mesure d'y porter des messages de long terme.

La Branche intervient aussi en habilitant des organismes de formation. Elle garantit ainsi aux entreprises qu'elles bénéficieront de formations de bonne qualité et adaptées. Vous le verrez pendant la journée : il est possible de former les salariés du secteur. Certaines régions parviennent du reste à organiser la formation de plus d'un millier de personnes par an et les entreprises en comprennent les bénéfices à long terme.

Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024

Régis de CLOSETS

Ancienne ministre du Travail, Myriam EL KHOMRI est l'auteure du rapport sur l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie, qu'elle a remis en octobre 2019 à Agnès BUZYN, alors ministre des Solidarités et de la Santé. Ce document, réalisé sur la base de 150 entretiens, a fait date. Il se prolonge actuellement avec la mission LAFORCADE sur les métiers de l'autonomie.

Votre rapport dresse le constat du secteur des métiers du grand âge et appelle à agir. Il se veut opérationnel et fixe des objectifs, comme la réduction d'un cinquième de la sinistralité. Pour répondre au manque actuel d'attractivité des métiers du grand âge et aux forts besoins de recrutement à venir, vous préconisez un plan de mobilisation d'un montant de 100 M€. Quels sont les points qui vous ont le plus surpris lors de la plongée que vous avez opérée dans le secteur ? Quelles sont les principales difficultés des métiers du care ?

Myriam EL KHOMRI

Il importe avant tout de souligner le caractère collectif du rapport. L'équipe projet rassemblait des représentants de tous les secteurs (public, privé associatif et privé lucratif). Elle incluait deux aides-soignants et un auxiliaire de vie. Leur apport a été très important.

Ce sont les conditions de rémunération, surtout des auxiliaires de vie, qui nous ont le plus marquées. Si ces métiers sont très utiles socialement, ceux qui les exercent ont pour seule perspective le SMIC pendant une dizaine d'années. Les questions de reconnaissance nous ont également marquées. La reconnaissance ne se limite pas au salaire. Elle est à rapprocher de divers autres éléments, comme le rôle des intéressées et le sens de leur métier, leur relation avec les bénéficiaires, la prise en compte de leur parole par le milieu médical et leur visibilité dans le champ public. Les professionnels du secteur ont souvent le sentiment d'être invisibles. Leur demande principale est la suivante : ne pas avoir à choisir entre faire vite et faire bien. Il importe de leur donner les conditions de bien faire leur travail.

Régis de CLOSETS

La reconnaissance porte à la fois sur les missions et sur les conditions de travail, lesquelles permettent ou non le bon accomplissement des missions. Loin de vous limiter à quelques actions ponctuelles, vous adoptez dans votre rapport une approche globale. Vous qualifiez la sinistralité du secteur d'"indigne". En quoi est-ce un élément important pour restaurer l'attractivité des métiers du grand âge ?

Myriam EL KHOMRI

Dans ce secteur, la qualité de vie au travail des professionnels est liée à la qualité des services rendus aux bénéficiaires. De même que les personnes âgées doivent être protégées, les travailleurs de ce secteur doivent l'être. Or la pénurie actuelle de personnel dans le secteur se traduit par une piètre qualité de vie au travail. Les professionnels sont en nombre insuffisant. Malheureusement, le système administratif et financier a pris le dessus sur la qualité de vie au travail et sur la qualité des services. C'est pour cette raison que le rapport prône une réforme systémique consistant à la fois en l'amélioration des conditions d'emploi et de rémunération, en la transformation des organisations ainsi que du management et en l'amélioration de la formation, et ce en raison de la difficulté qu'il y a à aider des personnes atteintes de troubles cognitifs. L'attractivité des métiers du grand âge passe par la mobilisation autour de ces axes.

Régis de CLOSETS

Vous préconisez une action publique d'ampleur pour ce secteur, qui se caractérise par sa fragmentation. L'aide à domicile coexiste avec les établissements d'hébergement. Il y a sept conventions collectives, quatre tarifications, plusieurs fédérations. Il pourrait être tentant de proposer plusieurs réformes, ce que vous n'avez pas fait. Pourquoi accordez-vous un tel prix à une approche unifiée de tous les acteurs ?

Myriam EL KHOMRI

Parce qu'il me semble que la gouvernance constitue un vrai problème pour le secteur. Je pense évidemment au pilotage double et au grand nombre de fédérations, dont chacune a son histoire et sa justification car elles se sont créées pour répondre à

des besoins locaux. Cependant, le personnel et les personnes âgées rencontrent partout les mêmes difficultés. Du reste, le rapport n'oppose pas le secteur privé et le secteur public. Il faut dépasser les enjeux de gouvernance et donc œuvrer pour rapprocher les fédérations et les conventions collectives. Il faut aussi agir au niveau des pouvoirs publics, puisque les compétences sont partagées entre l'Etat et les départements. Prenons l'exemple des indemnités kilométriques versées aux professionnels : est-il normal qu'elles diffèrent selon les départements ? Est-il normal que certaines auxiliaires de vie ne soient pas couvertes par une convention collective ? Il importe que les fédérations se rapprochent et que l'on parvienne, sur certains sujets comme les indemnités kilométriques, à construire un socle commun aux différentes conventions collectives.

Régis de CLOSETS

Examinons plusieurs axes que vous proposez. Vous développez quatre grands points : les compétences, la qualité de vie au travail, qui doit selon vous faire l'objet d'une politique structurée dans les établissements, les conditions de travail et la visibilité par le biais d'indicateurs. S'agissant des compétences et de la qualité de vie au travail, quelles seraient les principales mesures à mettre en œuvre ?

Myriam EL KHOMRI

En ce qui concerne la sinistralité, l'indice de fréquence s'élève à 100 pour 1 000 salariés alors qu'il s'établit à 60 dans le bâtiment et à 34 en moyenne tous secteurs confondus. Quant au taux d'absentéisme, qui est lié à la sinistralité, il est compris entre 7 et 15 % dans les EHPAD et entre 9 et 20 % pour l'aide à domicile. Rappelons qu'un point d'absentéisme représente un à deux points de masse salariale. L'absentéisme est un phénomène cumulatif puisque ce sont les personnes présentes que l'on sollicite le plus. Il faut mettre fin à cet engrenage. Pour cela, nous recommandons une augmentation de 20 % du ratio de personnel dans les EHPAD comme dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

En outre, nous préconisons le passage d'une logique de réparation à une logique de prévention. Nous proposons donc un programme national de prévention des risques professionnels, qui permettrait notamment de financer des aides techniques (aussi bien dans les EHPAD qu'à domicile) ainsi que des actions de prévention, de formation aux gestes et postures. Nous plaçons pour la multiplication des groupements

d'employeurs et la mutualisation des actions de prévention sur un territoire donné. Nous recommandons avant tout le financement du remplacement des salariés absents pour cause de formation. A ce titre, nous proposons un programme national de la Branche AT/MP doté de 100 M€ pour 5 ans. Ceci correspond à la somme actuellement allouée au niveau national en prévention à l'ensemble des métiers, mais un effort important est nécessaire pour renverser la situation dans le secteur. Nous avons analysé la situation du secteur du bâtiment, où une cotisation spécifique permet de vrais investissements. Notre réflexion s'est également nourrie des travaux menés par EUROGIP sur des expériences étrangères et notamment sur l'Allemagne. La logique actuelle de réparation est très coûteuse pour la Branche AT/MP.

Par ailleurs, face à des salariés qui sont confrontés à l'effondrement des corps et des esprits, voire à la mort, il est impératif de prévoir du temps collectif consacré au partage des pratiques professionnelles, et ce aussi bien pour les personnels qui travaillent en EHPAD que pour ceux qui interviennent à domicile. Ceci est déjà fait, mais pas de manière suffisante. Il faut en effet prévoir 4 heures par mois, ces heures étant évidemment rémunérées.

Régis de CLOSETS

Pour que cet échange de pratiques ait effectivement lieu régulièrement, il importe que les mentalités évoluent. Sinon, les salariés retomberont dans leur routine et effectueront leur travail habituel. Quelle est selon vous la clé du changement des mentalités dans le secteur ?

Myriam EL KHOMRI

Il est beaucoup demandé à ces femmes et la force de leur engagement est exploitée au-delà du raisonnable. Certaines des mesures que nous recommandons sont tout à fait terre-à-terre : octroi d'une carte professionnelle, d'un macaron facilitant le stationnement, etc. Elles correspondent tout simplement aux difficultés quotidiennes des intéressées. Pour assurer le changement, il faut passer d'une logique de charges à une logique d'investissement. Est-il normal qu'une responsable de secteur passe aujourd'hui 80 % de son temps à trouver des salariés plutôt qu'à faire le lien avec les familles ? Or, dans la crise économique que nous traversons, ce secteur représente une chance pour notre pays. Les emplois correspondants ne sont en effet pas délocalisables. Ce sont des métiers d'avenir dont nous avons besoin sur tout le territoire national. Il importe donc d'y investir massivement pour ne pas rebuter ceux qui s'y engagent. Est-il

normal que les professionnels abandonnent le secteur au bout de 5 à 7 ans ?

Le passage à la logique d'investissement est nécessaire pour réduire les coûts, pour diminuer les hospitalisations réalisées en urgence et pour construire une politique sociale durable. Ceci signifie une nouvelle organisation du travail. Il n'est ainsi pas normal qu'un salarié doive parcourir 50 km chaque jour pour se rendre au domicile d'une personne âgée. Les directions doivent investir dans des formations au management. Des indicateurs de qualité de service, de qualité de vie au travail, d'absentéisme, d'accidents du trajet, etc., doivent être élaborés. En échange du suivi de ces indicateurs, les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens pourraient prévoir l'augmentation de la rémunération des structures.

Régis de CLOSETS

La crise de la Covid et le Ségur de la santé³ sont-ils des signes d'espoir ?

Myriam EL KHOMRI

Le Ségur de la santé en est indubitablement un. Il prévoit en particulier une augmentation mensuelle nette de 183 € pour les aides-soignants employés en EHPAD. En revanche, les auxiliaires de vie ont été oubliées mais je place toute ma confiance dans les travaux de Michel LAFORCADE, auquel le gouvernement a confié une mission sur les métiers de l'autonomie. L'oubli des auxiliaires de vie a eu une conséquence évidente : elles se sont tournées vers le métier d'aide-soignant. Plutôt que de faire jouer la concurrence entre les métiers, il vaudrait mieux donner envie à des jeunes ou à des salariés actuellement employés dans des secteurs en perte de vitesse de s'engager dans ce secteur.

Régis de CLOSETS

Je vous transmets plusieurs questions posées par les participants. Quand le plan de lutte contre la sinistralité dans le secteur annoncé par le gouvernement sera-t-il achevé ? Quels en seront les axes principaux ?

Myriam EL KHOMRI

Brigitte BOURGUIGNON, ministre de l'Autonomie, a fait le point il y a quelques jours avec l'ensemble des fédérations. Elle a annoncé le plan pour les prochains mois.

Régis de CLOSETS

Un participant souligne que la qualité de l'entretien des locaux a un impact fort sur les conditions de travail des salariés des EHPAD et donc sur la qualité du service rendu. Il ajoute que ceci n'est pas toujours pris en considération au moment de la construction ou de la rénovation des locaux et demande comment il est possible de mieux tenir compte de la prévention des risques dans les programmes de rénovation ou de reconstruction.

Myriam EL KHOMRI

La question est en effet essentielle. Le rapport de Philippe DENORMANDIE sur les aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées apporte plusieurs éléments de réponse. J'estime qu'il faut se placer dans une logique de co-construction des réponses avec les professionnels de terrain, qui nous apprennent beaucoup. Avant les travaux de rénovation, il faut demander leur avis aux collaborateurs. De la même manière, la parole des personnes âgées doit être prise en compte car la citoyenneté doit être maintenue dans les EHPAD.

Régis de CLOSETS

Quel regard portez-vous sur les actions des Carsat dans le secteur ? Leur engagement est-il suffisant ?

Myriam EL KHOMRI

Beaucoup d'actions ont été menées. Nous avons ainsi visité l'UNA d'Alençon. Cette agence de services d'aide à domicile pratique la co-construction, développe des actions relatives au risque de chute des personnes âgées ainsi que des formations aux gestes et postures pour les professionnels. De même, la Carsat d'Aquitaine a multiplié les actions positives. Il importe désormais de passer à l'échelle nationale.

Régis de CLOSETS

Dernière question : actuellement, le financement des structures est subordonné à la réalisation de certaines prestations. En matière de qualité de vie au travail, l'encadrement de proximité représente un levier d'amélioration. Or, il est reproché aux structures qui développent le management de proximité de ne pas respecter leur ratio encadrement/exécutants. Ne pourrait-on pas subordonner le financement à la mise en œuvre de ressources en charge de la prévention ?

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/segur-de-la-sante-revalorisation-des-carrieres>

Myriam EL KHOMRI

Exactement. Les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens devraient inclure ces indicateurs. Nous avons demandé que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) analyse les nouvelles organisations sous trois angles : le modèle économique, la qualité de service et la qualité de vie de travail. Ces éléments sont essentiels et il faut l'affirmer.

Régis de CLOSETS

Merci pour cet entretien. Espérons que votre plaidoyer portera ses fruits.

Les constats

Régis de CLOSETS

Nous avons constaté que la sinistralité contribuait à la perte d'attractivité du secteur alors même que les métiers du *care* seront essentiels dans le futur pour faire face à la transition démographique. Quels défis vont-ils devoir relever pour que le cadre de travail soit amélioré et pour que la courbe de la sinistralité soit inversée ? C'est ce que nous allons voir avec les invités du premier débat.

Emmanuelle CAMBOIS est directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED) et directrice de l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement. Ses travaux portent à la fois sur l'entrée des personnes âgées dans la dépendance et sur le rôle que les aidants peuvent jouer pour accompagner nos aînés. Malika BELARBI est aide-soignante depuis plus de 25 ans dans un centre de gériatrie situé à Boulogne-Billancourt en région parisienne, Les Abondances. Elle est aussi membre du collectif fédéral national de la CGT pour l'accueil des personnes âgées ainsi que du comité technique santé de la CRAMIF. Elle nous apportera non seulement son regard de terrain mais nous éclairera aussi sur les actions de ces instances. Aurélie DECKER et Jesús ALVAREZ HIDALGO participent au débat à distance, depuis Bruxelles. Aurélie DECKER est directrice de la Fédération européenne des services à la personne (EFSI). Elle nous expliquera dans quelle mesure ce secteur d'activité voit son cadre de travail se dégrader et ce qu'elle attend pour qu'il soit mieux accompagné. Jesús ALVAREZ HIDALGO est médecin. Il travaille dans le champ de la santé au travail depuis 25 ans. Au sein de la DG Emploi de la Commission européenne, il est actuellement chargé des relations avec l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Il exposera le cadre européen et en particulier les orientations stratégiques de l'Union européenne en santé et sécurité au travail pour la période 2021-2027.

Commençons avec Emmanuelle CAMBOIS, dont les travaux éclairent les enjeux du secteur du *care*, qu'il s'agisse des problèmes liés à la mission de soins menée pour prévenir la dépendance d'une population de plus en plus âgée ou de la pénibilité des tâches correspondantes.

Emmanuelle CAMBOIS

Je commencerai⁴ par un aperçu démographique. Le premier graphique, qui représente l'évolution de l'espérance de vie à 65 ans dans les pays européens, illustre la tendance générale à l'augmentation de cet indicateur malgré de légères fluctuations d'une année sur l'autre. La population ne cesse de gagner des années de vie, y compris aux très grands âges. Ceci vaut pour tous les pays européens. Cette tendance contribue à l'augmentation du nombre des personnes âgées, voire très âgées.

Sur le deuxième graphique figure, pour les divers pays européens, l'espérance de vie à 65 ans, d'une part en bonne santé et, d'autre part, en mauvaise santé, pour les femmes et pour les hommes. Par "mauvaise santé", il faut comprendre des limitations dans les activités de la vie quotidienne en raison de problèmes de santé. L'espérance de vie est élevée dans les pays européens, même si elle n'est pas la même partout. On retrouve cette diversité pour l'espérance de vie en bonne santé. Si l'espérance de vie est élevée en Europe, les années gagnées ne sont pas toutes des années de vie sans incapacité. Les incapacités - difficulté à voir, entendre, se déplacer... - compliquent la vie quotidienne et peuvent même se traduire par une situation de "dépendance", c'est-à-dire de dépendre de l'aide de quelqu'un pour réaliser des activités élémentaires. Le cas de la France est révélateur à cet égard : notre pays est le mieux classé pour l'espérance de vie des femmes à 65 ans, mais pas pour l'espérance de vie en bonne santé. Elles ont aussi une espérance de vie supérieure à celle des hommes, mais elles vivent plus d'années en mauvaise santé. Cette différence femmes-hommes se retrouve dans tous les pays européens.

L'augmentation du nombre des personnes âgées résulte de l'amélioration de l'espérance de vie mais aussi du vieillissement des générations nombreuses du baby-boom. En France, le nombre de personnes d'au moins 65 ans va ainsi passer de 16 millions en 2015 à 24 millions vers 2050. Par conséquent, on s'attend à une augmentation du nombre de personnes qui auront besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne.

⁴ cf. présentation PPT en annexe

Dans ce contexte, comment les métiers du grand âge peuvent-ils s'ajuster aux besoins, voire les modifier ? Il faut dans un premier temps comprendre que ces métiers interviennent à différentes étapes du processus qui conduit les personnes à des situations de dépendances : pas seulement à l'étape d'assistance dans les activités. Nous utilisons dans nos travaux la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS qui décrit ces étapes, comme le montre le 4^e graphique : les personnes âgées se trouvent dans une situation de santé (vieillesse biologique, etc.) qui altère les fonctions de l'organisme (voir, entendre, marcher, etc.). Il s'agit des limitations fonctionnelles. La gêne dans les activités dépend de leur sévérité, de leur cumul ou de la manière dont l'environnement permet de les gérer. Ainsi, la dégénérescence maculaire, qui se traduit par des difficultés plus ou moins grandes à voir, a des répercussions sur les activités (conduite d'un véhicule, lecture, etc.). Elle peut déboucher sur la dépendance si la personne ne peut plus faire ses courses par exemple. Si c'est en partie aux situations de dépendance que les métiers du grand âge répondent, ils peuvent également répondre aux besoins de prévention. Ce graphique est important car il montre que de nombreux facteurs environnementaux et personnels modifient la probabilité du passage dans la dépendance. Il est possible de guérir d'une maladie. A l'inverse, il est possible d'entrer dans une situation de gêne fonctionnelle mais celle-ci peut être accompagnée, par exemple par le réaménagement du logement, par la mise à disposition d'aides techniques et par l'adaptation de la voirie. Les conséquences des gênes fonctionnelles peuvent ainsi être limitées mais ce n'est pas toujours réalisable. En pareil cas, les personnes doivent être aidées car elles se trouvent en situation de dépendance. Cependant, la dépendance ne concerne pas toutes les activités et il est important de reconnaître les diverses sphères dans lesquelles un certain niveau d'autonomie peut être maintenu. Ceci est probablement un grand défi pour les métiers du *care*.

Les métiers du *care* peuvent intervenir à plusieurs niveaux : pour prévenir l'apparition de certaines maladies, pour soigner et limiter les gênes fonctionnelles, et pour accompagner ces gênes de façon à maintenir au maximum l'autonomie des personnes en distinguant les activités pour lesquelles ces dernières ne sont plus autonomes de celles où elles le sont encore et qu'il importe de prolonger.

Quels sont les défis pour les métiers du grand âge ? Il y a en premier lieu l'augmentation du nombre de personnes qui ont besoin d'assistance et donc l'augmentation du nombre d'aidants et aidantes professionnels. A cet égard, la France se classe mal si on la compare aux autres pays de l'OCDE, comme en témoigne leur nombre pour 100 personnes de plus de 65 ans (voir 5^e graphique). De plus, ces métiers sont très féminins. Or j'ai évoqué l'espérance de vie en mauvaise santé des femmes. L'insuffisance du personnel par rapport aux besoins suscite des tensions, d'autant plus que les conditions de travail sont peu attractives. Elles pèsent sur la santé puisque les métiers du *care* cumulent de nombreux risques. Il importe de reconnaître la pénibilité de ces métiers, qui est de surcroît liée à des difficultés en termes de carrière (contrats temporaires, interruptions de travail en cours de journée, faibles rémunérations, perspectives de promotion limitées).

Ces différents éléments agissent sur la santé et réduisent les probabilités qu'ont les professionnels du *care* eux-mêmes de vieillir en bonne santé. Ils contribuent à détériorer les conditions de travail et à accroître la tension dans le secteur. Malgré des conditions de travail pénibles, les perspectives d'évolution de ces métiers existent et les professionnels, si on valorise la manière dont ils peuvent s'exercer à plusieurs niveaux dans le processus de perte d'autonomie.

Régis de CLOSETS

L'entrée dans la dépendance est progressive. Certaines pertes fonctionnelles peuvent être freinées. Les professionnels du *care* les détectent et peuvent en compenser certaines. Pourtant, ces métiers souffrent d'une pénurie de personnel et de conditions de travail difficiles. Les professionnels se trouvent dans une sorte de cercle vicieux : chargés de prévenir et d'accompagner l'entrée dans la dépendance, ils sont victimes d'une sinistralité importante, qui risque de hâter leur propre entrée en dépendance. Selon vous, l'urgence dicte-t-elle d'agir sur la reconnaissance des missions, c'est-à-dire sur la montée en compétences et sur les qualifications de façon à ce que les personnels aient une conscience plus aiguë de l'accompagnement, ou sur le secteur, c'est-à-dire sur les conditions de travail ?

Emmanuelle CAMBOIS

Il me paraît difficile de ne pas agir simultanément sur les deux volets. Il faut intervenir sur les conditions de travail afin que les personnels œuvrent dans un cadre moins exposé aux risques.

Il convient aussi de faire en sorte que ces métiers soient mieux reconnus et plus gratifiants, à la fois pour ceux qui les exercent et pour les personnes aidées. Il importe de développer les compétences et de donner l'occasion à ces personnels d'effectuer des retours d'expérience pour qu'ils puissent tenir compte de la diversité des situations qu'ils rencontrent, voire jouer le rôle de sentinelle à l'égard de tous ceux qui entourent les personnes qu'ils/elles accompagnent. Ils pourraient par exemple avoir un rôle de repérage de l'environnement, qui peut être amélioré de façon à prolonger l'autonomie dans une activité ou une autre. Il existe maintes façons de développer l'intérêt de l'aide apportée. Il faudrait avant tout bénéficier de l'observation directe des professionnels pour faire remonter des informations. Encore faut-il que les intéressés soient formés et que les formateurs se nourrissent des expériences de terrain.

Régis de CLOSETS

Les aidants professionnels sont en effet de vrais experts en prévention des pertes fonctionnelles.

Emmanuelle CAMBOIS

Ils pourraient l'être s'ils avaient l'opportunité d'aller au-delà des gestes élémentaires qui leur sont demandés et si on leur confiait une mission plus ouverte. Mais l'établissement d'une stratégie d'observation, de repérage et d'accompagnement - de la perte d'autonomie comme du maintien de l'autonomie - requiert du temps.

Régis de CLOSETS

Malika BELARBI, vous avez une longue expérience d'aide-soignante en EHPAD. Vous avez choisi ce métier par vocation puisque vous avez commencé votre vie professionnelle dans le domaine de la comptabilité. Les propos d'Emmanuelle CAMBOIS font-ils écho aux dégradations des conditions de travail et des missions que vous vivez quotidiennement ?

Malika BELARBI

La présentation d'Emmanuelle CAMBOIS reflète parfaitement ce que le personnel vit s'agissant de l'accompagnement, de la qualité des soins et des conditions de travail. J'aimerais vous fournir un témoignage de terrain. Nous sommes trois aides-soignantes pour 40 résidents, si bien que nous ne sommes pas en mesure d'accomplir pleinement nos missions alors même que nous disposons des compétences nécessaires. Vos propos sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées m'ont interpellée. C'est un point très positif mais nos cadences de travail infernales ne nous permettent

pas d'accompagner les résidents de façon à préserver leur autonomie. Comme les résidents des EHPAD sont de plus en plus dépendants, aussi bien physiquement que mentalement, nous avons de plus en plus de travail. Or les moyens alloués aux aides-soignantes ne suffisent pas. Je me félicite donc que les propos des intervenants précédents correspondent au constat que nous faisons sur le terrain.

Régis de CLOSETS

Vos tâches sont devenues presque automatiques. Vous m'avez cité un exemple éloquent, celui des anniversaires. Pouvez-vous nous en parler ?

Malika BELARBI

Lorsque j'ai commencé en 1995, le travail était certes difficile mais nous avions du temps pour les aspects relationnels. Pour l'anniversaire de "ma" première centenaire, je me souviens que mes collègues et moi avons organisé une petite fête. Nous avons acheté des cadeaux et avons passé un très bon moment. Au fil des années, ces événements ont disparu, en raison du manque de personnel, notamment de personnel formé. Dans le cadre des travaux du collectif national, nous avons mis en évidence que 40 % de l'effectif des aides-soignantes des EHPAD est composé de personnes faisant fonction d'aide-soignante. Malgré leur bonne volonté, elles manquent de formation, ce qui peut nuire à la bonne réalisation de leur mission. En plus, leurs rémunérations sont inférieures, elles sont moins reconnues et en souffrent.

Régis de CLOSETS

Les anniversaires se fêtent désormais par groupe. Votre difficulté principale se situe-t-elle au sein de l'EHPAD en raison des conditions de travail ou lorsque vous rentrez chez vous et que, tirant le bilan de la journée écoulée, vous vous dites que vous n'avez pas rempli votre mission correctement ?

Malika BELARBI

Sur place, nous n'accomplissons pas toujours nos missions comme il le faudrait, faute de moyens. Lorsque je rentre chez moi, je me sens souvent mal. C'est par exemple le cas lorsque je n'ai pas pris le temps de répondre à une résidente qui a sonné parce que j'étais prise ailleurs. Or nos résidents sont dépendants et ont besoin de présence et de soins.

Régis de CLOSETS

La sinistralité, que vous observez sur place et par le biais des instances où vous siégez, résulte principalement de la manutention et des chutes. Constatez-vous aussi des RPS ?

Malika BELARBI

Les risques psychosociaux se multiplient dans notre secteur mais le sujet n'est pas suffisamment abordé. Leur prévention n'est pas satisfaisante. C'est parce que j'ai été formée à l'université de Cergy et que je suis conseillère en prévention des risques psychosociaux que j'ai pu travailler sur ce sujet. Dans le cadre de mon collectif, j'ai réalisé une enquête sur la base du questionnaire de Karasek⁵, qui permet de mesurer le stress professionnel. J'ai obtenu 1 158 réponses. La situation de notre secteur professionnel est alarmante. Elle se caractérise par un risque élevé de maladies cardiovasculaires, de troubles musculosquelettiques et de maladies mentales. Les soignants sont réellement "cassés", à la fois physiquement et mentalement. Nos administrations devraient prendre cette situation au sérieux et mettre en place des mesures de prévention. Les établissements font preuve de bonne volonté. Ils organisent des ateliers de massage par exemple, mais ceci ne correspond pas à nos besoins. Nous devons être formés à la prévention de façon à pouvoir analyser les situations. Il en résulterait une amélioration du bien-être des soignants.

Régis de CLOSETS

Auréli DECKER, vous êtes à la tête de la Fédération européenne des services à la personne, l'organe représentatif des fédérations et des entreprises qui œuvrent dans ce secteur. Quelques chiffres révèlent le poids de celui-ci en Europe : 9,5 millions de travailleurs dans l'UE, dont plus de 3,2 millions travaillent au noir. 53 % s'occupent de personnes en situation de dépendance. Auréli DECKER, votre fédération plaide pour une meilleure reconnaissance des métiers du service à la personne et de leur diversité. En quoi la présentation d'Emmanuelle CAMBOIS reflète-t-elle les difficultés que vous éprouvez à faire reconnaître les métiers de ce secteur et les missions des professionnels ?

Auréli DECKER

Les difficultés que nous rencontrons pour faire reconnaître le secteur sont à la fois inhérentes au secteur et culturelles, ce qui a déjà été mentionné ce matin. A l'échelle européenne, le secteur des services à la personne se caractérise par sa diversité. Celle-ci se rapporte aussi bien à la nature des services proposés pour répondre aux besoins des personnes accompagnées qu'aux modalités d'accès et de financement, aux régimes de travail (hébergement au domicile de la personne aidée ou non, présence d'un ou de plusieurs employeurs) et aux relations de travail (emploi par des organismes

prestataires publics ou privés, marchands ou non, emploi direct par les bénéficiaires, auto-entrepreneurs et travail au noir, lequel concerne un tiers des travailleurs du secteur). Cette diversité ne facilite pas l'appréhension du secteur par les instances réglementaires.

De plus, le fait que le domicile privé devienne un lieu de travail pendant plusieurs heures par jour ou par semaine contribue à l'invisibilité des travailleurs du secteur. Le travail au domicile des particuliers constitue un obstacle au suivi de la situation des personnels par les partenaires sociaux comme par les pouvoirs publics.

Enfin, le secteur souffre d'un manque de considération et de reconnaissance. Il est vu comme non qualifié. Les activités qui y sont exercées ne constitueraient pas un métier mais se situeraient dans le prolongement des tâches ménagères non rémunérées habituellement prises en charge par les femmes.

Ces divers éléments conduisent les pouvoirs publics à ne pas se saisir des questions de conditions de travail, de l'environnement de travail, de la formation, de la professionnalisation, etc. La crise de la Covid a placé le secteur en pleine lumière. Il a été reconnu comme essentiel dans la majorité des pays européens mais sans qu'il en résulte nécessairement des engagements et un soutien concret.

Régis de CLOSETS

Vous soulignez les difficultés liées à la réglementation du secteur, qui est lacunaire et souvent dérogoire. Comment les cadres réglementaires européens et internationaux peuvent-ils contribuer à accompagner la montée en compétences et l'amélioration des conditions de travail dans le secteur ?

Auréli DECKER

L'EFSI milite pour la ratification et la transposition de la convention n° 189 de l'OIT sur le travail décent pour les travailleuses et les travailleurs domestiques. Elle vise à garantir le respect et la protection des droits fondamentaux au travail (lutte contre le harcèlement et la violence, égalité de traitement avec les travailleurs des autres secteurs pour ce qui concerne le repos journalier ou les congés payés par exemple, accès au salaire

⁵ <http://sante.cgt.fr/Journee-d-etude-Accueil-des-personnes-agees-16-octobre-2017>

minimum, environnement de travail sûr, accès à la sécurité sociale, etc.).

En Europe, certains salariés du secteur continuent à relever de régimes dérogatoires. On estime que plus de deux millions d'entre eux, bien que déclarés, ne bénéficient pas des mêmes droits et de la même protection sociale que les salariés des autres secteurs. Ainsi, certains travailleurs ont accès à des congés payés s'ils sont employés par un organisme prestataire mais n'ont pas les mêmes droits s'ils sont employés par des particuliers. Nous appelons donc à l'uniformisation des conditions de travail dans le secteur quelles que soient les relations de travail. Nous œuvrons aussi pour la suppression de certaines exceptions prévues par les directives européennes. C'est par exemple le cas de la directive sur la santé et la sécurité au travail.

Nous nous engageons par ailleurs pour le renforcement de l'investissement dans le secteur afin de lutter contre le travail au noir. Dans plusieurs pays, l'amélioration des conditions de travail a entraîné le renchérissement de l'emploi formel. Il faut donc que l'amélioration du cadre réglementaire soit assortie d'incitations sociales et fiscales permettant les embauches en bonne et due forme.

Régis de CLOSETS

Malika BELARBI, vous avez, dans le cadre de la CRAMIF, travaillé sur les soins à domicile. Un guide sur le risque infectieux a été publié. En quoi les problématiques de l'aide à domicile sont-elles communes avec celles que vous connaissez en EHPAD ?

Malika BELARBI

Un guide pour la prévention des risques infectieux a en effet été établi en raison de la crise sanitaire. Il s'adresse aux bénéficiaires et aux aides à domicile. L'information sur ce sujet manque dans les EHPAD. L'ampleur de la crise sanitaire a bien montré que les mesures de prévention n'avaient pas été mises en place.

Régis de CLOSETS

Emmanuelle CAMBOIS, comment réagissez-vous aux témoignages de Malika BELARBI et d'Aurélien DECKER ? En matière de reconnaissance, le chemin qui reste à parcourir semble encore long. Pour la vaccination par exemple, les auxiliaires de vie n'ont été reconnus prioritaires que dans 7 pays européens.

Emmanuelle CAMBOIS

S'agissant de la reconnaissance, les exemples peuvent être multipliés. Ainsi, à métier équivalent, les personnels relevant du soin hospitalier sont mieux rémunérés que ceux du care et du grand âge. Ce problème de reconnaissance n'est pas indépendant du regard porté sur les personnes âgées. On ne peut donc souhaiter que la pleine application de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement.

Les témoignages montrent également l'évolution paradoxale du secteur. Le maintien à domicile est encouragé. Par conséquent, les personnes restent à domicile, y compris lorsque surviennent des troubles fonctionnels : elles sont ainsi moins autonomes que dans le passé. Certaines souffrent de troubles cognitifs par exemple. Dans le même temps, les personnes entrent en EHPAD à des stades plus sévères lorsque le maintien à domicile n'est plus gérable. Les résidents des EHPAD aussi sont moins autonomes qu'auparavant. La complexité croissante des situations entraîne celle des missions : les métiers se transforment pour les professionnels exerçant à domicile comme pour ceux exerçant en établissement et les besoins de formation s'accroissent.

Par ailleurs, Malika BELARBI a évoqué le questionnaire de Karasek sur les RPS. Toutes les questions qui y sont posées sont pertinentes pour les métiers du grand âge. Ces derniers se caractérisent à la fois par la pénibilité physique et la pénibilité psychologique liée notamment au manque de reconnaissance et à l'insatisfaction vis-à-vis de la manière dont on exerce son métier. Outre l'attractivité du métier, la reconnaissance est aussi un enjeu de santé car les RPS entraînent toutes sortes de troubles anxio-dépressifs, musculo-squelettiques, cardiovasculaires.

Régis de CLOSETS

Jesús ALVAREZ HIDALGO, comment la Commission européenne voit-elle les problématiques des métiers du care ? Comment peut-elle agir ? En quoi le secteur des soins à la personne présente-t-il des spécificités pour le cadre européen ? Quelles leçons tirez-vous de la pandémie de Covid ?

Jesús ALVAREZ HIDALGO

La Commission européenne est consciente de l'importance du secteur des soins à la personne ainsi que de ses spécificités, qui concernent non seulement les travailleurs mais aussi la société dans

son ensemble. Protéger les travailleurs signifie en effet protéger la société.

Le secteur présente d'importantes spécificités en termes de risques. Il les cumule. Les travailleurs sont exposés à des risques physiques, chimiques, biologiques et psychosociaux, en raison du stress, du contact avec la souffrance, voire avec la mort. Pour être effective, la prévention doit prendre en compte la multiplicité des risques. Face à ces derniers, il ne faut pas négliger les opportunités offertes par l'évolution technologique.

La pandémie de Covid nous a beaucoup appris. La nécessité de la prévention était une conviction partagée principalement par les experts. Désormais, chacun est conscient de son caractère essentiel. La crise nous a aussi montré la nécessité de préparer et d'anticiper. Je pense évidemment au manque d'équipements de protection individuelle pour le personnel soignant, auquel la Commission européenne a répondu par un appel d'offres massif.

Il est de plus en plus question de résilience. Celle de la société repose largement sur celle de certains secteurs stratégiques, comme le secteur des soins à la personne.

Pour terminer, j'insiste sur l'attention à donner aux plus fragiles et sur la solidarité, qui se situe dans l'intérêt de tous.

Régis de CLOSETS

Faut-il pour cela plus de réglementation ? Les professionnels du secteur ne sont que peu protégés par les réglementations lorsqu'ils travaillent au domicile des particuliers.

Jesús ALVAREZ HIDALGO

Les règles relatives à la protection des travailleurs sont très détaillées au niveau européen comme au niveau national. Il y a aussi les normes internationales. Aurélie DECKER a évoqué la convention n° 189 de l'OIT, que certains États membres ont ratifiée. Il est certes toujours possible d'améliorer la réglementation mais le défi se situe dans la mise en œuvre. Ceci passe par une approche globale, qui réunit la formation, l'information, la sensibilisation, l'utilisation des outils pratiques offerts par les nouvelles technologies, l'anticipation et l'évaluation des risques. Il faut agir sur tous ces éléments et être avant tout proactif.

Pour la montée en compétences, nécessaire compte tenu de l'augmentation des défis auquel le secteur fait face, il faut développer la formation et l'information. La Commission européenne réfléchit actuellement à de nouvelles initiatives dans le cadre de la prochaine stratégie européenne en santé et sécurité au travail.

Régis de CLOSETS

Dernière question à Aurélie DECKER : qu'attendez-vous de la future stratégie européenne pour améliorer la reconnaissance du secteur des soins à la personne ?

Aurélie DECKER

Dans le cadre de la consultation publique lancée par la Commission européenne, l'EFSI a présenté des demandes pour des actions ciblées sur le secteur afin que sa spécificité soit reconnue par le biais d'initiatives particulières ainsi que d'études. Nous éprouvons en effet des difficultés à recueillir des données sur le secteur. Nous aimerions aussi pouvoir disposer d'un large panorama des risques professionnels et des mesures de prévention dans les États membres. Comme cela a déjà été mentionné, la nouvelle stratégie européenne doit aller de pair avec une politique européenne structurée et cohérente en matière de reconnaissance des compétences et d'accès à la professionnalisation par les salariés du secteur.

Régis de CLOSETS

Une première question des participants s'adresse à Malika BELARBI. Son auteur vous félicite pour votre enquête sur les risques psychosociaux et vous demande si les résultats sont disponibles.

Malika BELARBI

Ils sont consultables⁶ sur le site internet de la fédération CGT Santé Action sociale, à l'onglet "accueil des personnes âgées" qui se trouve dans la rubrique "dossiers". Vous pourrez consulter non seulement les résultats de l'enquête mais aussi une analyse du collectif national, qui correspond parfaitement aux constats posés ce matin.

Régis de CLOSETS

Autre question : la reconnaissance passe par le regard d'autrui. Les cas de maltraitance et les ruptures de lien avec les résidents et les familles suscitent de la méfiance. Les professionnels sont suspectés de ne plus se situer dans l'humain et la qualité de service. Dans les établissements, il y a les aides-soignantes, les infirmières, les médecins et les

⁶ http://sante.cgt.fr/IMG/pdf/les_risques_psychosociaux_en-ehpadou_rps_au_13_oct_2017.pdf

membres du personnel administratif. Qu'en est-il de la solidarité entre tous ces personnels ?

Malika BELARBI

La solidarité et le sens de l'humain sont indéniables au sein du secteur. Nous vivons tous les mêmes problématiques.

Régis de CLOSETS

Autre question : comment mettre plus en avant les problématiques de genre liées au secteur ? Quelles actions mener pour mieux communiquer sur ce point ?

Aurélien DECKER

C'est un axe que nous privilégions. Il faut faire en sorte que le secteur ne soit pas dévalorisé parce qu'il est principalement féminin. La Commission européenne va lancer prochainement une campagne pour lutter contre les stéréotypes de genre. Nous l'appelons à prendre le secteur en compte.

Régis de CLOSETS

Quels sont vos commentaires sur cette question, Emmanuelle CAMBOIS ?

Emmanuelle CAMBOIS

C'est parce que les activités réalisées par les personnels de ce secteur sont le prolongement des tâches quotidiennes (ménage, soins, accompagnement, etc.) que l'on effectue chez soi qu'elles sont considérées comme peu professionnelles, et par ailleurs "naturellement" féminines et ne requérant qu'une qualification limitée.

Régis de CLOSETS

En quelque sorte, comme si les compétences professionnelles et les compétences "naturelles" se mêlaient.

Emmanuelle CAMBOIS

Ce mélange insupportable contribue à l'invisibilité des professionnels du secteur, à leur moindre rémunération et à des déroulements de carrière qui correspondent exactement aux particularités des carrières des femmes, que les spécialistes des conditions de travail connaissent bien (carrières hachées, temps partiel subi, perspectives d'évolution limitées, etc.). Le secteur concentre en quelque sorte les problèmes d'activité (tâches pénibles, mal rémunérées et peu reconnues) et de carrière.

Les approches publiques de prévention face à une surexposition aux risques professionnels

Régis de CLOSETS

Pour ce deuxième débat, deux invités sont présents sur le plateau : Stéphane PIMBERT et Thierry PALKA. Stéphane PIMBERT est directeur général de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Il abordera les difficultés propres au secteur et les initiatives engagées, que Myriam EL KHOMRI a rapidement évoquées. Thierry PALKA est ingénieur conseil au sein de la Carsat Aquitaine, qui a mis en place un dispositif innovant destiné aux acteurs du soin à domicile. Nous entendrons ensuite les témoignages de deux experts étrangers - Italie et Irlande - sur des approches novatrices. Leurs interviews ont été enregistrées.

Le secteur des soins aux personnes âgées, bien que connaissant une sinistralité importante, est longtemps resté en arrière pour la prévention des risques professionnels. Stéphane PIMBERT, comment expliquez-vous la difficulté à le toucher ?

Stéphane PIMBERT

La Branche AT/MP a commencé à réfléchir sur ce secteur dans les années 2010. Les travaux se sont accélérés lorsque la sinistralité a fortement augmenté. L'indice de fréquence (96 pour les EHPAD et 98 pour l'aide à domicile) dépasse celui du BTP, qui est traditionnellement le plus accidentogène. La Branche AT/MP a donc développé les efforts en faveur de ce secteur, qui est devenu l'une de ses priorités et constitue l'une des priorités du plan stratégique de l'INRS.

Le secteur est complexe car il cumule presque tous les risques : les troubles musculosquelettiques, les risques psychosociaux, les risques biologiques et chimiques ainsi que le risque routier. Ce dernier concerne notamment l'aide à domicile. De plus, il n'est que peu structuré de sorte que la prévention y est difficile, en particulier pour les services à domicile où les salariés travaillent seuls et dans un logement privé. Enfin, comme l'a souligné Myriam EL KHOMRI, de nombreux facteurs doivent être améliorés pour que la sinistralité recule : la reconnaissance, la qualification, la formation, la rémunération, etc.

Quoi qu'il en soit, le secteur est devenu une véritable priorité.

Régis de CLOSETS

Les politiques de prévention disposent de trois leviers principaux : l'organisation du travail, la qualification et l'équipement. A cet égard, un effort important est mené depuis plusieurs années dans les établissements : l'équipement en aides techniques qui facilitent la manutention se développe. Comment l'INRS peut-il contribuer à une meilleure appropriation de ces aides ?

Stéphane PIMBERT

L'INRS a élaboré un guide technique intitulé "Guide pour le choix et l'acquisition d'aides à la manutention de personnes et de chariots"⁷. Ce document aide les EHPAD qui souhaitent acquérir du matériel à le choisir. L'INRS l'a établi en collaboration avec le syndicat national des fabricants de dispositifs médicaux.

L'INRS a aussi réalisé une brochure relative à la conception des locaux. Le document traite de l'intégration des éléments de santé et de sécurité au travail dans la conception ou le réaménagement des locaux. L'INRS effectue le même travail pour d'autres métiers, pour les artisans par exemple.

Régis de CLOSETS

La montée en compétences de l'ensemble des personnels représente un autre sujet majeur. Le rapport EL KHOMRI propose que tous les directeurs soient formés à la prévention des risques professionnels d'ici à 2024 et que les instituts de formation des aides-soignants proposent une formation aux TMS. Comment l'INRS contribue-t-il au développement des qualifications ?

Stéphane PIMBERT

Dans le domaine de la formation, l'INRS s'adresse à deux publics différents. Ceci vaut pour tous les secteurs d'activité, parmi lesquels celui qui nous intéresse aujourd'hui.

S'agissant de la formation initiale des soignants et des aidants, l'INRS collabore avec le ministère de

⁷ <https://www.inrs.fr/actualites/aide-soin-personne-parution-nouveaux-depliants.html>

l'Éducation sur les programmes. Celui des baccalauréats professionnels comporte des éléments sur la santé et la sécurité. L'INRS propose par ailleurs un catalogue important de formation continue, qui inclut en particulier la formation de formateurs en prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP) et la formation des agents des Carsat, lesquels sont les relais opérationnels de la Branche et de l'INRS.

La formation initiale est essentielle : c'est lorsque les personnels les plus jeunes sont sensibilisés que la sinistralité diminue, et ce dans tous les métiers. Il importe donc d'agir dans les lycées professionnels.

Régis de CLOSETS

Le rapport EL KHOMRI insiste sur le troisième levier, celui de l'organisation du travail. Dans le secteur, c'est la pénurie qui domine et le rythme de travail est souvent effréné. Que peut faire l'INRS pour promouvoir une organisation du travail qui privilégie la prévention et la sensibilisation aux risques professionnels ?

Stéphane PIMBERT

Il y a en premier lieu la formation des managers, qui doivent être sensibilisés aux risques. Cet élément, qui concerne toutes les professions, s'impose dans le secteur de l'aide aux personnes âgées, où les risques sont multiples. Il faut également prendre le temps de mener de vraies réflexions sur l'organisation du travail et non se contenter d'agir. Or les sous-effectifs imposent souvent de parer au plus pressé. C'est pourquoi l'INRS a élaboré avec l'aide des Carsat deux brochures destinées l'une aux EHPAD et l'autre aux services d'aide à domicile. Ces documents généraux portent sur l'ensemble des risques potentiels. Ils proposent des actions concrètes à mettre en œuvre après qu'un bilan des risques encourus a été dressé.

Régis de CLOSETS

Thierry PALKA, quelles principales difficultés et résistances rencontrez-vous pour aborder la prévention des risques dans le secteur des soins à la personne ?

Thierry PALKA

Divers acteurs sont présents sur le terrain et chacun d'eux peut manifester des résistances. Ainsi, certains salariés ont encore des idées reçues et considèrent que plus ils forcent, plus ils aident. Nous

leur expliquons qu'il convient en premier lieu de prendre soin d'eux-mêmes pour pouvoir prendre soin d'autrui. Ceci ne va pas de soi, notamment parce que les salariés font preuve de beaucoup d'humanité et d'empathie. Malgré des améliorations constatées, nous nous heurtons aussi encore aux structures, qui sont réticentes à refuser des interventions, qui comportent pourtant des risques pour leurs salariés. Par ailleurs, certaines structures hésitent à demander aux bénéficiaires (ou aux aidants familiaux) d'aménager ou d'équiper le domicile de façon à faciliter la tâche des salariés. Les dernières difficultés sont de nature structurelle : le trop petit nombre de salariés recrutés qui sont formés, en raison de la tension sur le marché du travail, et la complexification des tâches à réaliser, qui résulte d'un niveau de perte d'autonomies croissant en lien avec le vieillissement des personnes aidées et qui requiert une mise à jour régulière des connaissances et des compétences.

Régis de CLOSETS

À la Carsat d'Aquitaine, vous avez conduit plusieurs opérations relatives à la prévention des risques professionnels, parmi lesquelles le dispositif "Aidants aidés", qui a été expérimenté à partir de 2015. C'est un programme exemplaire, qui permet de répondre aux besoins du secteur des soins à domicile, qu'il est plus difficile de traiter. Il repose sur la montée en compétences de tous les acteurs. Le petit film que nous allons voir maintenant relate l'expérience d'une structure de soins à domicile qui emploie quelque 250 salariés près de Libourne.

Le film⁸ montre que le programme implique un important déploiement de ressources, en particulier des aides techniques à domicile et l'expertise de professionnels (ergonomes, psychologues, etc.). La méthodologie repose sur l'adhésion et l'autonomisation des structures, de façon à ce qu'elles prennent l'initiative de la prévention des risques professionnels. Quelles sont les étapes-clés de la démarche, qui se déploie en deux ans ?

Thierry PALKA

Le slogan du programme est "Aidants aidés, une qualité de vie à préserver". Si les aidants bénéficient d'une bonne qualité de vie au travail, ils seront en mesure de rendre aux bénéficiaires un service de qualité. Le programme se fonde sur le postulat selon lequel la sinistralité n'est pas une fatalité. La Carsat a commencé à l'élaborer à partir de 2012 avec

⁸ <https://aidantsaides.carsat-aquitaine.fr/1573-actualite/2746-aide-a-domicile-et-retours-d-experience-des-structures-temoignent.html>

plusieurs partenaires : des structures, des fédérations, des médecins du travail et des gérontologues.

Le dispositif se déroule sur deux années. La première est consacrée à l'évaluation des risques (notamment sur la base du diagnostic initial d'un ergonome) et à l'intégration des nouveaux salariés, qu'il importe d'essayer de garder et l'organisation de la prévention au sein de la structure. Le plan d'actions est déployé au cours de la seconde année. Il comprend une montée en compétences des salariés, notamment via des formations à la prévention des risques liés à l'activité physique, d'animateur de prévention, d'acteurs de premier secours, grâce auxquelles les intervenants à domicile sont sensibilisés à leur propre prévention ainsi qu'à la prévention des risques dans l'entreprise. Le plan d'actions comprend aussi des aides techniques, importantes dans les établissements mais aussi dans le cadre de l'aide à domicile pour réduire les manutentions. Les salariés sont ainsi formés à l'utilisation des aides techniques ainsi qu'au plaidoyer pour ces aides, de façon à convaincre les bénéficiaires et les aidants familiaux de la nécessité de les adopter voire même d'aménager le domicile si cela est nécessaire. Dans certains cas, notamment dans les situations de handicap cognitif résultant de maladies neurodégénératives telles Alzheimer ou Parkinson, des diagnostics complexes sont réalisés avec l'aide d'un ergothérapeute, qui tente d'identifier les bonnes solutions avec les intervenants et les aidants familiaux.

Régis de CLOSETS

A la fin du film, nous avons vu des images du théâtre-forum. De quoi s'agit-il exactement ? Comment s'intègre-t-il dans le dispositif global ?

Thierry PALKA

Il s'agit de représentations théâtrales organisées par la structure et qui s'adressent aux aidants familiaux comme aux bénéficiaires. Elles prennent la forme de saynètes jouées par des acteurs et qui reprennent, parfois de manière caricaturale, le vécu des intervenants. Chaque saynète est jouée deux fois, la salle étant sollicitée lors de la seconde représentation. Il en résulte des échanges sur la nature du travail de l'aide à domicile, ses difficultés et sa complexité. Les intervenants à domicile ont ainsi la possibilité d'expliquer leur vécu au quotidien et les connaissances et compétences que nécessitent leur métier. Le théâtre-forum a pour objectif final de faire converger les points de vue sur le métier et de mettre en évidence sa complexité.

Régis de CLOSETS

Un tiers des structures du territoire s'est déjà engagé dans le programme. Quelles sont les structures les plus difficiles à atteindre ?

Thierry PALKA

Le résultat d'un tiers s'explique par l'ancienneté du programme. La moitié des structures sont publiques. Certaines sont adossées à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) et le fonds national de prévention de la caisse peut alors financer certaines actions. Les structures privées sont souvent associatives. Elles sont plus ou moins faciles à atteindre selon qu'elles sont ou non organisées en réseau. Ainsi, les CCAS (Centre communal d'action sociale) peuvent être organisés en unions départementales, qui relayent nos actions. De même, les ADMR (réseau associatif national de services à la personne) sont structurées en fédérations départementales, qui peuvent jouer ce rôle de relais. Tout dépend de la structuration territoriale. Il faut également prendre en compte la taille des structures. Les plus grandes sont plus organisées et exercent des compétences plus larges.

Régis de CLOSETS

Le dispositif est encore expérimental. Son évaluation est prévue pour 2021-2022. D'autres Carsat s'y intéressent. Quel est le coût de l'opération depuis son lancement en 2015 et quel est l'horizon de la généralisation ?

Thierry PALKA

La Carsat d'Aquitaine a pris de l'avance sur les autres Carsat. Mais celles de Normandie, du Nord-Est, des Pays de la Loire et du Centre-Val-de-Loire ont fait part de leur intérêt et ont commencé à engager des structures dans la démarche. La difficulté réside dans la mobilisation d'autres cofinanceurs publics car aucune Carsat ne peut, à elle seule et avec son budget, mener à bien un tel programme.

Régis de CLOSETS

S'agissant du cofinancement, la Carsat joue le rôle de facilitateur, n'est-ce pas ?

Thierry PALKA

La Carsat peut financer certaines actions, notamment par le biais de l'action sociale et avec des dispositifs de subvention coté Prévention. De plus, elle peut demander à d'autres entités de s'engager financièrement : la CNSA avec les Conférences des Financeurs, les conseils départementaux, la CNRACL et les opérateurs de

compétences (OPCO). Il faut donc assurer la coordination entre les diverses parties prenantes pour limiter au maximum le reste à charge pour les structures.

En ce qui concerne le coût, quelque 180 structures ont été financées, pour un montant moyen de 30 000 € sur deux ans. Il est évident que le total ne peut reposer sur les seules Carsat. Il est néanmoins important de souligner que rien ne se fera si les caisses ne soutiennent pas les structures et que les dépenses engagées représentent un investissement. Le secteur a besoin de cet investissement pour diminuer, grâce au programme "Aidants-aidés, une qualité de vie à préserver", la sinistralité et l'absentéisme.

Régis de CLOSETS

En Italie, le soin à la personne fait l'objet d'une attention particulière depuis plusieurs années. L'Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail (INAIL), qui mène des actions de prévention, a mis en place en 2019 un dispositif de certification des personnels des structures de soins à domicile, que les intéressés réalisent des tâches médicales ou domestiques. La certification fait suite à une formation. Par ailleurs, l'Italie attribue des aides financières aux PME du secteur pour les aider à financer jusqu'à 65 % des dispositifs de prévention au sein de leur établissement. Ilaria Maria BARRA, qui travaille au sein du département consultatif pour l'évaluation et la prévention des risques de l'INAIL, nous en parle.

Ilaria Maria BARRA

Q. : En quoi l'amélioration des pratiques dans le secteur des soins à domicile constitue-t-elle un défi pour l'INAIL ?

Le secteur des soins aux personnes âgées est important pour l'INAIL en raison de l'allongement de l'espérance de vie, étant entendu que 58 % des personnes âgées ont besoin d'aide. Avec le temps, le travail des aides à domicile s'est développé. Comme ces métiers présentent des risques, il est essentiel que l'INAIL puisse informer les salariés des risques et des bonnes pratiques, de façon à éviter les situations dangereuses.

Q. : Pourquoi un nouveau standard ? Quelle ambition pour l'INAIL ?

Le standard est nouveau. Il a été publié à la fin de 2019. Il définit les compétences et les connaissances de base des aides à domicile. Les intéressés doivent connaître les risques associés à

chacune des activités réalisées, qu'il s'agisse des risques liés à la manipulation de produits chimiques, des risques induits par la manutention d'objets ou par le déplacement des personnes âgées, voire des risques biologiques. Les aides à domicile doivent aussi avoir un minimum de connaissances en psychologie pour mieux comprendre les personnes qu'elles aident et pour établir de bonnes relations avec elles. Afin d'acquérir l'ensemble de ces connaissances, les aides à domicile doivent suivre une formation de 65 heures, à l'issue de laquelle elles sont certifiées. Le standard n'est pas imposé par la loi mais il offre aux salariés l'occasion de trouver des emplois plus attractifs et permet aux employeurs de recruter des personnels plus qualifiés.

Q. : Des aides financières pour les employeurs : pour quelles actions et avec quels résultats ?

L'INAIL a mis en place un dispositif d'aides financières pour les PME du secteur privé il y a plus de 10 ans. Ce dispositif vise l'amélioration des conditions de travail. L'INAIL a investi plusieurs dizaines de millions d'euros dans ce programme. Une partie des fonds est affectée à la réduction des risques de manutention manuelle. Ceci vaut notamment pour la manutention des personnes âgées. En 2017 et 2018, l'INAIL a financé 55 projets à ce titre, pour un montant total de 4,5 M€. Les crédits ainsi accordés ont permis de financer des modifications d'aménagement intérieur et l'achat d'aides techniques pour faciliter le déplacement des personnes âgées. Ce faisant, l'INAIL contribue à la réduction des risques.

Par ailleurs, l'INAIL rembourse 65 % de l'investissement réalisé par les entreprises pour réduire les risques.

Q. : Quelles difficultés et quelles clés de réussite ?

La principale difficulté est de réussir à s'adresser à tous les employeurs et à tous les salariés du secteur. Dans les autres secteurs, la communication est plus aisée. L'INAIL va poursuivre son programme d'aides financières parce que c'est un bon moyen de promouvoir les efforts des entreprises, surtout dans un contexte économique difficile.

Régis de CLOSETS

Le dispositif des aides financières est ancien. Quant à la procédure de certification, elle permet aussi bien de formaliser un secteur où le travail illégal est fréquent que de favoriser la montée en compétences des personnels. La formation est volontaire mais

l'INAIL parie sur son attractivité pour susciter l'adhésion. Comment les Carsat peuvent-elles agir pour promouvoir la montée en compétences au niveau de la formation initiale, dont Stéphane PIMBERT a souligné l'importance ?

Thierry PALKA

Dès le lancement du programme, la question de la formation s'est posée, qu'il s'agisse de la formation initiale ou continue. Pour la première, la Carsat d'Aquitaine a rapidement pris des contacts avec un lycée professionnel qui forme des aides à domicile. Ayant exprimé le souhait d'enrichir le programme d'un module consacré à la prévention des risques, une inspectrice est intervenue et a contribué à la rédaction d'un document de la série pédagogique "TutoPrév" de l'INRS.

Par ailleurs, les ergothérapeutes sont des acteurs importants du secteur des soins à domicile. Or ils sont plus orientés vers les bénéficiaires que vers les salariés. Des contacts ont été pris avec l'Institut de formation en ergothérapie de Bordeaux pour que le cursus soit légèrement modifié. Des formations PRAP (de formateur en prévention des risques liés à l'activité physique) ont donc été intégrées à la formation d'ergothérapeutes de Bordeaux.

Quant à la formation continue, elle fait partie intégrante du programme "Aidants aidés", avec les divers dispositifs déjà évoqués (PRAP, animateur de prévention, etc.), qui sont assurés par des organismes référencés.

Régis de CLOSETS

En Irlande, les métiers du *care* ont longtemps été associés à la sphère domestique et à la solidarité familiale. Face au vieillissement de la population et à la saturation des maisons de retraite, le nombre des structures de soins à domicile a explosé. 90 % d'entre elles œuvrent pour l'accompagnement des personnes très âgées. Les pouvoirs publics se sont prononcés pour une loi structurant le soin à domicile. Joseph MUSGRAVE est le directeur général de Home and Community Care, la fédération des employeurs du secteur. Il a beaucoup milité pour la reconnaissance et l'encadrement des acteurs du secteur. Il nous explique dans quelle mesure une telle loi peut changer les pratiques et les compétences.

Joseph MUSGRAVE

Q : Pourquoi était-il nécessaire de faire du soin à domicile une loi en Irlande ?

Actuellement, les EHPAD et les maisons de retraite sont reconnus et réglementés. Comme ce n'est pas le cas pour les soins à domicile, les personnes âgées s'orientent en priorité vers les établissements. Or il n'est pas certain que ceci soit la meilleure solution. Nous l'avons vu pendant la pandémie. Les pouvoirs publics ont décidé de réglementer les soins à domicile. Ces derniers seront donc officiellement reconnus dans le délai d'un an, au même titre que les hôpitaux, les EHPAD, les médecins, les infirmières, etc. Nous espérons que la législation permettra d'inscrire les soins à domicile dans cette hiérarchie et d'améliorer les conditions de rémunération ainsi que les compétences.

Q : En quoi la législation changera l'organisation du secteur et améliorera les pratiques ?

Les soins à domicile incluent divers services, comme tenir compagnie aux personnes âgées ou faire le ménage. Les aides à domicile sont de plus en plus sollicitées pour effectuer des actes médicaux : administrer les médicaments ou vérifier le bon déroulement de la rééducation par exemple. Par ailleurs, la pandémie a permis de constater le grand nombre de personnes âgées très isolées, ce qui n'est pas sans conséquences sur leur santé mentale. Nous avons classé les soins à domicile en plusieurs catégories et déterminé la rémunération correspondante. Cette classification permettra aux aides à domicile de progresser dans l'échelle des salaires. Actuellement, elles n'ont guère la possibilité d'évoluer compte tenu des tâches qu'elles réalisent. Cette évolution a des incidences sur le secteur de la formation : les aides ménagères doivent être reconnues et pouvoir bénéficier de programmes professionnalisants. De la loi, nous attendons deux changements : que les infirmières, qui sont organisées en syndicat et veillent sur leur pré carré, reconnaissent et admettent les aides à domicile et que les bénéficiaires puissent faire valoir que leurs besoins ne sont pas nécessairement les mêmes chaque semaine. Ils peuvent par exemple souhaiter se promener et bavarder plutôt que d'être couchés. L'aide à domicile doit pouvoir s'adapter, en collaboration avec l'infirmière évidemment. Il ne suffit pas que le programme de soins fonctionne bien pour les professionnels de santé. Ce dernier point fait actuellement l'objet d'un projet pilote.

Q : Une meilleure reconnaissance des soins à domicile : quels défis pour les employeurs ?

Il ne devrait pas y avoir d'oppositions si nous travaillons bien. La plus grande difficulté des employeurs se situe aujourd'hui dans le recrutement

et dans le déplacement rapide des aides à domicile d'une maison à l'autre. Si elles sont mieux reconnues, elles seront mieux organisées collectivement et elles pourront soumettre leurs revendications à leurs employeurs. Nous avons donc créé un sous-groupe sur les questions de carrière et de rémunération. En ouvrant aujourd'hui un dialogue entre les employeurs et les salariés, nous nous engageons dans un partenariat et nous éviterons les relations conflictuelles sur les conditions de travail et les salaires. Si nous ne parvenons pas à entamer ce dialogue, le conflit est inévitable.

Q : Quelle est votre motivation pour vous engager sur un tel sujet ?

J'ai commencé ma carrière professionnelle en militant pour l'adoption de la loi pour le mariage pour tous en Grande-Bretagne. Pour des raisons personnelles, ce métier m'attirait beaucoup. Mon frère cadet travaillait comme aide à domicile et ma mère est infirmière dans un EHPAD. J'ai pressenti l'arrivée de grands changements : la technologie, le réchauffement climatique et surtout le vieillissement de la population. Il m'a semblé nécessaire d'œuvrer de façon à faciliter la vie des personnes âgées en faisant le nécessaire pour améliorer la professionnalisation des aides à domicile. Il ne suffit pas de s'adresser aux employeurs. Il faut aussi reconnaître le rôle du personnel car les deux parties doivent dialoguer. Les gens qui occupent des postes comme le mien l'oublient trop souvent.

Régis de CLOSETS

Beau témoignage sur l'expérience irlandaise et l'engagement personnel de Joseph MUSGRAVE. Stéphane PIMBERT, que vous inspire l'exemple irlandais ? Existe-t-il un enjeu de reconnaissance global, voire sociétal, de ces métiers ?

Stéphane PIMBERT

Il existe sans nul doute un enjeu de reconnaissance parce qu'il s'agit d'un choix de société et que l'évolution de la société française est inéluctable. Il y a de surcroît tout ce qui se rapporte à la sinistralité : si tout se passait bien, le secteur ne susciterait pas autant de préoccupations. La sinistralité nous impose de le prendre en compte de façon aussi globale que possible. L'INRS a développé la démarche "Accompagner la mobilité" (ALM). Elle repose sur l'idée que les métiers du grand âge ne se limitent pas aux aspects de prévention. L'aidant doit accompagner à la mobilité de la personne aidée en prenant soin de soi et des autres. Cette démarche est globale. Elle intègre la prévention au sein même

des pratiques. Elle repose sur l'évaluation des capacités de la personne à réaliser chacun des mouvements liés au déplacement. La démarche ALM a d'abord été expérimentée dans plusieurs établissements avant d'être développée avec l'appui des Carsat.

Régis de CLOSETS

Thierry PALKA, pouvez-vous citer une ou deux mesures à prendre pour améliorer, ne serait-ce qu'à titre emblématique, la reconnaissance des métiers du grand âge ?

Thierry PALKA

La première mesure est d'ordre financier car la perspective d'être payé au SMIC pendant plus de 10 ans ne saurait rendre ces métiers attractifs. Parmi les autres mesures, je citerais volontiers en premier lieu la mise à disposition de véhicules. Les aides à domicile se déplacent dans leur propre voiture et l'indemnisation varie d'un département à l'autre. En revanche, on constate que des véhicules sont mis à la disposition des services de soins infirmiers à domicile. Je citerais aussi la fourniture de téléphones portables professionnels pour favoriser le maintien des liens avec la structure. Enfin, il importe de faciliter la formation.

Régis de CLOSETS

Une question d'un participant porte sur l'information des médecins de ville sur le financement des aides techniques pour les bénéficiaires de l'aide à domicile. Elles contribuent en effet aussi bien à la pérennité des relations entre les intervenants et les bénéficiaires qu'à la santé au travail des professionnels à domicile. Les médecins de ville constituent-ils un relais, qu'il importe donc de sensibiliser ?

Thierry PALKA

Un peu plus tôt dans la matinée, une intervenante a décrit les aides à domicile comme des sentinelles du parcours de santé des personnes les plus âgées. Avant de passer au stade du soin, il importe de continuer à mobiliser les capacités des personnes dépendantes, comme le propose la démarche Accompagner la mobilité (ALM). C'est en cela que les intervenants à domicile peuvent retarder l'entrée dans la dépendance complète. Ce rôle devrait être amplifié à l'avenir car les aides à domicile sont les premiers maillons de la chaîne du soin.

Régis de CLOSETS

Je vous livre le témoignage d'un ergonome dans un service de santé au travail (SST). Il regrette que les SST ne soient pas associés aux actions menées (ou

à mener) dans les EHPAD, d'autant que ces services sont souvent partenaires dans les dossiers TMS Pros. Il estime que la pluralité des intervenants représente une richesse.

Thierry PALKA

La principale difficulté réside dans la territorialisation. Il existe seize Carsat en métropole, quatre Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour l'Outre-mer et quelque 230 services de santé au travail. La coordination avec ces services est de fait difficile, notamment parce que chacun est doté de son propre conseil d'administration, qui définit ses propres priorités. Le service dont parle l'ergonome en question est mobilisé sur les TMS, c'est bien mais ce n'est pas le cas de tous.

Quels leviers d'action pour mieux gérer les risques sur le terrain ?

Régis de CLOSETS

Nous avons abordé ce matin les enjeux de sinistralité du secteur des soins à la personne et les possibles politiques publiques de prévention. Cet après-midi, nous allons voir dans un premier temps comment il est possible d'agir concrètement sur le terrain en utilisant les outils traditionnels que sont l'inspection, la formation et le management du risque. A travers plusieurs expériences originales, nous verrons ensuite comment il est possible d'instaurer une véritable culture de prévention susceptible de modifier les pratiques et les mentalités.

Nous allons commencer par un débat sur les bonnes pratiques. Nous constaterons ainsi dans quelle mesure les leviers de la prévention peuvent être efficacement ciblés sur les problèmes spécifiques au secteur en dépit des nombreux obstacles financiers, managériaux et culturels. Dans cette perspective, nous nous intéresserons à trois exemples chez nos voisins : au Danemark, en Finlande et en Allemagne.

Dans l'immédiat, nous restons en région parisienne avec Alexandre VERNET, qui dirige la résidence-retraite du cinéma et du spectacle et avec Sandrine RÉMY qui est contrôleur de sécurité à la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF).

Alexandre VERNET, vous allez nous parler d'une opération engagée il y a deux ans pour développer la montée en compétences des personnels de votre EHPAD. L'établissement se trouve à Vigneux-sur-Seine dans un parc de 4 hectares. Il accueille une centaine de résidents. Les images semblent montrer que "l'on s'y sent comme à la maison", pour reprendre vos propos. Quelle est l'identité de cet EHPAD ?

Alexandre VERNET

Nous nous devons de tout mettre en œuvre pour que les résidents se sentent "comme à la maison". Je ne suis pas à l'origine de l'établissement. L'association qui gère l'EHPAD a 100 ans et celui-ci a 50 ans. Plusieurs éléments contribuent à l'atmosphère familiale de l'établissement : le caractère de la bâtisse, mais aussi la stabilité du personnel, l'implication de nombreux bénévoles et la présence des familles.

Régis de CLOSETS

Lorsque vous êtes arrivé à la tête de l'EHPAD, vous avez dû faire face à un important taux de sinistralité, notamment lié aux travaux d'agrandissement réalisés entre 2015 et 2018. Pourquoi les outils habituels ne suffisaient-ils pas pour juguler ce phénomène ?

Alexandre VERNET

Nous disposions en effet de divers équipements (appareils de levage, rails motorisés, etc.) mais nous avions des problèmes d'organisation. Alors que la surface de l'établissement avait presque doublé, le nombre de professionnels n'avait pas changé. Nous avons réfléchi à l'organisation, avons racheté du matériel, avons revu les circuits. Ce faisant, nous sommes parvenus à améliorer les conditions de travail des salariés tout en conservant la qualité des soins apportés aux résidents. Personnellement, j'avais tendance à accepter les risques professionnels, en particulier les accidents du travail, comme une fatalité. J'établissais les déclarations sans trop m'interroger.

Régis de CLOSETS

En 2019, vous recevez Sandrine RÉMY, qui vient visiter votre établissement et dresse le bilan de la sinistralité et des démarches de prévention existantes. Sandrine RÉMY, quel constat avez-vous alors fait et quelles ont été vos recommandations ?

Sandrine RÉMY

J'ai en effet rencontré Alexandre VERNET pour la première fois en 2019 lors d'une visite effectuée dans le cadre du programme national TMS Pros. Les Carsat accompagnent les entreprises de plusieurs secteurs d'activité dans leur démarche de prévention des troubles musculosquelettiques. Je me suis trouvée face à un directeur intéressé et à l'écoute, qui disposait d'un comité social et économique peu moteur. Un médecin du travail intervenait ponctuellement dans l'établissement, mais il manquait des relais de prévention susceptibles d'animer la démarche de prévention des TMS sur le terrain. J'ai recommandé à Alexandre VERNET de se former au pilotage de la démarche et de faire en sorte qu'un référent pour la prévention des TMS soit également formé. Nous lui avons proposé un contrat de prévention finançant 70 % de la formation.

Régis de CLOSETS

Les propos de Sandrine RÉMY ont-ils modifié votre perception de la sinistralité ?

Alexandre VERNET

Au départ, j'ai eu un peu peur. J'ai eu l'impression de subir un contrôle. J'étais prêt à présenter le document unique. A l'issue de la visite, j'ai changé d'avis. Sandrine RÉMY m'a conseillé, m'a apporté des éléments de compréhension, m'a informé de certaines obligations que j'ignorais. Une relation de confiance s'est installée, ce qui m'a permis d'être réceptif à ses préconisations.

Régis de CLOSETS

En quoi la formation immersive que vous avez suivie à l'hôpital Saint-Joseph consistait-elle et en quoi a-t-elle modifié votre état d'esprit ?

Alexandre VERNET

Au départ, j'étais dubitatif. Il s'agissait d'une formation-action, qui reposait sur l'utilisation des matériels et sur la mise en situation face au risque, pour nous apprendre à réagir et à déléguer. C'est la première phase de compréhension de la méthode. Par ailleurs, les acquis sont déconstruits. Une telle formation n'a rien à voir avec une formation sur les gestes et postures. Elle ne vous place pas dans la position du préventeur. Elle cherche au contraire à vous faire prendre conscience de votre pouvoir d'action dans l'établissement pour mettre en œuvre une discipline de la prévention. La formation dure 5 jours et plusieurs sujets sont abordés.

Régis de CLOSETS

Quels ont été les moments-clés de cette formation qui vous ont fait déconstruire ce que vous appelez la "posture de toute-puissance" du soignant ou du directeur ?

Alexandre VERNET

Je suis infirmier et, pendant la formation, on m'a demandé d'effectuer le transfert latéral d'une personne. J'étais convaincu de savoir, mais on m'a fait comprendre que je dirigeais le soin et ne me situais pas dans une perspective de co-construction avec la personne en face de laquelle je me trouvais. Ceci exige un certain travail sur soi. La mise en situation permet de montrer comment on parvient à produire un soin de qualité à l'aide d'équipements : le transfert d'un fauteuil dans un lit peut être vécu comme le déplacement d'une plume. Cette formation vise à faire comprendre au décideur qu'il doit dégager assez de temps et de moyens pour que les salariés puissent adhérer à cette méthode.

Régis de CLOSETS

Il s'agit d'accomplir des gestes qui permettent de retrouver la douceur, l'échange et la communication...

Alexandre VERNET

... qui sont la base du soin. Alors que les soignants sont en tension permanente, de telles formations permettent de retrouver du sens et de les rapprocher de leur vocation première, c'est-à-dire d'avoir la satisfaction d'accomplir des soins de qualité et d'en être conscient. Les formations-actions, en mettant en situation, font vivre aux soignants des expériences. Celle que j'ai suivie correspondait à mes besoins.

Régis de CLOSETS

Sandrine RÉMY, la formation de l'hôpital Saint-Joseph a plus ou moins servi de référentiel à l'INRS. En quoi est-elle pertinente pour changer la perception du risque ?

Sandrine RÉMY

C'est une formation-action axée sur le soin de manutention. Elle vise à supprimer le portage. Le soignant doit évaluer la capacité motrice et cognitive de la personne à mobilité réduite pour l'accompagner dans son déplacement tout en respectant son autonomie et en préservant sa propre santé. La formation de l'INRS relative à la prévention des risques liés à l'activité physique dans les secteurs sanitaire et médico-social évolue (PRAP 2S). Elle va progressivement intégrer la démarche ALM (aide à la mobilité), qui consiste à aider en prenant soin de la personne aidée et de soi-même.

Régis de CLOSETS

Alexandre VERNET était à l'écoute, il a suivi vos conseils. Je suppose qu'il n'en va pas toujours ainsi. Quelles résistances rencontrez-vous de la part des directeurs quant à ces visites et ces approches ?

Sandrine RÉMY

Les directeurs nous expliquent qu'ils manquent de moyens et de personnes compétentes pour animer la démarche de prévention des TMS. La formation est parfois jugée trop longue et trop coûteuse. Par ailleurs, le turnover empêche la pérennisation des acquis. Le temps qui doit être dédié à la personne-ressource n'a pas toujours été prévu. Enfin, il arrive que la direction, par manque de connaissance des enjeux de la prévention, ne soit que peu engagée.

Alexandre VERNET a été infirmier. Cela a certainement contribué à le sensibiliser à cette approche. Nous rappelons les enjeux humains et

socio-économiques de la prévention lors de chacune de nos visites. Il est possible d'agir dans le cadre de la formation initiale, en particulier de celle des directeurs d'établissement.

Régis de CLOSETS

Alexandre VERNET, vous avez suivi la formation, ainsi que la cadre de santé qui est référente de prévention. Ensuite, il convient de convertir les quelque 80 salariés de l'établissement. Comment allez-vous procéder ?

Alexandre VERNET

Il faut mettre les salariés en situation. Nous devons-nous-mêmes nous placer dans une perspective de formation-action. C'est pour moi une nouvelle manière de diffuser l'information. Nous allons profiter de la modification du projet d'établissement qui doit être réalisée cette année pour y inscrire la prévention. Des ateliers vont être structurés. Nous sommes conscients du temps, des moyens et de l'investissement qui seront nécessaires. La formation recommande que la sensibilisation n'ait pas lieu pendant le travail mais que du temps soit dégagé à cet effet. Je l'ai terminée en décembre 2019 et nous n'en sommes qu'à l'étape de la programmation car nous avons malheureusement fait face à la crise sanitaire. Le conseil d'administration est très mobilisé sur le sujet. Nous savons que la sinistralité ne disparaîtra pas totalement, mais nous espérons que la suppression du portage portera ses fruits. Nous devrions réussir à déployer la méthode sur 10 mois. Cet objectif est ambitieux. La cadre de santé, qui a suivi une formation de 13 jours, et moi-même allons commencer très prochainement.

Régis de CLOSETS

Il y a aussi un enjeu de communication. Le déploiement du programme sur le personnel a été perturbé par la crise de la Covid mais vous l'avez préparé. En quoi est-il important de communiquer auprès du personnel ? En quoi la communication peut-elle lever certaines résistances ?

Alexandre VERNET

Le personnel doit être rassuré. Dans la formation initiale, on apprend souvent uniquement les gestes et les postures. Si des formations-actions sont mises en place avec du matériel, il peut en résulter des résistances parce que les gestes ne seront plus adaptés à la nouvelle méthode de prise en soin. Il convient donc de l'annoncer avec bienveillance. Il ne faut pas que le soignant imagine que les soins qu'il a prodigués dans le passé étaient mauvais. Ils correspondaient seulement à ce qui était

recommandé à l'époque mais ils doivent évoluer si l'on veut atteindre d'autres objectifs.

Régis de CLOSETS

Comment la CRAMIF va-t-elle accompagner Alexandre VERNET dans le déploiement de cette démarche auprès des salariés de son établissement, qui vont devoir modifier leur approche du soin ?

Sandrine RÉMY

La formation va avoir lieu. Ensuite, nous aiderons à analyser les situations de travail sur le terrain pour pouvoir préconiser des mesures de prévention adéquates, qui prendront la forme d'un plan d'actions.

Régis de CLOSETS

Nous constatons que le premier levier, la formation, peut s'adapter aux réalités et aux obstacles inhérents au secteur du soin à la personne. Le deuxième levier est celui des inspections, qui peuvent intégrer une réelle démarche de prévention des nouveaux risques associés aux soins à la personne.

Ceci nous conduit au Danemark, où nous avons interrogé Julie BACHE BILLESBØLLE, chef de section au sein de l'Autorité de l'environnement de travail, un département du ministère du Travail, qui a engagé une réforme de l'inspection du travail dans plusieurs secteurs, et notamment dans celui des soins à la personne, de façon à mieux appréhender les risques liés aux environnements de travail. Les réflexions ont porté en particulier sur la pression liée aux charges émotionnelles.

Julie BACHE BILLESBØLLE

Q : Pourquoi le secteur des soins à la personne est-il particulièrement exposé aux charges émotionnelles ?

La charge émotionnelle est l'un des principaux facteurs de risque au Danemark. C'est certainement celui que l'on rencontre le plus souvent dans ce secteur. La charge émotionnelle est particulièrement présente dans les métiers qui supposent une interaction avec autrui. Elle concerne donc notamment le personnel hospitalier, les enseignants et les professionnels de l'aide aux personnes âgées. Les salariés de ces secteurs sont confrontés aux sentiments, aux impressions et aux comportements des autres. Dans le même temps, ils doivent gérer leurs propres émotions. Il s'agit d'une condition préalable à l'exercice de ces métiers. C'est du reste parce que l'on aime aider les autres que l'on s'engage dans ces carrières. En tant qu'instance

ministérielle responsable de l'environnement de travail, nous devons tenir compte de ce facteur de risque, qu'il est impossible d'éliminer mais qu'il importe de prévenir correctement.

Q : Quelle nouvelle stratégie pour prévenir les risques psychosociaux au travail ?

Un arrêté ministériel sur l'environnement de travail et les risques psychosociaux a été adopté. Il vise à clarifier et rendre plus compréhensibles les règles de l'environnement psychosocial pour les employeurs et pour le personnel. Il s'agit néanmoins d'un arrêté ministériel, c'est-à-dire d'un texte qui énonce sèchement des consignes. C'est pour cette raison que nous produisons des lignes directrices, qui explicitent ces règles. Pour chaque facteur de risque, nous élaborons une recommandation. Nous allons ainsi en produire une cette année sur les charges émotionnelles. Elle décrira les règles applicables sur le lieu de travail. Elle indiquera aussi comment les adapter et mentionnera les mesures préventives qui doivent être mises en place. Cette recommandation commentera les meilleures pratiques en matière de prévention. Comme ces recommandations ne sont pas propres à un secteur donné, nous collaborons avec les partenaires sociaux, car ces derniers développent des supports spécifiques. De plus, ils dialoguent constamment pour améliorer les lieux de travail.

Q : Quelles actions sur le terrain pour mieux prévenir ces risques ?

Un nouvel accord sur l'environnement de travail a été adopté. Il conclut à la nécessité d'augmenter le nombre des inspections, d'améliorer leurs modalités et de les spécialiser. Grâce à des inspections propres à chaque secteur, nous mettons l'accent sur les charges émotionnelles, qui figurent au programme des inspections. Nous soutenons la prévention par le biais du dialogue et de la supervision. Nous consacrons plus de temps qu'auparavant au débat sur les charges émotionnelles. Des budgets plus importants y sont consacrés et nous avons recruté de nombreux nouveaux inspecteurs spécialisés sur les questions d'environnement psychosocial.

Q : Quel rôle les partenaires sociaux peuvent-ils jouer ?

Nous avons une longue tradition de coopération avec les partenaires sociaux. Nous avons travaillé en étroite collaboration avec eux pour produire cet arrêté ministériel et ces recommandations. Lorsque

nous communiquons sur ces nouvelles initiatives, nous menons une action conjointe de communication avec les partenaires sociaux parce qu'ils représentent les entreprises et ont une meilleure appréhension de la communication pertinente pour le secteur.

Q : Quelles sont les clés de la réussite ?

Il est important d'apporter aide et soutien, de bien comprendre le niveau de qualité de service et d'assurer la formation de façon à ce que les compétences professionnelles soient parfaitement adaptées aux tâches à accomplir.

Régis de CLOSETS

L'exemple danois illustre la volonté de développer les inspections et d'en faire des matrices de prévention et de concertation en les associant spécifiquement aux risques psychosociaux, qui sont souvent plus difficiles à appréhender et à gérer.

Sandrine RÉMY, dans quelle mesure les RPS et les questions de charges émotionnelles sont-ils présents dans les établissements que vous visitez ? Comment pouvez-vous contribuer à leur meilleure appréhension par les directions et les personnels ?

Sandrine RÉMY

La crise a modifié les organisations du travail et les rapports sociaux. Elle a multiplié les RPS dans les EHPAD. Lors de nos contrôles, nous intervenons dans les comités sociaux et économiques pour discuter de ces problématiques avec les partenaires sociaux et avec la direction afin que les entreprises identifient les facteurs de risques. Nous les accompagnons dans cette détection.

Régis de CLOSETS

Julie BACHE BILLESBØLLE ne l'a pas indiqué dans l'entretien que nous avons entendu mais elle a mentionné par ailleurs l'approche fine reposant sur des groupes de parole différenciés - salariés et direction - afin que chacun se sente à l'aise pour s'exprimer. Qu'en pensez-vous ?

Sandrine RÉMY

Nous le faisons également. Nous rencontrons séparément les représentants du personnel et la direction avant de les réunir.

Régis de CLOSETS

Le premier levier que nous avons abordé était celui de la formation, le deuxième celui de l'inspection, le troisième est celui du management du risque. Nous allons le constater avec deux expériences

européennes. En Finlande, nous avons interviewé Jukka-Pekka TYNI, qui est conseiller juridique et a contribué à la mise en place d'une opération de grande ampleur portant sur la prévention des risques professionnels dans le domaine du soin à domicile. La première fédération d'employeurs de ce secteur regroupe quelque 100 000 membres. C'est l'un des principaux secteurs du pays. La sinistralité y augmente de façon inquiétante. Au lieu de s'en remettre à une réforme, cette fédération d'employeurs et les syndicats de salariés se sont concertés pour engager de leur propre initiative une vaste campagne d'information et de sensibilisation sur le management du risque. Elle repose notamment sur la valorisation des bonnes pratiques et la mise en œuvre d'outils destinés à aider à la détection des risques. Écoutons Jukka-Pekka TYNI.

Jukka-Pekka TYNI

Q : Pourquoi une grande campagne sur la gestion des risques professionnels dans le secteur des soins à la personne ?

La sinistralité professionnelle a beaucoup augmenté dans les secteurs de la santé et de l'aide sociale alors qu'elle a diminué dans d'autres. L'aide à domicile est donc concernée. Avec les organisations professionnelles et le Centre finlandais pour la sécurité au travail, nous avons décidé de lancer un projet qui vise non seulement à mettre fin à cette hausse des accidents mais aussi à inverser la tendance.

Q : Pourquoi vous être inspiré des actions dans les secteurs de la chimie et de l'industrie ?

Nous n'avons pas voulu réinventer les choses. Nous avons donc recherché des exemples intéressants dans d'autres secteurs. Dans celui de la chimie, des projets ont été couronnés de succès au cours des 30 dernières années : le nombre des accidents du travail a été réduit de 90 %. Nous avons bien sûr compris qu'il fallait s'engager sur le long terme car les résultats ne pouvaient pas être immédiats. Dans le secteur de la chimie, la baisse a été constante à partir du premier jour de la campagne. Nous en avons conclu qu'il fallait s'engager dans cette voie, que la prévention des risques n'était pas propre à un secteur technologique et que les mêmes méthodes pouvaient s'appliquer au secteur de la santé.

Q : Quelles ont été vos priorités pour changer les mentalités sur la gestion des risques professionnels ?

La sécurité sur le lieu de travail doit faire partie intégrante de la réalité quotidienne des entreprises, au même titre que la sécurité des patients ou des clients. Il est possible de fournir des outils pour faire évoluer les mentalités. Toutefois, il vaut mieux donner des exemples positifs, des recommandations, des conseils pratiques en utilisant les médias, les réseaux sociaux, etc. Lorsque ces questions sont intégrées dans les médias et les réseaux sociaux, elles acquièrent en quelque sorte une certaine "normalité". La pandémie de Covid a ralenti le projet mais nous sommes parvenus à mener à bien plusieurs actions. La difficulté principale rencontrée au début a consisté à intégrer tout le monde et à éviter de présenter le projet sous un angle négatif. Nous voulions au contraire présenter la sécurité sur le lieu de travail sous un angle positif.

Q : Quelles sont les clés de réussite ?

Les clés de réussite reposent sur la culture d'entreprise et sur l'état d'esprit. La culture d'entreprise ne suffit pas. Il faut que tous les employeurs et tous les employés changent d'état d'esprit et s'engagent dans un tel projet.

Régis de CLOSETS

En Allemagne, nous avons interviewé Albert NIENHAUS, qui est médecin et directeur du département de recherche du principal assureur du secteur des soins, la Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, la BGW. En plus de son rôle d'indemnisation, la BGW assure des missions de prévention. Elle s'est dotée à cet effet d'un département de recherche en prévention, qui emploie une quarantaine de chercheurs et engage des programmes de prévention portant sur des risques mal connus. Elle conduit certains d'entre eux en partenariat avec les universitaires. Récemment, elle s'est penchée sur les risques professionnels qui touchent les infirmières travaillant dans le secteur du grand âge. Ce sujet a fait l'objet de plusieurs programmes, qui ont notamment éclairé les problématiques de violence auxquelles ces personnels sont exposés et ont fait ressortir plusieurs solutions, parmi lesquelles la valorisation du leadership. La parole est à Albert NIENHAUS.

Albert NIENHAUS

Q : Sur quoi se concentrent vos recherches au sein de la BGW en matière de prévention ?

Nous analysons les taux d'exposition sur le lieu de travail ainsi que les tendances. Sur cette base, nous établissons des programmes de prévention et de rééducation. Actuellement, le secteur des soins infirmiers constitue notre axe principal de travail. L'Allemagne est confrontée à une pénurie d'infirmières et nous avons constaté, à partir de l'analyse des données des fonds de pension, que la probabilité d'un départ en retraite prématuré pour raisons de santé était plus élevée pour les infirmières que pour les autres professions. Ceci s'explique par les lombalgies, les dorsalgies et les problèmes de santé mentale dont souffrent les infirmières. Notre travail porte donc notamment sur la pression sociale subie par ces personnels et sur les lombalgies.

Q : Quels programmes de recherche sur les conditions de travail des infirmières ?

Notre constat est double : la violence exercée par les patients est assortie d'un soutien limité de la part de la hiérarchie. Cette violence constitue un problème majeur. Au cours des 12 derniers mois, environ 80 % des infirmières y ont été confrontées et une sur trois ressent un stress important en raison de cette exposition à la violence. En outre, si les infirmières s'estiment bien appuyées par leurs collègues, elles sont moins satisfaites du soutien reçu de la hiérarchie et de l'infirmière chef du service. Ceci nous a conduits à orienter nos travaux sur le leadership, en y incluant la question de la violence.

Q : Quelles initiatives pour prévenir l'exposition à la violence ?

Nous avons proposé que la violence soit incluse dans la liste des risques que les employeurs ont l'obligation d'évaluer chaque année. Notre deuxième proposition consiste en une formation à la désescalade, afin que les infirmières soient capables de prévenir des actes de violence et de réagir. Nous avons pu montrer qu'elles se sentaient moins stressées dans les services où les formations avaient eu lieu, où les risques avaient été évalués et où les conséquences des analyses correspondantes avaient été tirées et prises en compte.

Q : En quoi le leadership est-il important ? Comment le développer chez les infirmières ?

Nous avons proposé d'organiser des séminaires en vue d'améliorer le leadership des professionnels de santé, de façon à sensibiliser les infirmières en chef sur ce sujet. Au début de cette initiative, l'une des

réactions était la suivante : "Quoi qu'il arrive, c'est le patient qui est la priorité". Il a donc fallu sensibiliser à l'importance de la santé des infirmières. Il est en effet essentiel que l'environnement de travail leur soit favorable et par là même à la qualité des soins. Le bénéfice est double : les infirmières et les patients en profitent. Ce point a constitué une difficulté au début mais celle-ci s'est dissipée au fil des formations.

Q : La prévention des risques : un enjeu clé et une responsabilité pour l'assureur ?

Il est important de ne pas accabler les individus. Si le leadership n'est pas bon, il ne faut pas rejeter la responsabilité sur l'infirmière en chef. En effet, elle-même travaille dans des conditions particulières et a besoin d'être soutenue par la hiérarchie pour pouvoir consacrer suffisamment de temps à l'amélioration de ses compétences de leadership au service du bien-être des infirmières avec lesquelles elle travaille.

Régis de CLOSETS

Ce témoignage atteste de la nécessité et de la difficulté pour celui qui soigne à prendre soin non seulement du bénéficiaire mais aussi de lui-même. Alexandre VERNET, comment réagissez-vous ? Avez-vous connaissance de faits de violence à l'encontre des infirmières ? Qu'en est-il dans votre établissement ?

Alexandre VERNET

Je sais que ces violences existent en France. En témoigne le catalogue des formations, qui met en évidence la thématique de la violence, laquelle inclut celle des résidents, celle des familles, voire celle des infirmières entre elles. Nous avons mis en place l'analyse des pratiques professionnelles, avec des psychanalystes qui se rendent sur place pour libérer la parole. Certains groupes privés ont commencé à créer des cliniques spécialisées dans la prise en compte des risques psychosociaux. Ceci est nouveau. La gestion des RPS auxquels les infirmières sont exposées constitue une vraie préoccupation, mais elles ne sont pas les seules à être concernées.

Régis de CLOSETS

L'une des questions envoyées par les participants porte sur la formation que vous avez récemment suivie. Comment envisagez-vous de diffuser aux salariés de l'établissement les connaissances que vous-même et le cadre de santé avez acquises ? Il a déjà été plus ou moins répondu à cette question. Les salariés ne sont pas encore formés, mais vous-

même, percevez-vous un changement dans votre appréhension et votre gestion quotidienne du problème ?

Alexandre VERNET

Oui, ne serait-ce que parce que je suis en mesure de comprendre ce que l'on me dit.

Régis de CLOSETS

Autre question : les financeurs, en particulier les Agences régionales de santé (ARS) et les départements, ne sont-ils pas des acteurs majeurs prescripteurs ? Quelles actions engager vis-à-vis d'eux ?

Alexandre VERNET

L'ARS a accordé des crédits non reconductibles pour la gestion de TMS. Nous avons ainsi pu nous équiper avant même que la CRAMIF ne nous apporte des financements dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Déployer une nouvelle culture de prévention

Régis de CLOSETS

Nous avons constaté lors de la table ronde précédente qu'il était possible d'agir de manière ciblée par le biais des leviers habituels de la prévention que sont la formation, les inspections et le management du risque. Pour pérenniser la démarche de prévention, il convient d'aller plus loin et de dépasser les résistances tant des personnels, qui sont bloqués par leur abnégation professionnelle, que des organisations, qui gèrent le manque de moyens. Il faut au contraire promouvoir l'autonomisation des personnels et des bénéficiaires et instaurer une véritable culture de la prévention concertée. L'autonomisation peut se jouer à plusieurs niveaux : dans la relation de soins, dans l'accompagnement des aides techniques et des dispositifs de prévention et dans l'organisation du travail. C'est de ces sujets que nous allons parler dans la présente table ronde, qui rassemble quatre personnes sur le plateau : Emmanuel CHIGNON, Annie de VIVIE, Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI et Ronald SCHOULLER. Dominique VILLA interviendra en duplex et l'interview de Paul FUCHS-FROHNHOFEN a été enregistrée.

Emmanuel CHIGNON est directeur de l'EHPAD de Terre-Nègre, l'un des plus grands établissements français. Il est situé à Bordeaux, en centre-ville. Pour accompagner la montée en compétences autour des équipements, Emmanuel CHIGNON y a engagé le projet "La blouse sans le blues". Annie de VIVIE est gérontologue. Elle a fondé le site internet agevillage.com, qui est consacré aux questions du grand âge. Elle est également directrice des formations Humanitude qui visent à restaurer les capacités d'autonomie. Dominique VILLA est directeur général de l'association Aid'Aisne, une structure de soins à domicile du département de l'Aisne. Il fait preuve d'un dynamisme exemplaire pour repenser les organisations et développer l'autonomisation des personnels. Paul FUCHS-FROHNHOFEN est ergonomiste. Il coordonne en Allemagne un projet de prévention 4.0 dans le secteur des soins qui développe des solutions innovantes dans une démarche participative associant des chercheurs et des personnels. Deux membres de la Commission nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP) de la caisse nationale d'assurance maladie participent également à la table ronde. Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI est responsable

du département tarification et contentieux des AT/MP à la Fédération française du bâtiment. Experte de la tarification, elle nous parlera aussi du déploiement de la culture de prévention dans le secteur du bâtiment. Ronald SCHOULLER est le premier vice-président de la CAT/MP. C'est un habitué des Débats, auxquels il apporte toujours un regard sage.

Commençons avec Emmanuel CHIGNON. L'EHPAD de Terre-Nègre est un établissement de 400 lits situé sur un terrain de 2 ha. Il a plus de 200 ans. Emmanuel CHIGNON, vous avez tout fait pour doter l'établissement d'une forte identité. Les bâtiments ont été rénovés et il y a un village d'activités. Comment définissez-vous l'esprit de cet EHPAD ?

Emmanuel CHIGNON

Compte tenu du nombre de résidents accueillis, de la surface du terrain, du parc et de la chapelle, il s'agit avant tout d'un village. L'EHPAD constitue aussi l'un des marqueurs de l'histoire sociale de Bordeaux. Il est géré par une association à but non lucratif reconnue d'utilité publique, qui a été créée en 1827. A l'origine, l'établissement hébergeait les personnes sans abri. A l'issue de plusieurs transformations, il est devenu un EHPAD il y a une vingtaine d'années.

Régis de CLOSETS

Vous êtes arrivé en 2017 dans cet établissement. Le climat social était alors dégradé. L'absentéisme était élevé : 22,6 %. La sinistralité était marquée. Comment expliquer la persistance de la sinistralité alors que la Carsat avait émis deux injonctions ? Était-elle liée au mauvais climat social ?

Emmanuel CHIGNON

Je vois deux explications principales à la situation de l'époque. La loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a réaffirmé la place prépondérante de l'usager. La réglementation donne la priorité à la qualité de la prise en soins des résidents. Toutefois, dans nombre d'établissements, la culture de la prévention est insuffisante. C'était le cas à Terre-Nègre. La qualité de vie au travail des salariés n'était pas mise en avant. De plus, l'établissement avait rénové 250 des 400 lits sans prendre en compte aucun des aspects de la qualité de vie au travail.

Régis de CLOSETS

La gouvernance influence-t-elle le climat social ?

Emmanuel CHIGNON

Sans nul doute. Si la direction s'efforce de développer la culture de la prévention et de la qualité de vie au travail et si les moyens correspondants sont mis en œuvre, le climat social est profondément modifié. Nous l'avons constaté au cours des dernières années.

Régis de CLOSETS

Vous avez renversé la tendance. Vous avez réussi à éliminer les grèves et à diviser par deux le nombre des accidents du travail ainsi que l'absentéisme. Nous allons voir comment vous êtes parvenu à ce résultat. Dans quelle mesure la réduction de la sinistralité était-elle un élément important pour restaurer le climat social ?

Emmanuel CHIGNON

La lutte contre la sinistralité est un enjeu majeur dans nos établissements. Je suis directeur d'EHPAD depuis 13 ans. Pendant de nombreuses années, je n'ai été que peu sensible à cette question. C'est à la faveur d'un poste transversal que j'ai réfléchi au sujet et que j'ai pris conscience du caractère alarmant de la situation dans notre secteur. La question est la suivante : comment un soignant peut-il prendre soin des résidents si l'institution ne prend pas soin de ses équipes et si la vie quotidienne des soignants se résume à l'usure, à la pénibilité et aux accidents ? Investir dans la prévention de la sinistralité permet de donner de la reconnaissance aux soignants, qui peuvent alors consacrer toute leur énergie aux résidents et retrouver du sens.

Régis de CLOSETS

Vous avez mené ce chantier à travers le programme "La blouse sans le blues". Il est ambitieux. L'établissement a été équipé en appareils et vous avez recruté une ergonome et créé une salle d'entraînement pour que le personnel puisse se former à leur utilisation. Vous avez mis en place plusieurs groupes de travail. Il y a aussi le logo et la gazette du programme. Quelle était l'ambition de "La blouse sans le blues" et comment êtes-vous parvenu à le mettre en place ?

Emmanuel CHIGNON

Le projet visait avant tout à réduire la pénibilité, l'usure professionnelle et les accidents du travail chez les soignants. Ceci passe par le déploiement massif de dispositifs de mobilisation. Pour que les salariés (cadres de santé, infirmiers et aides-soignants) s'approprient la démarche, nous nous

sommes appuyés sur l'habituel triptyque communication-formation-déploiement. La communication passe par la gazette, le logo, l'affichage des courbes de sinistralité dans les salles de transmission, qui permet de constater les progrès réalisés. Elle passe aussi par l'information sur le calendrier de déploiement des divers matériels. S'agissant de la formation, nous avons formé des animateurs PRAP 2S (prévention des risques liés à l'activité physique dans le secteur sanitaire et médico-social) ainsi que des animateurs de prévention. Nous avons également formé massivement le personnel à l'utilisation du matériel. L'investissement en matériel a été très important : 260 000 € sur 4 ans. La Carsat et l'ARS nous ont accompagnés sur ce point.

Régis de CLOSETS

Nous avons déjà évoqué la salle d'entraînement. L'ensemble du personnel bénéficie ainsi d'une remise à niveau régulière. Dans quelle mesure la réussite de la démarche repose-t-elle sur l'autonomisation des personnels dans le déploiement du programme et dans la gestion des équipements ?

Emmanuel CHIGNON

Il s'agissait certes d'autonomiser mais surtout d'éliminer les résistances internes. Plutôt que de parler de résistances internes, il faut mieux parler de prise de distance progressive par rapport à tous les dispositifs de mobilisation. Il fallait donc faire évoluer les mentalités et faire prendre conscience de l'importance de ces dispositifs, et ce pour l'ensemble des personnels. Le travail engagé se réalise sur le long terme. C'est ce qui justifie la création de la salle d'entraînement, dans laquelle ont lieu les sessions de recyclage ainsi que les formations PRAP 2S. Chaque année, une douzaine de personnes les suit.

Régis de CLOSETS

Au-delà du programme "La blouse sans le blues", vous tentez d'instiller une culture de l'innovation dans l'établissement. Vous affirmez qu'il est nécessaire de réaliser une veille technologique pour être au courant des innovations. Comment déployez-vous cette culture ?

Emmanuel CHIGNON

Dans notre secteur, les dispositifs de prévention et de réduction de la pénibilité font l'objet de nombreuses innovations. Je suis convaincu qu'il importe de consacrer du temps à la veille technologique et d'y associer les équipes de terrain. Ainsi, en 2021, nous menons une étude sur les dispositifs qui permettent de réduire la pénibilité au

moment de la pose des bas de contention et d'accroître le confort des résidents. Lorsque l'étude de marché aura été réalisée, un dispositif par chariot soignant sera mis en place.

Régis de CLOSETS

La culture de la prévention est aussi un enjeu dans la relation de soins. Parlons-en avec Annie de VIVIE, qui a créé en 2000 le site internet agevillage.com puis développé autour du concept d'"humanité" des formations pour les personnels et un label pour les établissements. Ces dernières permettent de réduire en quelques jours jusqu'à 83 % des troubles du comportement chez les résidents. A l'origine du concept, il y a deux professeurs d'EPS, qui ont été chargés dans les années 80 d'une mission sur la réduction du mal de dos chez les soignants. Comment sont-ils arrivés au concept d'"humanité" et qu'en avez-vous repris ?

Annie de VIVIE

Les inventeurs du concept, Rosette MARESCOTI et Yves GINESTE, sont des enseignants. Ils sont en permanence dans le mouvement et dans la recherche de verticalité. Ils sont arrivés dans un milieu qui leur était étranger et ont pris conscience du piège que représente la situation de soins. En effet, la personne dont on prend soin est en général allongée ou assise alors que le soignant est debout. La seule tentative de verticalisation ou de retournement risque de déclencher un trouble du comportement par incompréhension de la part de la personne aidée, qui souffre selon toute probabilité de plusieurs pathologies. Or les soignants ne sont pas armés pour faire face à de telles situations. Ils ne possèdent pas les outils relationnels nécessaires. Les inventeurs du concept ont découvert le piège que représente l'absence de professionnalisation du lien entre aidant et aidé.

Entrer en relation avec quelqu'un est considéré comme une chose naturelle. Or ce n'est pas le cas dans certaines situations. Plus précisément, la relation avec autrui n'est possible que lorsque les 4 piliers de la reconnaissance mutuelle sont présents : le regard, la parole, les gestes et la verticalité. Aussi longtemps que le regard n'est pas atteint, il faut donc s'abstenir de tout soin pour ne pas déclencher une réaction de défense, que les soignants interprètent comme une marque d'agressivité. De même, le geste caractéristique de la pince peut avoir des conséquences désastreuses. Quant à la verticalité, il suffit de 20 minutes toutes les 24 heures pour éviter que les personnes ne deviennent grabataires.

Régis de CLOSETS

La démarche d'humanité repose à la fois sur une réflexion éthique intense et sur des outils concrets.

Annie de VIVIE

Les personnes formées sont mises en situation réelle de travail. Les formateurs sont tous des professionnels de santé. Ils ont eux-mêmes été formés pendant un an à la philosophie du soin et aux 150 techniques du prendre-soin. Ils se rendent dans les services avec les équipes en formation. Ils prennent en charge, avec les professionnels, les situations les plus critiques (agressivité, refus de soins, etc.). Pour ne pas être traumatisante, la relation avec les personnes aidées doit être subordonnée au maintien des liens humains et donc au respect des 4 piliers. Une étude a été réalisée sur 111 personnes. Elle prouve l'efficacité de la méthode, soit une baisse de 83 % des troubles du comportement.

Régis de CLOSETS

La méthode améliore la relation entre les soignants et les personnes aidées. Quels effets a-t-elle sur la sinistralité ? Êtes-vous sollicités pour des formations à partir de constats de sinistralité et de risques professionnels ?

Annie de VIVIE

C'est principalement en raison de la sinistralité que nous sommes contactés. On nous fait part de situations d'épuisement et d'impuissance liées aux troubles du comportement. La formation a des résultats immédiats mais la pérennisation de l'acquis des enseignements n'est assurée que si la culture de l'établissement change, si la direction prend conscience de la situation et fournit des instruments adéquats, par exemple en mettant en place des salles de formation où sont organisés des ateliers et des sessions de mise à jour. Avec les établissements qui ont réussi cette pérennisation, nous avons formé un réseau, dont les travaux ont débouché sur la création du label Humanitude.

Régis de CLOSETS

Le label est associé au respect de plusieurs principes et à des indicateurs, notamment de sinistralité. Il est renouvelé tous les 5 ans. Comment les établissements labellisés réussissent-ils à maintenir l'esprit d'humanité et la pratique correspondante dans la crise actuelle ?

Annie de VIVIE

C'est ce qu'examine actuellement la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en analysant la situation de deux établissements

labellisés. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : la sinistralité diminue durablement et malgré la crise. Pourquoi ? Parce que la culture de l'humanité est ancrée, les pratiques ont été modifiées, les situations sont analysées quotidiennement, les pratiques de révision le sont chaque semaine et les principes de philosophie du soin sont parfaitement assimilés. L'arrivée de la Covid s'est traduite dans un premier temps par une réaction de sidération et les soignants ont été totalement absorbés par la pandémie. Très rapidement toutefois, leur savoir-faire et la conscience qu'à la direction des risques de troubles du comportement l'ont emporté. La crise a en quelque sorte renforcé l'esprit d'humanité.

Régis de CLOSETS

La verticalisation a été maintenue et les activités dans le couloir ont également été poursuivies envers et contre tout pour garder le lien.

Annie de VIVIE

Oui, parce que l'humanité repose non seulement sur un niveau de soin adapté mais aussi sur le soin que l'on apporte à soi-même et sur la qualité de vie au travail. Les activités ont donc été aussi utiles pour les personnes aidées que pour les professionnels.

Régis de CLOSETS

Pensez-vous que la crise suscitera la volonté de la part des directeurs d'établissement et des pouvoirs publics de mieux outiller le care et de mettre en œuvre une prévention des risques intégrant une meilleure autonomisation dans la relation de soins ?

Annie de VIVIE

Il est urgent de faire évoluer les formations initiales. Il est regrettable que les employeurs recrutent des personnes qui ne disposent pas des bons outils, qui ignorent l'importance du regard, des paroles, etc. Il est dommage que nos formations passent d'abord par la "déformation" de ce qui a été enseigné. Il faut cependant ne pas perdre espoir.

Régis de CLOSETS

Autre enjeu de l'autonomisation et de la culture de prévention : l'organisation du travail. Parlons-en avec Dominique VILLA. L'organisation du travail dans le monde du soin est complexe, notamment s'agissant du soin à la personne à domicile. Elle est souvent administrée et hiérarchisée. Dominique VILLA, vous avez commencé votre carrière dans ce milieu avec une telle approche. Vous accumulez la production de plannings jusqu'au jour où vous avez décidé, il y a une dizaine d'années, de changer de démarche et de suivre une formation en management à l'ESSEC. Vous avez alors

commencé à penser autrement l'organisation du travail, qui vous est rétrospectivement apparue viciée et vicieuse. Pouvez-vous justifier cette appréciation ?

Dominique VILLA

Le secteur de l'aide à domicile cumule les difficultés et les obstacles au management, voire à la mise en œuvre des mesures relatives à la santé au travail. Qu'il s'agisse de la charge émotionnelle, de la charge physique ou de la charge mentale, on ne peut que constater l'accumulation des maux, sans même parler de la rigidité des organisations. La situation n'est pas imputable au manque de réflexion des directions ou des équipes car la plupart des services d'aide à domicile font tout ce qu'ils peuvent pour améliorer la santé et le bien-être au travail. La difficulté résulte du fait que tous les leviers ne sont pas actionnés simultanément, de sorte que les cercles vicieux contrecarrent les bonnes intentions initiales. Il en résulte un taux d'accidents du travail très élevé, un taux d'absentéisme inimaginable et un turnover important. En bref, le prendre-soin des collaborateurs est catastrophique.

Régis de CLOSETS

Que dire de la sinistralité dans votre entreprise ?

Dominique VILLA

L'impact des accidents du travail sur la santé des collaborateurs apparaît de plus en plus nettement. Partir à la retraite en tant qu'aide à domicile relève du reste presque du miracle. La sinistralité provoque un tel turnover qu'il est difficile de sensibiliser durablement les personnels aux questions de prévention. Il faut donc prendre des mesures pour faire évoluer la situation.

Régis de CLOSETS

Les mesures que vous avez prises sont inspirées de la démarche de management et de l'autonomisation des équipes. Vous avez fait le pari de la confiance. En quoi l'autonomisation vous a-t-elle semblé essentielle ? Comment l'avez-vous mise en œuvre concrètement ?

Dominique VILLA

J'ai fait le choix de la subsidiarité, c'est-à-dire du bon niveau de décision. Il s'agit le plus souvent de l'encadrement intermédiaire, qui organise la planification, affecte les personnels aux divers bénéficiaires, etc. La mise en œuvre de la subsidiarité est subordonnée à la réalisation de plusieurs actions préalables. Il faut donc avoir mis en place des unités de petite taille rassemblant 8 à 10 personnes et qui travaillent dans des secteurs

géographiques qui leur sont propres. Il faut aussi avoir instauré un climat de confiance et de bienveillance.

Régis de CLOSETS

Je suggère que nous mettions votre expérience en parallèle avec le programme allemand que porte Paul FUCHS-FROHNHOFEN, ergonomiste. Il relève d'une approche participative et collaborative et rassemble des experts et des professionnels de terrain pour faire émerger des solutions technologiques innovantes destinées à améliorer la prévention des risques professionnels dans le secteur. Des groupes de travail ont été mis en place. Plusieurs applications en sont issues et fonctionnent déjà, notamment pour les infirmières.

Paul FUCHS-FROHNHOFEN

Q : Pourquoi la culture participative dans le projet Pflege-Prävention 4.0 ?

Si l'on s'adresse uniquement aux experts sans intégrer les professionnels de terrain, les solutions ne répondront pas aux besoins quotidiens des personnels pour améliorer leurs conditions de travail. Les experts adoptent toujours un point de vue trop distancié. Ils ne voient pas les problèmes quotidiens. Il faut donc s'engager dans un processus participatif, être créatif et combiner cette approche participative à la réalité quotidienne. Parfois, il suffit d'accompagner les salariés sur leur lieu de travail, de les aider et de leur poser des questions sur des problèmes particuliers.

Q : Quels nouveaux outils grâce à l'approche participative ?

Les infirmières rencontrent souvent des problèmes lorsqu'elles doivent traiter un grand nombre de patients. Elles ne connaissent pas toujours précisément l'état de santé de chacun d'eux. Cet outil leur permet de disposer d'informations sur les divers patients et elles peuvent ainsi effectuer des actes de prévention. Il faut identifier les données collectées grâce à la technologie des capteurs et les présenter aux infirmières. Nous nous sommes demandé comment organiser les résultats de manière à ce que le personnel infirmier puisse effectivement les exploiter. Nous avons réuni les infirmières et les développeurs de la technologie. Les premières ont expliqué comment l'information devait être structurée et présentée pour qu'elle soit pratique dans leur travail.

Q : L'approche participative : un moyen de mieux intégrer les solutions technologiques ?

Il y a un changement d'état d'esprit dans les deux groupes. Les ingénieurs, qui connaissent bien les questions de sécurité et les nouvelles technologies, doivent être sensibilisés à la nécessité d'écouter les infirmières et le personnel qui travaille sur le terrain. Ils doivent s'adapter, abandonner leur position d'expert et accepter de poser des questions comme "Comment pourrais-je vous aider, comment mes connaissances peuvent-elles vous aider à mieux travailler dans votre environnement ?". Il importe donc de faire évoluer l'état d'esprit des ingénieurs. Quant aux infirmières, elles ne pensent pas toujours à chercher une solution parce qu'elles n'ont pas l'habitude de modifier leurs pratiques ou d'intégrer une nouvelle technologie dans leur travail. Il convient par conséquent de les sensibiliser à la nécessité d'avoir confiance en elles-mêmes car elles possèdent les compétences pour faire partie de la solution au problème.

Q : Quel bilan du déploiement de cette approche participative ?

La participation doit faire partie de la culture dans différents domaines et en interne. Elle ne doit pas être parachutée par quelqu'un venant de l'extérieur. Il s'agit donc de promouvoir cette culture. Pour que le changement d'état d'esprit se diffuse dans toute l'organisation, il faut commencer par identifier les acteurs-clés qui vont incarner la participation et symboliser le changement. Ensuite, lorsque le message est compris et que les processus sont intégrés, il est possible de s'adresser à ces acteurs-clés et de se rendre compte que leurs recommandations peuvent être suivies.

Régis de CLOSETS

Dominique VILLA, comment réagissez-vous à cette initiative allemande qui vise à casser le principe du sachant et à se placer dans une démarche collaborative ? Question complémentaire : que faire de tous ceux qui ne peuvent pas ou ne veulent pas s'autonomiser ? Le secteur reste en effet très imprégné d'une certaine culture de la domesticité.

Dominique VILLA

J'adhère entièrement aux deux principes sur lesquels repose le projet : le choix du bon niveau d'expérience et la liberté de choix des collaborateurs. C'est essentiel pour que la transformation prenne corps. Il faut que les personnels de terrain, qui vivent l'expérience de la fragilité, disposent du plus grand nombre possible d'options. Dans le même temps, les personnels administratifs et les managers doivent être considérés comme une fonction ressource à la

disposition des collaborateurs de terrain. Leur intervention doit être limitée à certaines situations : par exemple lorsqu'il apparaît impossible de trouver une bonne solution ou qu'ils peuvent, dans le cadre d'une collaboration bienveillante, contribuer à une amélioration.

Quant à votre seconde question, certaines personnes peuvent ne pas adhérer au changement managérial, qui consiste à laisser les collaborateurs choisir leur organisation, à mieux équilibrer leur vie personnelle et leur vie professionnelle, à recourir aux fonctions ressources pour améliorer le bien-être au travail, aménager le domicile, etc. S'il est impossible de convertir ces collaborateurs récalcitrants au changement, peut-être faut-il s'interroger sur leur choix professionnel.

Régis de CLOSETS

J'aimerais maintenant connaître la position des deux membres de la CAT/MP. Ronald SCHOULLER, en quoi la notion d'autonomisation vous semble-t-elle fondamentale pour l'intégration de la culture de prévention dans le secteur des soins aux personnes âgées ?

Ronald SCHOULLER

Le rapport de Myriam EL KHOMRI a mis en évidence les difficultés du secteur mais il a fallu la pandémie pour que les problématiques de santé des salariés et des résidents resurgissent. J'apprécie les expériences relatées par les intervenants précédents mais il importe de les resituer dans leur contexte, qu'il soit social ou financier. Il convient également de prendre en compte la taille des établissements. Il existe 7 500 EHPAD en France. Les plus grands disposent certes d'importants moyens mais la plupart sont de petites structures. Or celles-ci n'ont ni les moyens financiers ni les moyens humains nécessaires pour mettre en œuvre les bonnes pratiques qui viennent d'être exposées. J'aimerais beaucoup qu'elles puissent être transposées non seulement dans les EHPAD mais aussi dans d'autres établissements (résidences autonomie, unités de soins de longue durée, maisons de retraite, etc.) qui se heurtent peu ou prou aux mêmes problèmes.

En ce qui concerne l'autonomisation des salariés afin qu'ils puissent améliorer leurs conditions de travail, je ne peux qu'être d'accord. Que signifie le mot "autonomisation" ? Quelle autonomie donner aux salariés qui travaillent chez des particuliers ou dans de petites structures ? Je constate que, depuis le début des Débats, personne n'a parlé du médecin du travail, qui a un rôle majeur. De même, dans les

structures les plus importantes, il existe une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT). Les syndicats ont un rôle à jouer dans les instances représentatives du personnel pour appuyer la démarche de prévention. Je regrette que ces questions n'aient pas été évoquées. Je me félicite en revanche d'avoir entendu dire que les Carsat apportaient une aide technique et financière pour l'installation des équipements d'automatisation. N'oublions pas le rôle des Carsat dans la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Régis de CLOSETS

Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI, comment réagissez-vous à ces interventions ? En quoi font-elles écho à ce que vous savez du monde du bâtiment ? Ce matin, Myriam EL KHOMRI a indiqué avoir observé la situation dans le secteur du BTP où la culture de prévention s'est développée précocement.

Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI

Le secteur du BTP est en effet souvent comparé aux autres secteurs de main-d'œuvre. Pour les accidents du travail, l'indice de fréquence des structures de soins aux personnes âgées est actuellement le double de celui du BTP. Dans le bâtiment, la situation a longtemps été très mauvaise à cet égard. La sinistralité a diminué de 75 % depuis 1964. La comparaison entre les deux secteurs est difficile car le BTP est structuré depuis longtemps. L'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), qui a accompagné les entreprises dans leur démarche de prévention, a été créé en 1947. De plus, le personnel des deux secteurs n'est pas du tout le même : il est très masculin dans le bâtiment, ce qui n'est pas le cas dans le secteur de l'aide à la personne. Enfin, les risques n'évoluent pas parallèlement. Les TMS constituent certes un point commun aux deux secteurs, mais tel n'est pas le cas des RPS.

Depuis plusieurs années, l'OPPBTP évalue les impacts, en termes de prévention et de performance économique, des actions de prévention réalisées dans les entreprises du bâtiment et des travaux publics. Les résultats sont évidents : les actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail ont des impacts positifs sur la performance économique des entreprises.

La prévention est un métier à part entière. Il ne s'agit pas d'établir le document unique d'évaluation des risques professionnels (DU) et d'instaurer certaines structures une fois pour toutes. Il faut au contraire

remettre l'ouvrage sur le métier en permanence, ne serait-ce que parce que les pathologies évoluent. Il faut aussi sensibiliser la gouvernance et le personnel et l'entraîner. C'est par l'addition de la volonté de tous que l'on parvient à un résultat. En outre, la réponse doit être adaptée à chaque secteur et il faut, pour cela, être à l'écoute du personnel soignant. S'agissant de l'aide aux personnes âgées, il a été question de verticalité. Il est évident que cette question ne se pose pas dans le BTP.

Les entreprises ont l'obligation d'établir un DU. Ce n'est pas un document strictement administratif, comme certains l'ont cru. Il doit être rempli en prenant en compte tous les risques auxquels les salariés sont susceptibles d'être exposés. En bref, la prévention suppose que l'on se projette dans le futur car c'est une mission durable et évolutive. Les TMS représentent un risque évident aujourd'hui. Ils ne l'étaient pas il y a quelques années. Ils sont notamment liés à notre mode de vie. Les actions de prévention actuelles ne seront peut-être pas pertinentes à l'avenir. Il faut s'adapter sans cesse. Par ailleurs, l'innovation technologique est essentielle. Sans elle, la prévention rencontre certains obstacles. Je pense par exemple à l'emploi des exosquelettes dans le bâtiment.

Régis de CLOSETS

Le rapport EL KHOMRI regrette la prédominance de la tarification collective. Selon vous, serait-il judicieux de développer la tarification individuelle dans un secteur comme le soin à la personne de façon à améliorer la responsabilisation et la prévention ?

Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI

Ronald SCHOULLER et moi siégeons à la CAT/MP, qui est paritaire. Cette Commission est compétente en matière de réparation, de tarification et de prévention. Je qualifierais volontiers le paritarisme de la CAT/MP de "dynamique". En effet, elle négocie la Convention d'objectifs et de gestion (COG), qui récapitule les grandes orientations de la Branche. Elle est également leader dans les réformes relatives à la tarification ou aux procédures applicables en cas d'accident du travail. La CAT/MP ne se prononce pas sur des textes qui lui sont soumis. Elle exerce un rôle plus actif : elle négocie et travaille à partir de simulations demandées par exemple à la Direction des risques professionnels, sur la base d'expertises produites par EUROGIP, l'Irdes, etc. Lorsque la CAT/MP réfléchit à une réforme, elle évalue son impact et ses incidences dans le futur et s'efforce de trouver des points de convergence. La méthode de travail mise en œuvre

me semble importante si l'on veut comprendre le rôle de la Commission.

S'agissant de la tarification, ce sont avant tout les représentants des filières concernées qui sont sollicités pour présenter des propositions de modification. Loin d'être unique, le taux des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles reflète le taux de sinistralité de l'entreprise ou du secteur d'activité. Il existe trois tarifications : collective, mixte et individuelle. La tarification appliquée dépend du secteur et de l'effectif de l'entreprise considérée.

La tarification collective vaut pour les entreprises dont l'effectif est compris entre 1 et 19, la tarification mixte pour les entreprises dont l'effectif est compris entre 20 et 149 et la tarification individuelle pour les plus grandes. La tarification collective est commune à toutes les entreprises du secteur, tandis que le taux individuel reflète la seule sinistralité de l'entreprise. Le taux mixte associe la tarification collective et la sinistralité de l'entreprise, étant entendu que plus l'effectif est proche de 20, plus le taux est proche du taux collectif et inversement. Dans le bâtiment, le taux des cotisations peut varier entre 3 % et 18 %. On peut donc en conclure qu'il représente un levier important. Toutefois, il faut s'interroger sur l'opportunité de l'actionner. En effet, si la sinistralité est très importante dans un secteur, ce dernier risque d'être pénalisé par une augmentation du taux des cotisations car les structures ne pourront pas assumer le coût correspondant. Il faut donc plutôt commencer par dresser un bilan, réaliser des simulations et analyser les solutions possibles pour promouvoir la prévention et réduire la sinistralité.

Régis de CLOSETS

Autre problématique abordée par le rapport EL KHOMRI : les sept conventions collectives dans le secteur de l'aide aux personnes âgées. Peut-on concevoir des politiques publiques pérennes dans un tel contexte ?

Ronald SCHOULLER

C'est en effet une problématique majeure du secteur. Comment la CAT/MP peut-elle toucher sept fédérations, qui n'ont pas les mêmes structures, ne relèvent pas nécessairement de la même tarification et n'ont pas les mêmes moyens ? Rappelons que les cotisations AT/MP sont dues par les seuls employeurs, qui ont par conséquent un droit de regard sur l'utilisation des fonds. Idéalement, il faudrait que la totalité du secteur soit couverte par une seule convention collective. Nos interlocuteurs

seraient alors plus directement abordables et nous pourrions transmettre plus aisément le message de prévention. Dans certains secteurs, la Direction générale du travail (DGT) impose la fusion des conventions collectives alors même que les partenaires sociaux ne sont pas toujours d'accord pour le faire. La DGT n'impose rien pour le secteur qui nous intéresse aujourd'hui. Pourtant, si tous les salariés relevaient de la même convention collective, le turnover diminuerait car il serait possible de valoriser le travail et d'envisager des évolutions de carrière.

Régis de CLOSETS

Qu'attendez-vous de la prochaine COG pour faire progresser la culture de prévention dans le secteur des soins à la personne âgée ?

Ronald SCHOULLER

La dernière COG a été signée avec près d'une année de retard parce que nous demandions plus de moyens. Pour la prochaine, nous allons réclamer en premier lieu des moyens financiers et humains car les partenaires sociaux sont en mesure de faire le reste, c'est-à-dire concevoir des actions de prévention adaptées et trouver des consensus.

Ghislaine RIGOREAU-BELAYACHI

Il sera impossible que la prochaine COG ne traite pas ce secteur, qui représente l'une des priorités. Il est néanmoins permis de s'interroger sur les transferts financiers (un milliard d'euros actuellement) de la Branche AT/MP à la Branche maladie en contrepartie de la sous-déclaration. Ne serait-il pas opportun, voire indispensable, d'affecter ces fonds à la prévention, ne serait-ce que pour permettre aux professionnels du secteur d'avoir des perspectives d'évolution de carrière ? Une telle mesure soulagerait les employeurs.

CONCLUSION

Raphaël HAEFLINGER

Je formulerai quelques mots de remerciement pour conclure. Je tiens en premier lieu à remercier Régis de CLOSETS pour la qualité de son animation tout au long de cette journée, qui a été particulièrement riche en témoignages.

Près de 500 personnes ont participé aux Débats de ce jour. Nombre d'entre elles œuvrent quotidiennement auprès des personnes âgées dépendantes. Au nom des autres participants, des intervenants et de tous ceux qui ont œuvré à l'organisation de cette journée, je leur adresse un remerciement collectif pour leur engagement auprès des personnes vulnérables, en particulier pendant la crise sanitaire.

Je remercie également les intervenants, qu'il s'agisse des chercheurs, des personnels médicaux, des aides-soignants, des responsables des structures d'hébergement ou des acteurs politiques de la prévention et de l'assurance des risques professionnels. Merci à eux pour leurs précieux témoignages.

Je salue aussi nos collègues étrangers, qui nous ont fait bénéficier de leur expérience. Rappelons que l'analyse des règles et des pratiques des pays étrangers – souvent confrontés aux mêmes problèmes que nous – représente en quelque sorte la marque de fabrique des Débats. Elle nous aide à faire évoluer notre propre système.

Vous recevrez sous 48 heures un compte rendu succinct de la journée⁹. Les actes complets seront disponibles dans le délai d'un mois à un mois et demi. Nous allons par ailleurs mettre des *replays* en ligne¹⁰.

Je termine par un grand merci à Isabelle LELEU, responsable de l'information et de la communication à EUROGIP, qui a organisé ces Débats sous ce format inédit.

Je vous donne rendez-vous pour les prochains Débats, dont le thème sera défini par le Conseil d'administration d'EUROGIP et dont la configuration restera à déterminer.

⁹ <https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2021/03/Debats-Eurogip-2021-synthese-du-11mars.pdf>

¹⁰ https://www.youtube.com/playlist?list=PLYJ_hgSbeG27DxL6ObtXJFsyoJkPeVQog



Annexe

Présentation PPT de Emmanuelle CAMBOIS



Actes des Débats d'EUROGIP du 9/3/2021 "Prévenir les risques professionnels dans le secteur des soins aux personnes âgées" - Réf. EUROGIP-160/F

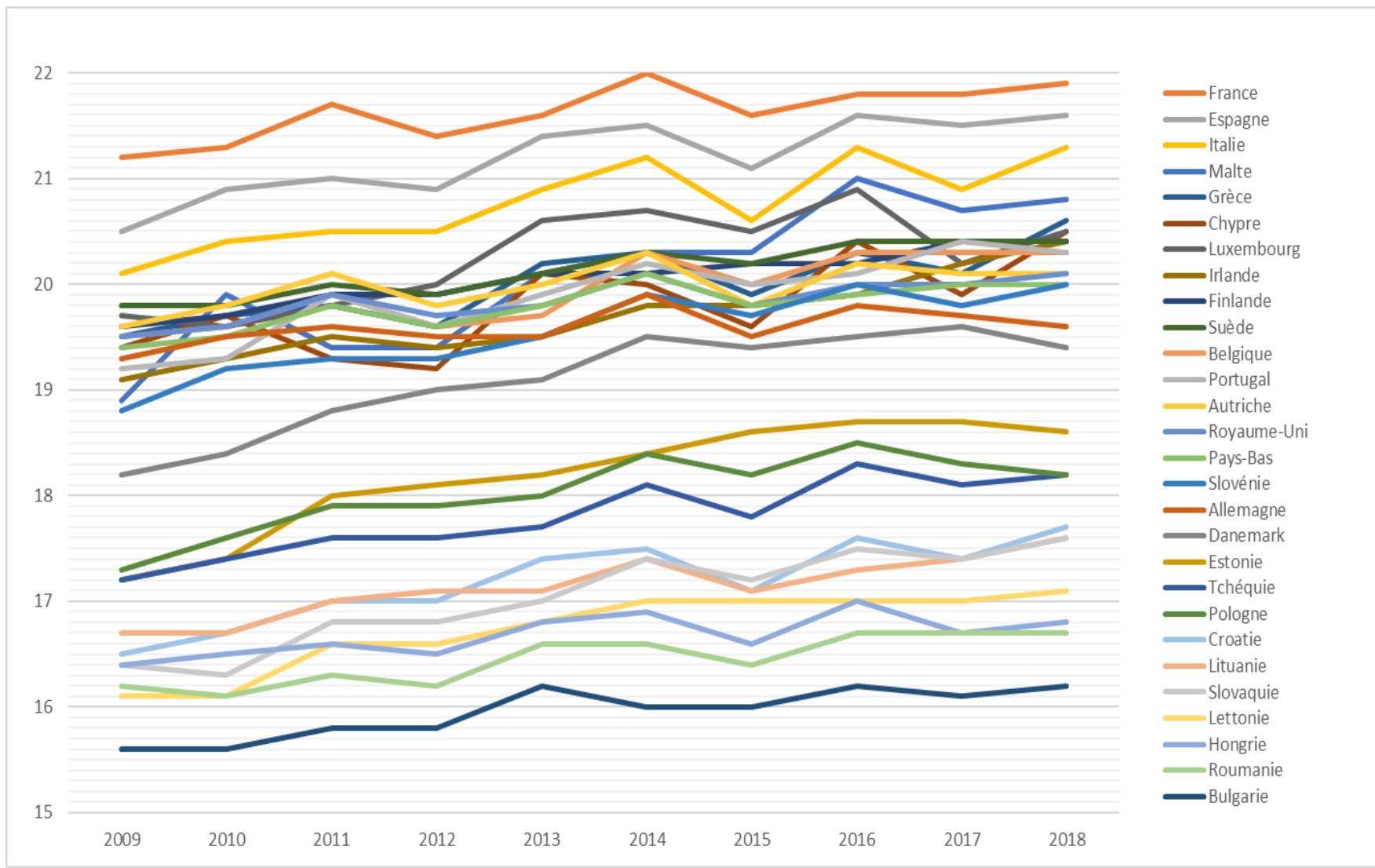


Vieillir en bonne santé :

Des enjeux liés aux métiers du grand-âge ?

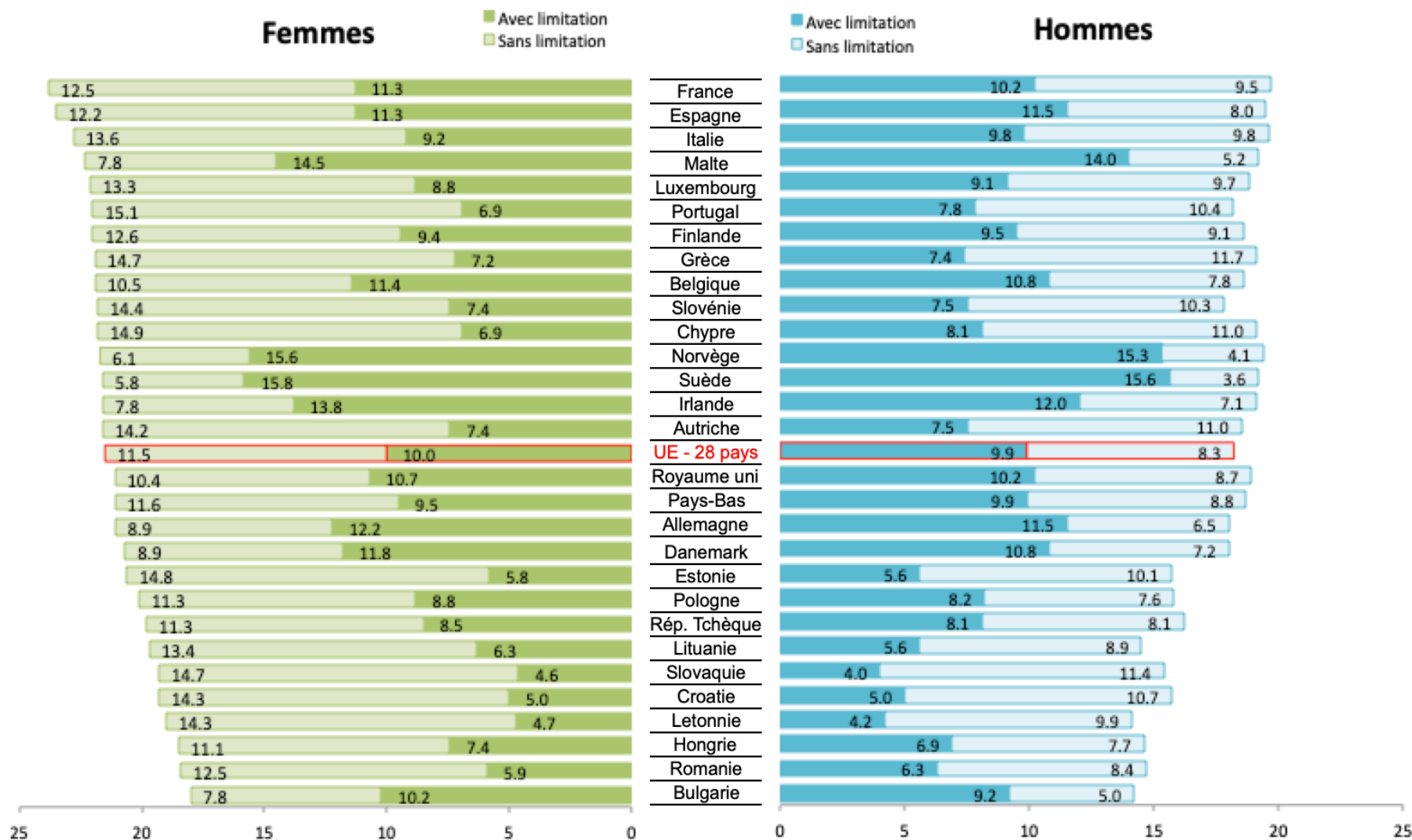
Emmanuelle Cambois
Directrice de recherche, INED
Directrice de l'ILVV

Une espérance⁴² de vie à 65 ans qui fluctue mais progresse encore



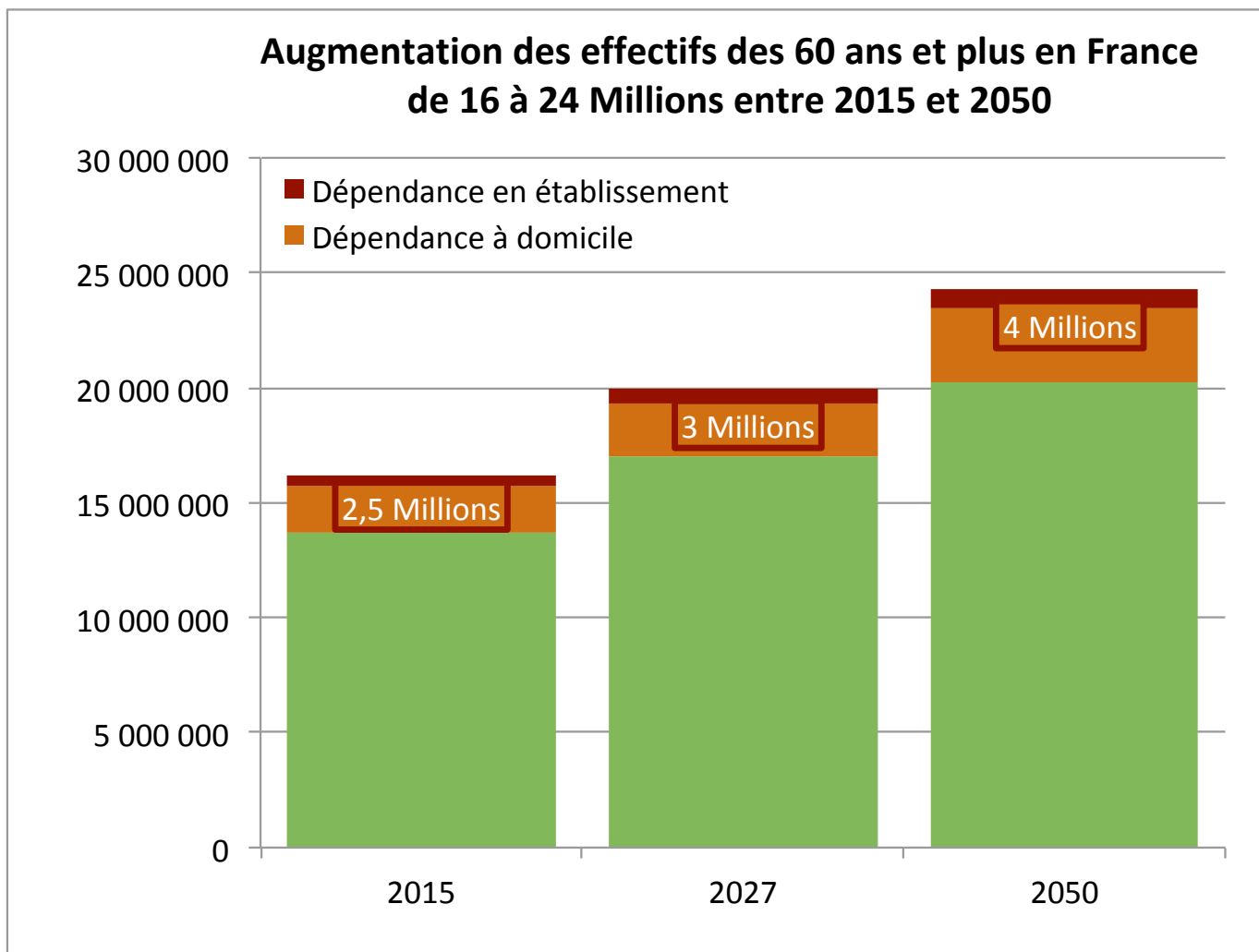
Une espérance⁴³ de vie à 65 ans qui fluctue mais progresse encore

avec des années de bonne et de mauvaise santé



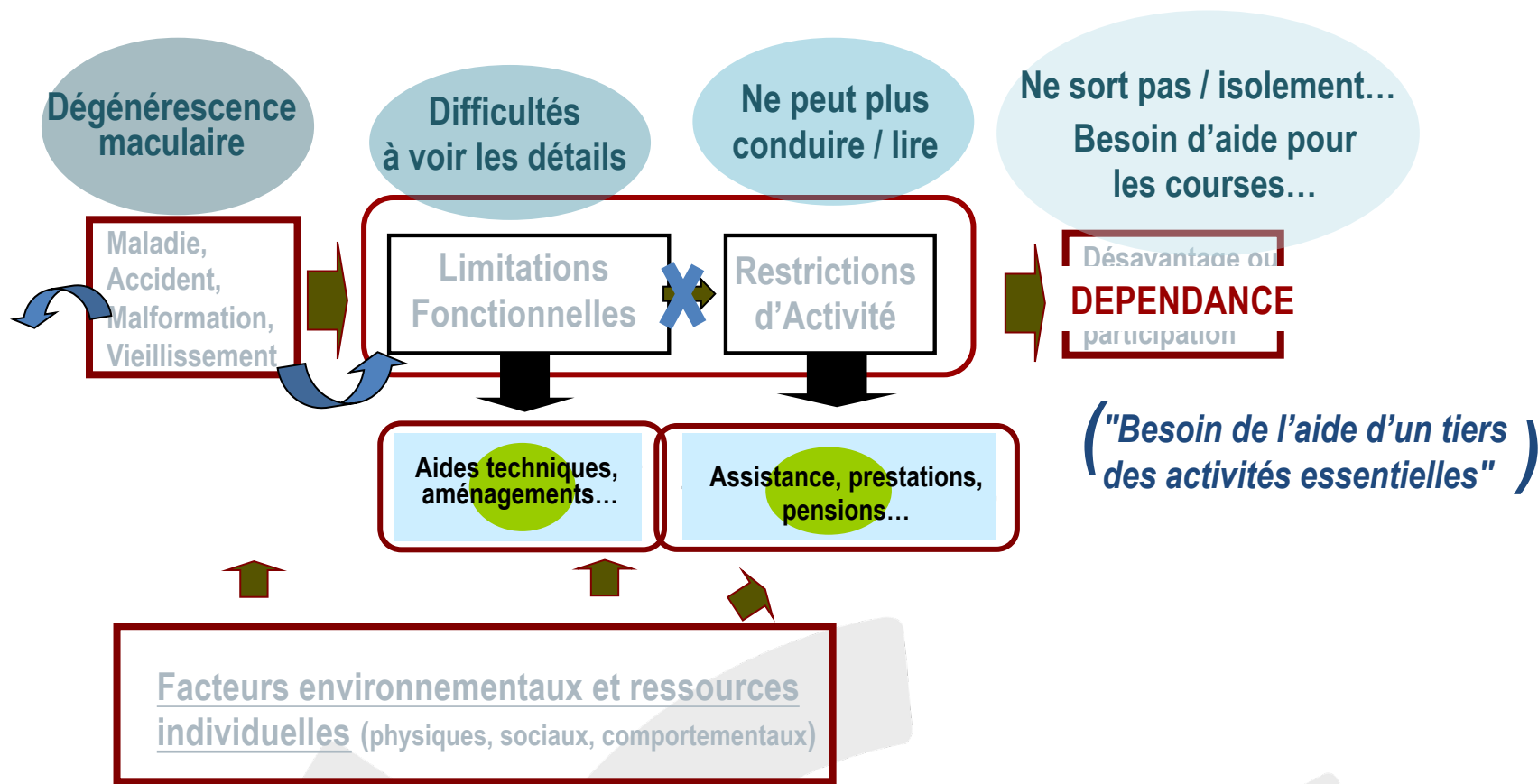
Une espérance⁴⁴ de vie à 65 ans qui fluctue mais progresse encore

Nombre de personnes dépendantes en augmentation



Mais qu'est-ce que la dépendance ?

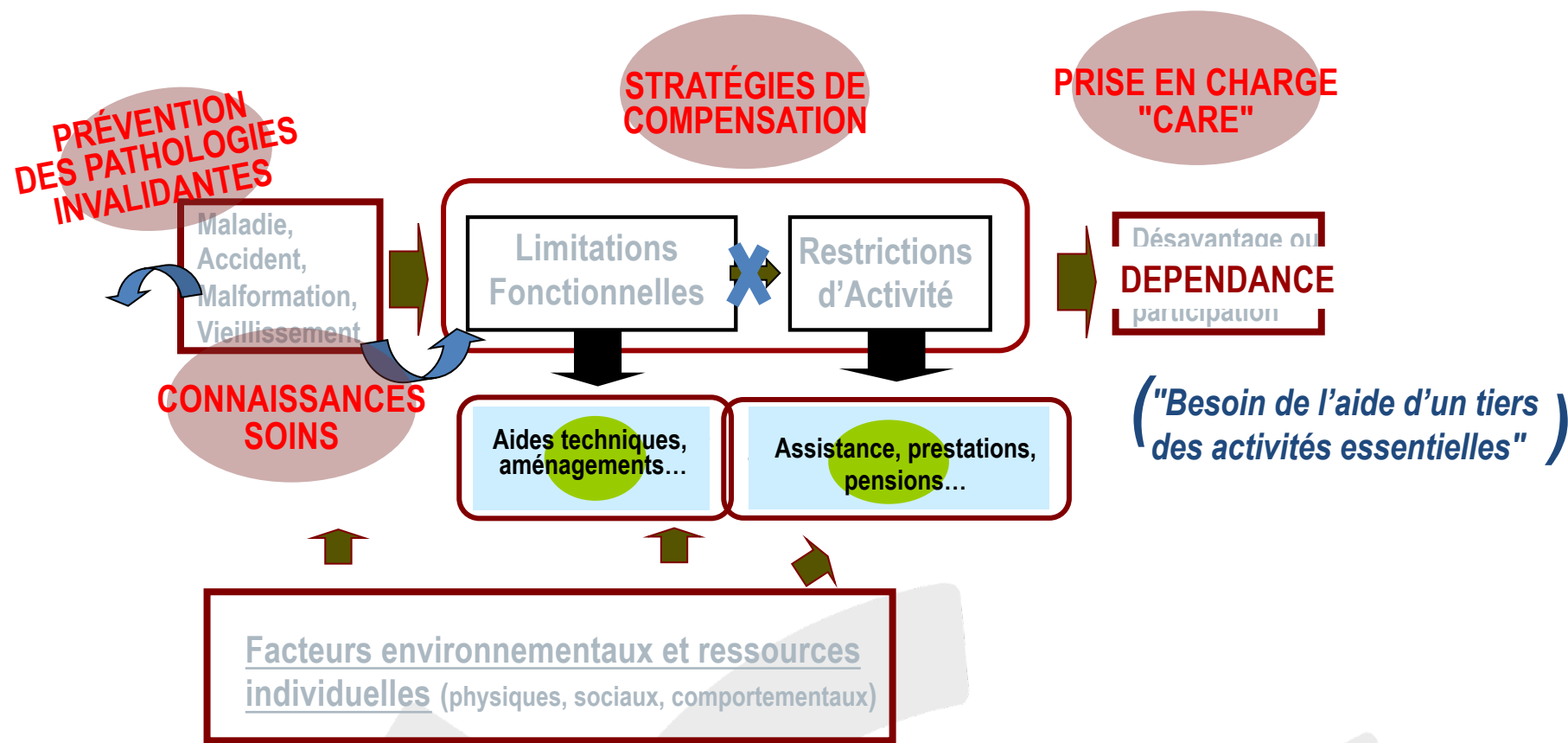
Le modèle de Wood, la classification du handicap (OMS)



Mais qu'est-ce que la dépendance ?

Le modèle de Wood, la classification du handicap (OMS)

➔ DIVERSES POSSIBILITÉS D'INTERVENTION DES MÉTIERS DU GRAND ÂGE

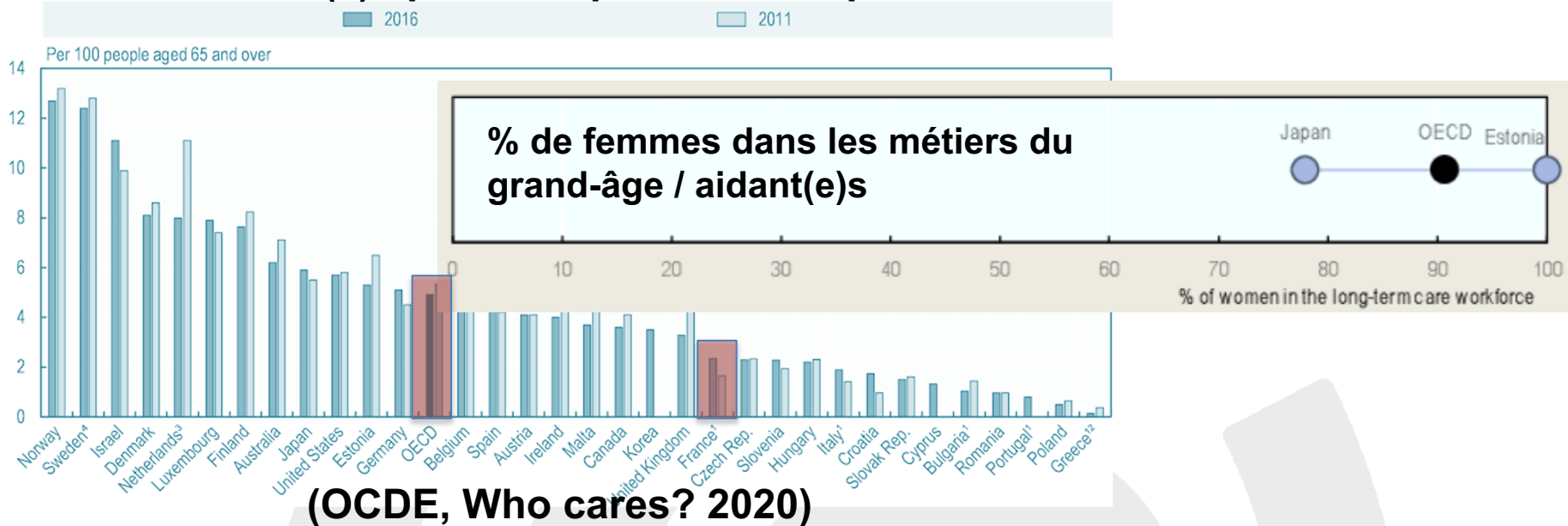


Vieillessement en bonne santé : Quels enjeux pour les métiers du grand-âge ?



**Plus de personnes avec des besoins
d'aide et d'assistance :**

**Un relativement faible nombre d'aidant(e)s formel(le)s
Nombre d'aidant(e)s pour 100 personne de plus de 65 ans**

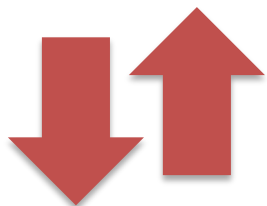


⁴⁸ Vieillesse en bonne santé : Quels enjeux pour les métiers du grand-âge ?



**Plus de personnes avec des besoins
d'aide et d'assistance :**

**Une tension entre besoins/ressources
dans les métiers du grand-âge**

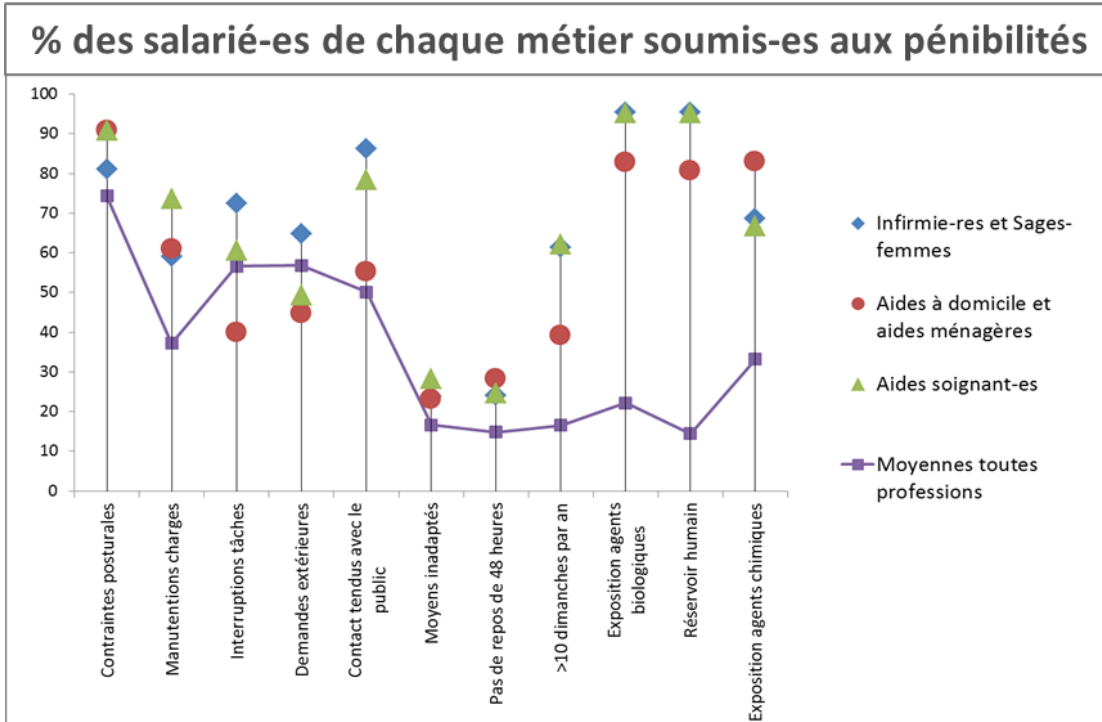


**Des conditions
de travail
peu attractives**



Qui pèsent sur la santé...

Des métiers (féminins) qui exposent à des risques pour la santé



Spécificité des métiers (féminins) du grand-âge

- ⇒ Interruptions
- ⇒ Contrats temporaires - TP
- ⇒ Moindres qualifications
- ⇒ Moindres promotions
- ⇒ Faibles rémunérations



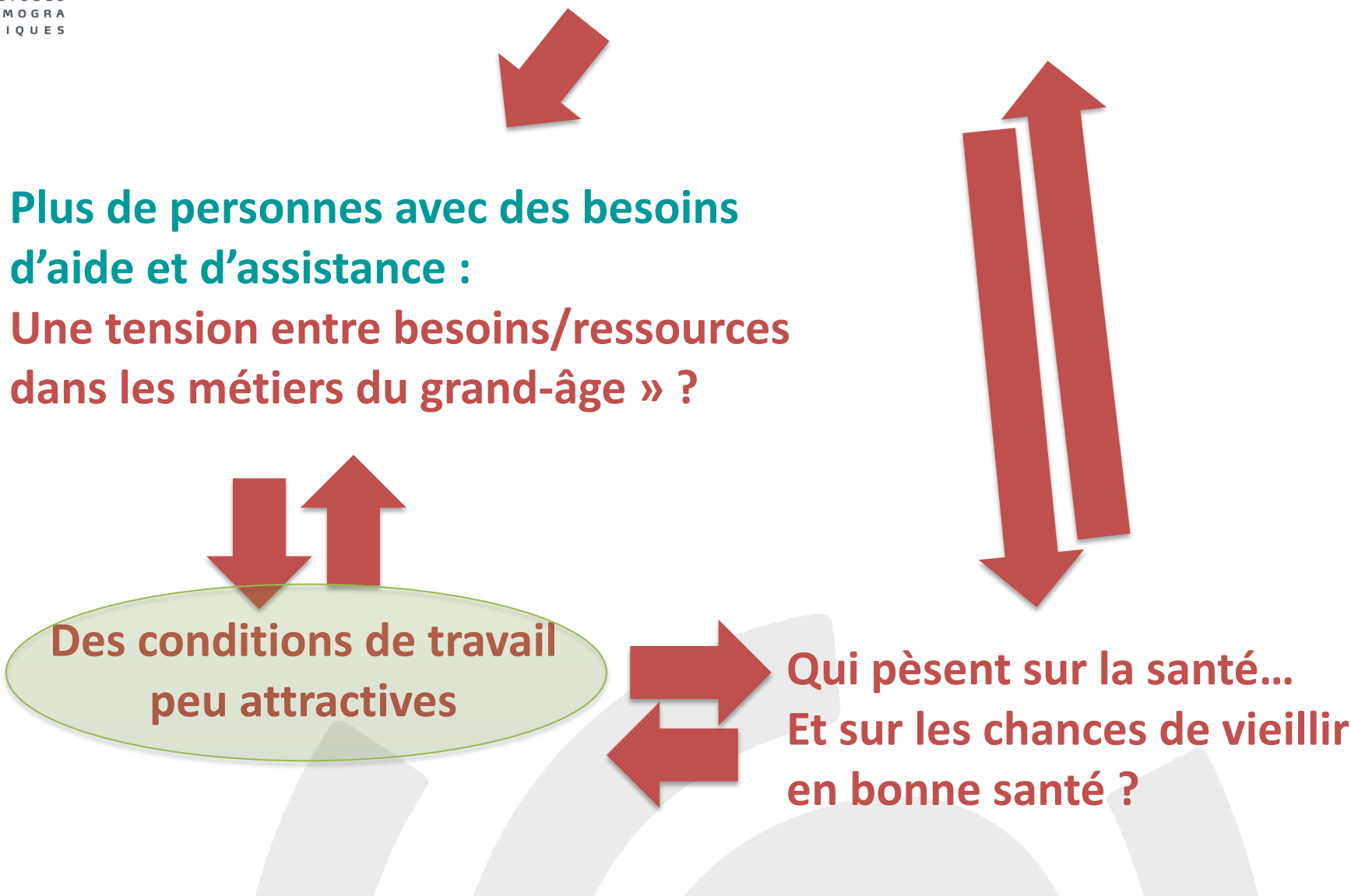
Risques de santé

D'après : Selma Amira. 2014. Les risques professionnels par métier Enquête Sumer 2010. Synthèse stat. DARES, n°5

Cambois. Des inégalités sociales de santé moins marquées chez les femmes que chez les hommes: une question de mesure ? RESP, 2016, 64, S75-S85

Vieillessement en bonne santé⁵⁰

Quels enjeux pour les métiers du grand-âge



**Plus de personnes avec des besoins
d'aide et d'assistance :**

**Une tension entre besoins/ressources
dans les métiers du grand-âge » ?**

**Des conditions de travail
peu attractives**

**Qui pèsent sur la santé...
Et sur les chances de vieillir
en bonne santé ?**



Prévenir les risques professionnels dans le secteur des soins aux personnes âgées

Actes des Débats d'EUROGIP (en ligne) du 9 mars 2021

EUROGIP - Paris

Avril 2021

Réf. EUROGIP - 160/F

ISBN 979-10-97358-28-0

Directeur de la publication : Raphaël Haeflinger

Relations presse : Isabelle Leleu

EUROGIP, groupement d'intérêt public créé en 1991 par l'Assurance Maladie-Risques professionnels, est un observatoire et un centre de ressources sur la prévention et l'assurance des risques professionnels en Europe

eurogip@eurogip.fr

