



# La santé au travail

## DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

# AIDE À DOMICILE ET HÉBERGEMENT MÉDICALISÉ

Face à des conditions de travail  
qui se dégradent, un secteur  
qui se mobilise pour la santé  
des salariés



PRÉFET  
DE LA RÉGION  
HAUTS-DE-FRANCE

**Direccte** Hauts-de-France

 **l'Assurance  
Maladie**  
RISQUES PROFESSIONNELS

VOTRE INTERLOCUTEUR EN RÉGION :

**Carsat** Retraite  
& Santé  
au travail  
Hauts-de-France

---

# SOMMAIRE

---

<b>SYNTHÈSE</b>	3
<b>CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE</b>	4
UN VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ENTRAINANT UN BESOIN IMPORTANT DE MAIN-D'ŒUVRE	4
UN SECTEUR DYNAMIQUE EMPLOYANT DES POPULATIONS FRAGILES	6
<b>RISQUES PROFESSIONNELS ET SANTÉ AU TRAVAIL</b>	10
UN NIVEAU DE RISQUES PROFESSIONNELS ÉLEVÉ ET EN HAUSSE	10
UN TAUX DE PRÉVALENCE SUPÉRIEUR DE MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL	14
DES CONTRAINTES PHYSIQUES ET ORGANISATIONNELLES FRÉQUENTES PARMI LES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES	16
UN TRAVAIL APPRÉCIÉ MAIS DES PLAINTES OSTÉOARTICULAIRES ET NEUROPSYCHIQUES SOUVENT DÉCLARÉES	18
<b>CONSÉQUENCES</b>	22
UN ABSENTÉISME CONJUGUÉ À DES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT	22
DES INAPTITUDES MÉDICALES AU POSTE FRÉQUENTES	26
<b>ACTIONS DE PRÉVENTION</b>	29
AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DANS LES SERVICES À DOMICILE	29
DÉVELOPPEMENT DE LA CULTURE DE PRÉVENTION DANS LES EHPAD	30
PRÉVENIR LE RISQUE ROUTIER DANS L'AIDE À DOMICILE	31
INTRODUCTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DANS LA DÉMARCHE QUALITÉ DE L'AIDE À DOMICILE	31
DÉMARCHE DE PRÉVENTION TMS PROS DÉCLINÉE DANS LES EHPAD	32
OFFRE DE FORMATION POUR L'AIDE À DOMICILE ET LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICALISÉS	32
AIDES FINANCIÈRES À DESTINATION DES DEUX SECTEURS	32
<b>POUR EN SAVOIR PLUS</b>	35

# SYNTHÈSE

## Des secteurs pourvoyeurs d'emplois...

Figurant parmi les secteurs les plus dynamiques de l'économie, l'aide à domicile et l'hébergement médicalisé sont des secteurs très féminisés, avec une moyenne d'âge plutôt élevée, un niveau de diplôme faible, de nombreux temps partiels et des problèmes de santé durables fréquents. Des plaintes ostéoarticulaires et neuropsychiques y sont souvent rapportées par les salariés<sup>1</sup>. Les créations d'emploi devraient se poursuivre dans ces secteurs, du fait du papy-boom et de l'allongement de l'espérance de vie.

## ... avec des risques professionnels fréquents...

L'aide à domicile et l'hébergement médicalisé sont des secteurs affichant un niveau de risque professionnel élevé, tant pour les accidents du travail que pour les maladies professionnelles. Ce constat se cumule à celui d'une dégradation de la sinistralité amenant ces secteurs à une situation atypique, les risques professionnels étant en diminution dans la majorité des autres secteurs d'activité. Les accidents ont le plus souvent lieu lors de manutentions manuelles, même si les accidents routiers et les chutes de hauteur sont des risques importants dans l'aide à domicile. Les maladies reconnues comme étant d'ordre professionnel sont presque exclusivement des troubles musculo-squelettiques. Les maladies à caractère professionnel signalées par les médecins du travail sont des affections de l'appareil locomoteur et des cas de souffrance psychique<sup>2</sup>.

## ... liés à des conditions de travail difficiles...

Le constat d'un niveau de risque élevé peut être expliqué par les fortes expositions des salariés aux contraintes physiques, notamment posturales et articulaires, cumulées à des difficultés organisationnelles souvent liées aux horaires atypiques et à l'urgence<sup>3</sup>. Même si le travail semble apprécié, les contraintes de travail déclarées par les salariés sont nombreuses<sup>4</sup> : le temps de travail est fragmenté, les horaires irréguliers/décalsés sont fréquents, la pression temporelle et l'intensité du travail élevées, les possibilités d'entraide moindres.

## ... et limitant la pérennité dans l'emploi et la durabilité des structures...

Conséquences des conditions de travail difficiles et des risques professionnels encourus, les arrêts de travail sont plus longs qu'en moyenne et leur durée ne cesse de s'allonger. Autre impact : des incapacités permanentes et des inaptitudes au poste plus fréquentes qu'en moyenne, en particulier dans l'aide à domicile. Le risque professionnel pèse ainsi dans la soutenabilité économique des structures et diminue l'attractivité des emplois ainsi que la qualité de l'accompagnement.

## ... ayant amené à définir des actions prioritaires.

Face à ces constats, les acteurs œuvrant pour la préservation de la santé au travail ont mis en place des mesures de prévention. Dans l'aide à domicile, les actions visent à développer la qualité de vie au travail et à adapter les organisations afin de permettre l'animation des démarches de prévention des risques. Dans l'hébergement médicalisé, la priorité a été donnée à la prévention des troubles musculo-squelettiques et au développement de la culture de prévention. Les deux secteurs bénéficient d'aides financières pour l'achat d'équipements ainsi que pour des prestations de formations.

### Champ de l'étude

L'étude concerne les secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé, soit les salariés des établissements des codes NAF suivants, toutes professions confondues :

- 8710A Hébergement médicalisé pour personnes âgées.
- 8710B Hébergement médicalisé pour enfants handicapés.
- 8710C Hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autre hébergement médicalisé.
- 8810A Aide à domicile.

<sup>1</sup> Selon l'Observatoire Evrest.

<sup>2</sup> Selon les résultats nationaux de l'enquête MCP.

<sup>3</sup> Selon les résultats de l'enquête Sumer 2010.

<sup>4</sup> Selon l'Observatoire Evrest.

# CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

## Un vieillissement de la population entraînant un besoin important de main-d'œuvre

En lien avec le papy-boom et l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes dépendantes est de plus en plus important, que leur dépendance soit liée à leur âge ou à un handicap. La hausse de l'activité féminine impacte la disponibilité des aidants familiaux, ceux-ci étant traditionnellement féminins. Le secteur économique de l'aide et du soin aux personnes dépendantes doit ainsi pouvoir répondre à des besoins croissants de la société.

### En Hauts-de-France, plus d'un million de personnes est âgé de 65 ans et plus dont 3 sur 10 ont 80 ans et plus

En 2016, les seniors de 65 ans et plus représentent 16,9 % de la population des Hauts-de-France<sup>5</sup> (19,2 % en France métropolitaine), soit 1 014 450 personnes. Parmi celles-ci, trois sur dix ont 80 ans ou plus (30,2 % ; 31,5 % en France), ce qui représente 306 410 personnes. Cette population est en majorité féminine : 58,8 % chez les 65 ans et plus ; 67,5 % chez les 80 ans et plus.

Par ailleurs, tous âges confondus, le nombre de personnes en situation de handicap augmente, en lien avec la hausse du nombre de personnes âgées mais également avec la montée en charge des pathologies chroniques (par ex. la maladie d'Alzheimer).

### Des espérances de vie à 65 ans plus faibles dans les Hauts-de-France qu'au niveau national

Dans les Hauts-de-France sur la période 2009-2015, les hommes de 65 ans vivent en moyenne 17,5 ans et les femmes, 21,8 ans. Ces espérances de vie à 65 ans sont plus faibles qu'au niveau national (1,6 an d'écart pour les hommes et 1,4 an pour les femmes).

Entre 1979-1985 et 2009-2015, l'espérance de vie des personnes de 65 ans a augmenté de 4,6 ans pour les femmes et les hommes des Hauts-de-France (contre 4,8 ans et 4,9 ans en France)<sup>6</sup>.

### À l'horizon 2050, le quart de la population régionale aura 65 ans ou plus

Les projections de population en 2050 montrent que, malgré la décroissance du nombre de baby-boomers<sup>7</sup>, la part des 65 ans ou plus serait la seule à augmenter. Leur part atteindrait 25,0 % en 2050 en région, ce qui représenterait 1,6 million de personnes. La part des 80 ans ou plus atteindrait 9,7 %, soit plus de 350 000 personnes<sup>8</sup>.

### L'espérance de vie en bonne santé augmente

Si les personnes âgées vivent de plus en plus longtemps, elles vivent aussi en meilleure santé. Ainsi, la part des 65 ans et plus déclarant un mauvais état de santé a reculé, passant de 22 % en 2008 à 14 % en 2015 en France<sup>9</sup>. L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans s'établit à 10,5 ans pour les femmes (soit 75,5 ans) et 9,4 ans pour les hommes (soit 74,4 ans). Liée à l'amélioration des thérapies et des soins dont elles bénéficient, l'espérance de vie des personnes en situation de handicap progresse par ailleurs de façon nettement majorée par rapport à celle de l'ensemble de la population.

### Les trois-quarts des seniors vivant seuls à domicile sont des femmes

Les nouvelles technologies (télésurveillance, domotique) permettent de mieux sécuriser la vie à domicile des personnes âgées ou handicapées qui ainsi vivent de plus en plus fréquemment chez elles. Une très grande majorité des 65 ans ou plus habite en logement ordinaire, à leur domicile, soit 95,0 %. Les personnes de 80 ans et plus sont encore très nombreuses à vivre à leur domicile (87,5 %), seulement 12,3 % vivent en hébergements médicalisés ou non.

Parmi les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile, les personnes seules constituent le tiers des ménages (32,0 %)<sup>10</sup>. Parmi ces personnes seules, les trois quarts sont des femmes (76,3 %), 8 sur 10 ont 80 ans et plus (81,4 %).

<sup>5</sup> Source : Insee, Recensement de la population 2016, exploitation principale.

<sup>6</sup> Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation OR2S.

<sup>7</sup> On considère généralement comme baby boomer une personne née entre 1946 et 1964. Les derniers, nés en 1964, atteindraient donc 86 ans en 2050.

<sup>8</sup> Source : Insee, Omphale 2017.

<sup>9</sup> Source : « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », Les dossiers de la Drees, n° 13, Drees, mars 2017.

<sup>10</sup> Ménage : ensemble des occupants d'un même logement (de même famille ou non). Un ménage peut être composé d'une seule personne.

## Répartition de la population des 65 ans ou plus par type d'habitation

Région Hauts-de-France	Logement ordinaire	Service de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale	Autres
<b>65 ou plus</b>	95,0	4,8	0,1
<b>80 ans ou plus</b>	87,5	12,3	0,1

Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2016

## 85 ans et 9 mois est l'âge moyen d'un résident à l'entrée en EHPAD en France<sup>11</sup>

Source : Drees, 2015, enquête EHPA.

## Une perte d'autonomie chez les seniors plus fréquente qu'au niveau national

La région Hauts-de-France présente en moyenne un taux de prévalence plus élevé qu'en France pour la perte d'autonomie des seniors âgés de 60 ans et plus vivant à domicile. À l'exception de l'Oise, les départements de la région affichent des taux supérieurs à la moyenne française<sup>12</sup> qui est de 15,3 % en 2015 (voir tableau). Le niveau de perte d'autonomie est lié à la structure économique du département. Les départements où la perte d'autonomie à domicile est élevée sont aussi des départements présentant un taux de chômage et de pauvreté élevés (Pas-de-Calais, Aisne). Une perte d'autonomie élevée à domicile est corrélée également à un faible taux d'équipement en places en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

### Part des seniors âgés de 60 ans ou plus vivant à domicile et en perte d'autonomie (2015)

Département	Perte d'autonomie
Aisne	17,9
Nord	17,3
Oise	13,5
Pas-de-Calais	18,8
Somme	16,1

## L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans en France.

Source : Enquête VQS 2014, Drees

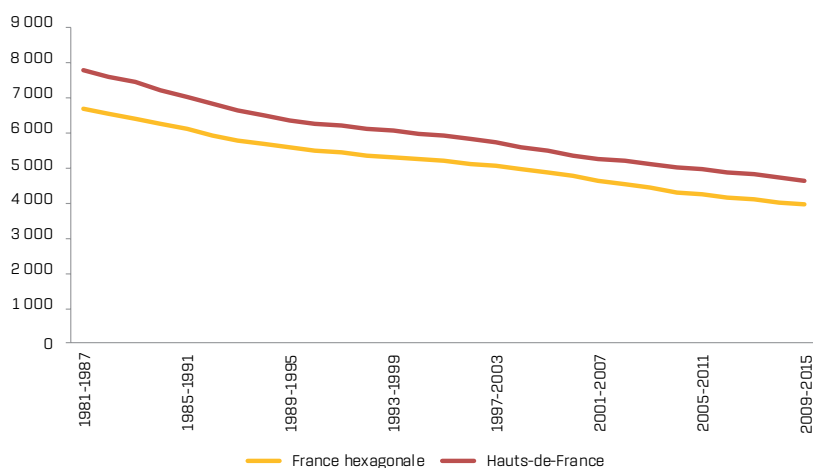
Sources : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014.

## Des pathologies lourdes sur-représentées en région

Avec un peu plus de 40 000 décès en moyenne annuelle sur la période 2009-2015, les Hauts-de-France présentent un taux de mortalité chez les 65 ans et plus significativement supérieur à celui observé au niveau national : respectivement 4 660,6 pour 100 000 habitants contre 3 983,9.

Globalement, la mortalité générale des 65 ans et plus est en baisse constante en France et en région.

### Évolution du taux standardisé\* de mortalité chez les 65 ans et plus, entre 1981-1987 et 2009-2015 (pour 100 000 habitants)



\* Sur l'âge à partir de la population de France métropolitaine au RP 2015 (pour 100 000 habitants), Cim 9. Données lissées sur sept ans.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

<sup>11</sup> Ehpads : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>12</sup> Source : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014. Champ : France entière hors Mayotte.



Nécessitant une prise en charge spécifique, les pathologies lourdes concernent plus souvent les habitants des Hauts-de-France, engendrant une surmortalité régionale liée à ces maladies :

- Sur la période 2009-2015, quelque 10 170 décès liés à un cancer ont été dénombrés en moyenne annuelle chez les 65 ans et plus des Hauts-de-France. Cela représente un taux de mortalité par cancers de 1 106,3 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus dans les Hauts-de-France contre 978,2 au niveau national en 2009-2015, soit une surmortalité régionale de l'ordre de 13 %.
- Les maladies de l'appareil circulatoire ont engendré 11 600 décès en moyenne par an chez les 65 ans et plus des Hauts-de-France en 2009-2015, soit un taux de mortalité de 1 341,8 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus. Ce taux représente une surmortalité de 16 % par rapport au niveau national (1 152,8 pour 100 000).
- La maladie d'Alzheimer est la cause de 2 800 décès par an de personnes de 60 ans et plus dans les Hauts-de-France en 2009-2015. Ceci constitue un taux standardisé de mortalité de 249,4 pour 100 000 personnes de 60 ans et plus dans la région, contre 199,9 en France métropolitaine (soit une surmortalité régionale de 25 %).
- La maladie de Parkinson a engendré 900 décès par an de personnes de 60 ans et plus dans les Hauts-de-France en 2009-2015, soit un taux standardisé de mortalité de 75,4 pour 100 000 personnes de 60 ans et plus (62,2 en France métropolitaine). La région présente une surmortalité de 21 % par rapport au niveau national.

## Un secteur dynamique employant des populations fragiles

L'aide à domicile et l'hébergement médicalisé font partie des secteurs les plus dynamiques de l'économie. Les salariés intervenant à domicile sont principalement des femmes (9 sur 10) ; près d'une sur deux a 50 ans et plus. Elles sont peu diplômées, très souvent à temps partiel et trois sur dix présentent un problème de santé durable. Dans l'hébergement médicalisé, les salariés sont aussi nombreux dans les établissements accueillant des personnes âgées que dans ceux destinés aux personnes handicapées. Dans ce secteur, la majorité des salariés occupe une profession du paramédical ou du domaine éducatif, pédagogique et social.

### L'aide à domicile et l'hébergement médicalisé, deux secteurs économiques dynamiques

L'aide à domicile et l'hébergement médicalisé emploient en 2018 près de 42 500 salariés en région Hauts-de-France, soit 3 % de l'emploi du régime général. Ils sont répartis dans les 4 secteurs d'activité suivant :

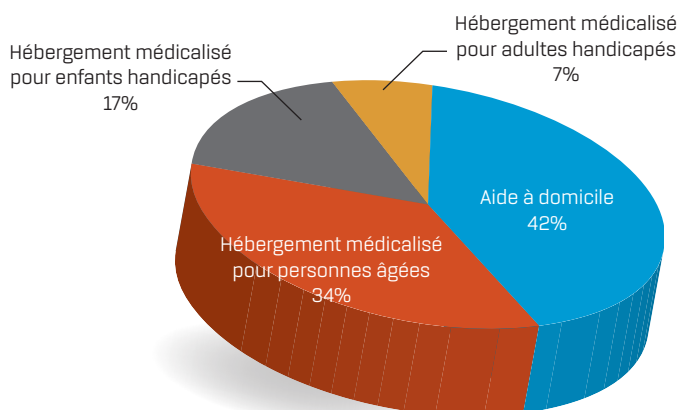
- 42 % dans les activités d'aide à domicile ;
- 34 % dans l'hébergement médicalisé pour personnes âgées ;
- 24 % dans l'hébergement médicalisé pour personnes handicapées (17 % pour les établissements accueillant des enfants et 7 % pour ceux accueillant des adultes).

Sur la période 2011-2018, de nombreuses créations d'emploi sont enregistrées dans ces secteurs avec une hausse de 14 % des effectifs salariés, cette dynamique étant très marquée dans :

- l'aide à domicile avec plus de 3 100 salariés supplémentaires en 7 ans, soit 22 % d'augmentation ;
- et l'hébergement médicalisé pour personnes âgées avec 1 300 salariés supplémentaires, soit une hausse de 10 %.

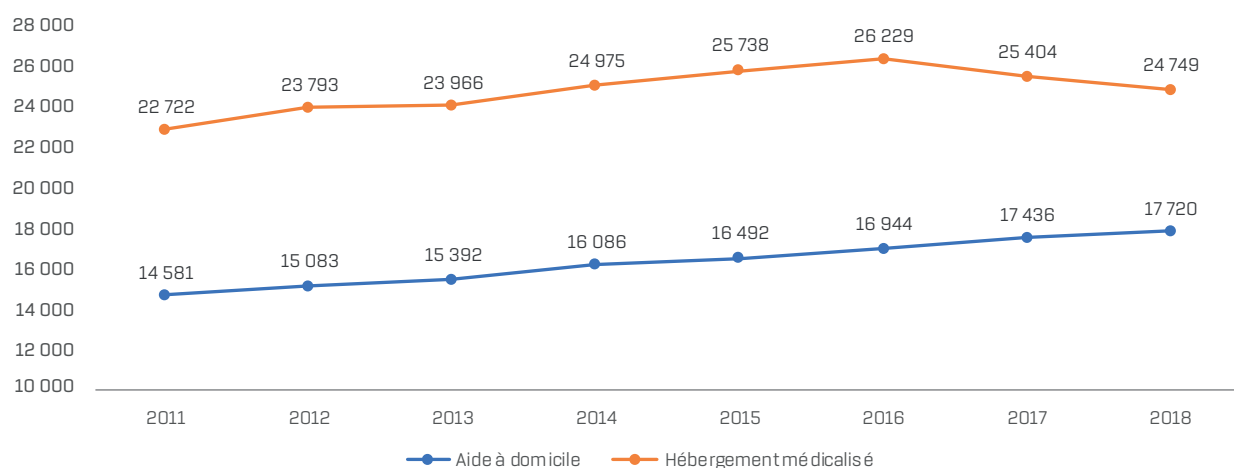
### Répartition des effectifs salariés entre aide à domicile et hébergement médicalisé

Données du régime général, région Hauts-de-France, année 2018



Source : Carsat Hauts-de-France, données 2018.

## Effectifs salariés du régime général - Aide à domicile et hébergement médicalisé - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

### L'aide à domicile chez les travailleurs indépendants

Au 30 juin 2019, on dénombre près de 200 assurés ayant une activité d'aide à domicile affiliés à la Sécurité Sociale des Indépendants dans les Hauts-de-France. Ces assurés sont essentiellement des micro-entrepreneurs. Seuls 65 % d'entre eux ont déclaré un chiffre d'affaires en 2018 et un peu plus d'un tiers ont moins de deux années d'affiliation. Par ailleurs, la nature de l'activité n'est pas précise et peut varier dans le temps.

### Les salariés de l'aide à domicile : des femmes peu diplômées et souvent à temps partiel

L'aide à domicile à destination des personnes dépendantes, âgées ou handicapées, fait partie du secteur des services à la personne (SAP). En région, la majorité des SAP propose une assistance à ces personnes qui représente en moyenne 43 % des heures d'intervention<sup>13</sup>. Ces organismes fonctionnent en mode direct, prestataire, mandataire ou les deux (*voir encadré*). Les SAP fonctionnent en grande majorité en mode prestataire (81,8 %).

Les salariés des SAP sont en grande majorité des femmes : 87 % contre 50 % pour l'ensemble des salariés en France métropolitaine<sup>14</sup>. Selon une enquête régionale sur les entrées en SAP en 2015, la part des femmes intervenant auprès des personnes dépendantes atteint même 98 % en Hauts-de-France<sup>15</sup>.

Les salariés des SAP sont plus âgés : l'âge moyen est de 46 ans (41 ans pour l'ensemble des salariés). 47 % ont 50 ans et plus en France (contre 29 % pour l'ensemble). Cette part est plus faible dans l'enquête régionale : 29 % des salariés des SAP et 33 % des salariés intervenant auprès des personnes dépendantes ont 50 ans et plus.

Ils sont nettement moins diplômés que l'ensemble des salariés : 48 % (en mode direct) et 37 % (en mode prestataire) sont sans diplôme contre 17 %. Les salariés intervenant auprès de personnes dépendantes sont plus nombreux à posséder un diplôme. Le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale est le diplôme le plus souvent préparé.

Les salariés des SAP sont plus souvent à temps partiel : 53 % contre 42 % pour l'ensemble des salariés, avec des horaires variables plus fréquents dans le mode prestataire (33 %) comparés au mode direct (18 %). Près de trois salariés des SAP sur dix déclarent avoir un problème de santé durable contre deux sur dix pour l'ensemble des salariés.

L'enquête régionale fait apparaître, par ailleurs, une part importante de salariés multi-employeurs intervenant auprès des personnes dépendantes, travaillant à la fois pour un ou des particuliers et pour d'autres types de structure dans les SAP (69 %).

L'activité des salariés d'organismes prestataires est moins prévisible car elle dépend de l'activité quotidienne de leurs employeurs (directs comme indirects). C'est particulièrement le cas des salariés travaillant dans l'assistance aux personnes âgées ou handicapées.

Les salariés des SAP connaissent plus souvent des problèmes de santé ou des situations de handicap ou d'invalidité, et ce notamment chez les plus jeunes.

<sup>13</sup> Les SAP interviennent également auprès d'autres catégories de particuliers (services à la famille et services à la vie quotidienne). Source : Enquête C2RP-Groupe ENEIS. Diagnostic régional des services à la personne et recommandations. Septembre 2018.

<sup>14</sup> Source : Insee, enquêtes Emploi 2014-2016, moyennes glissantes sur trois ans.

<sup>15</sup> Source : Enquête C2RP-IRCEM. Les nouveaux salariés des Services à la Personne en Hauts-de-France. Juin 2018. Champ : répondants de l'enquête entrés dans les SAP en 2015 chez un particulier employeur en Hauts-de-France.

## Caractéristiques sociodémographiques des salariés en 2015 dans les services à la personne

Part des salariés selon les diverses caractéristiques dans le total (%)	Direct	Prestataire	SAP	Ensemble de l'économie
Femme	89,2	85,1	87,3	50,1
Age moyen (en année)	48,0	43,0	46,0	41,0
Moins de 30 ans	9,9	18,8	14,1	18,9
50 ans ou plus	54,4	38,2	46,6	29,0
Sans diplôme ou ayant le brevet des collèges	47,9	37,2	-	16,6
Horaires variables	17,9	33,1	25,3	23,3
À temps partiel n'ayant pas pu trouver d'emploi à temps plein	50,6	56,9	53,4	42,2
Mauvais ou très mauvais état de santé	6,3	5,8	6,0	3,0
Problème de santé durable	28,9	28,3	28,6	19,9
Handicap ou perte d'autonomie	4,8	7,1	5,9	3,6

Champ : France métropolitaine, salariés.

Source : Insee, enquêtes Emploi 2014-2016, moyennes glissantes sur trois ans.

## En région, le tiers des salariés intervenant auprès de personnes dépendantes à domicile a 50 ans et plus

Source : Enquête C2RP-IRCEM. Les nouveaux salariés des Services à la Personne en Hauts-de-France. Juin 2018.

### Les modes de fonctionnement des organismes d'aide à domicile

Le recours à l'aide à domicile peut s'effectuer par voie directe, mandataire ou prestataire.

**Mode direct et mandataire** : le particulier est l'employeur du salarié et lui verse un salaire en contrepartie du service rendu. Les formalités administratives sont assurées et facturées par un organisme en cas de recours à un mandataire.

**Mode prestataire** : le particulier est le client de l'organisme prestataire qui facture la prestation réalisée par l'intervenant au domicile. Cela concerne des organismes, privés ou publics (y compris les entreprises d'insertion assurant ce type de service), les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), ainsi que les établissements publics d'hébergement lorsqu'ils assurent l'assistance au domicile des personnes âgées ou handicapées.

En mode mandataire, pour exercer auprès des enfants de moins de 3 ans, de moins de 18 ans handicapés et des personnes âgées ou handicapées, l'organisme doit obligatoirement obtenir un **agrément délivré par l'État (Direccte)**. En mode prestataire, l'organisme doit obtenir l'agrément de l'État pour les enfants de moins de 3 ans et de moins de 18 ans handicapés. Depuis l'entrée en vigueur de la **loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015** relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), les activités exercées auprès des personnes âgées et des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques relèvent du **régime de l'autorisation délivrée par les conseils départementaux**.

### Plus de la moitié des salariés des établissements médico-sociaux occupent des professions du paramédical ou du domaine éducatif, pédagogique et social

En 2014-2015 dans la région Hauts-de-France, 55 437 salariés travaillent dans un établissement médico-social public ou privé, ce qui représente 45 081 ETP. Les effectifs se répartissent de façon égale entre le monde du handicap et le soin aux personnes âgées. Parmi ces salariés, 82 % sont en CDI.

Plus de 8 salariés sur 10 se concentrent dans 3 familles de professions :

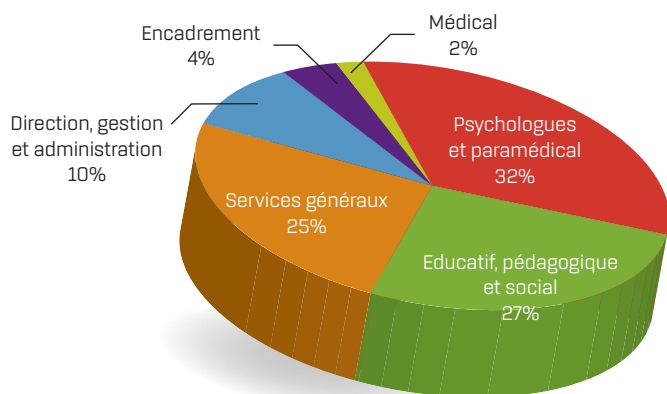
- la catégorie qui comporte les psychologues et le personnel paramédical est la plus importante avec 17 462 personnes, avec un taux moyen de CDI à 82 %.
- le personnel éducatif, pédagogique et social, où se trouvent les enseignants, les éducateurs, les assistants sociaux et les aides médico-psychologiques par exemple, est la 2<sup>e</sup> catégorie en terme de population et est composée de 15 064 personnes, 88 % étant en CDI.



- le personnel des services généraux (ouvriers, agents de service) représente 14 147 personnes soit la 3<sup>e</sup> catégorie de personnels en nombre. Ici, une précarité est davantage marquée, avec le taux de CDD le plus élevé de toutes les catégories (72 % en CDI seulement).

Le personnel de direction, de gestion et d'administration représente 5 332 personnes pour 3 406 ETP, dont 91 % en CDI. Le personnel d'encadrement comprend 2 040 personnes avec un taux de CDI le plus élevé des catégories (95 %). Enfin, le personnel médical représente 1 115 personnes pour seulement 324 ETP : en effet, les médecins cumulent souvent plusieurs postes, salariés et/ou libéraux. On notera que le personnel de direction et le personnel médical sont les deux catégories où le cumul de fonctions est le plus fréquent, avec un poste salarié en établissement et du travail en libéral.

### Professions dans les établissements du médico-social - Région Hauts-de-France



Source : enquête « ES handicap » et enquête EHPA. Traitements ARS Hauts-de-France.

### Deux enquêtes diligentées par le ministère de la santé pour mieux connaître le monde médico-social

L'enquête « ES handicap » s'intéresse à l'activité des établissements et services pour personnes handicapées, au personnel en fonction, au profil des personnes présentes dans ces structures au moment de l'enquête, ainsi qu'à celui des personnes sorties de ces structures au cours de l'année précédant l'enquête. On distingue les structures pour enfants et adolescents d'une part, et celles pour adultes d'autre part.

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) recueille quant à elle des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle apporte ainsi de nombreux éléments d'analyse sur les caractéristiques et les moyens de ces établissements, de leurs personnels et de leurs résidents (effectifs et qualifications des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.), et comporte des questions sur le bâti (confort, accessibilité, sécurité).

Ces informations constituent un outil d'aide à la planification des places dans les structures médico-sociales (par l'État, les collectivités locales, les structures gestionnaires, etc.) en décrivant, au moins quantitativement, les moyens mis en œuvre et les besoins couverts par ce système de prise en charge.

Les données concernent donc l'activité des structures (nombre de places, jours d'ouverture, mode d'accueil, ...), le profil du personnel en fonction (année de naissance, fonction principale exercée, équivalent temps plein, ...), les patients présents et ceux sortis définitivement dans l'année (âge et sexe, la pathologie, incapacités, année d'entrée dans la structure, ...).

La Drees (ministère de la santé) pilote les enquêtes au niveau national, tandis que, depuis l'enquête 2010, les services statistiques des Agences Régionales de Santé (ARS) suivent la remontée des questionnaires et assurent les premiers contrôles et redressements.

Lorsque les données de l'enquête ont été expertisées et validées par la Drees et les services statistiques des ARS, les résultats de cadrage sont publiés dans les collections Études et Résultats et Dossiers de la Drees. Ils sont ensuite mis à disposition sous forme de tableaux.

Ici, ce sont les données du volet « personnel en fonction » qui sont présentées.

# RISQUES PROFESSIONNELS ET SANTÉ AU TRAVAIL

## Un niveau de risques professionnels élevé et en hausse

L'aide à domicile et l'hébergement médicalisé figurent parmi les secteurs où les accidents du travail et les maladies professionnelles sont les plus fréquents. Les accidents ont le plus souvent lieu lors de manutentions manuelles, mais le risque routier et les chutes de hauteur sont des risques importants dans l'aide à domicile alors que les agressions sont fréquentes dans l'hébergement médicalisé pour adultes et enfants handicapés. Les maladies professionnelles sont presque exclusivement des troubles musculo-squelettiques ; elles se situent le plus souvent au niveau du poignet, de la main et des doigts.

### Des accidents du travail parmi les plus fréquents et en hausse constante

En 2018, ce sont plus de 4 700 accidents du travail qui ont donné lieu à une première indemnisation (arrêt de travail et/ou versement d'une rente) pour les salariés de l'aide à domicile et l'hébergement médicalisé.

Rapporté à l'effectif salarié, cela équivaut à 111 cas pour 1 000 salariés, soit une fréquence d'accidents presque trois fois supérieure à la moyenne.

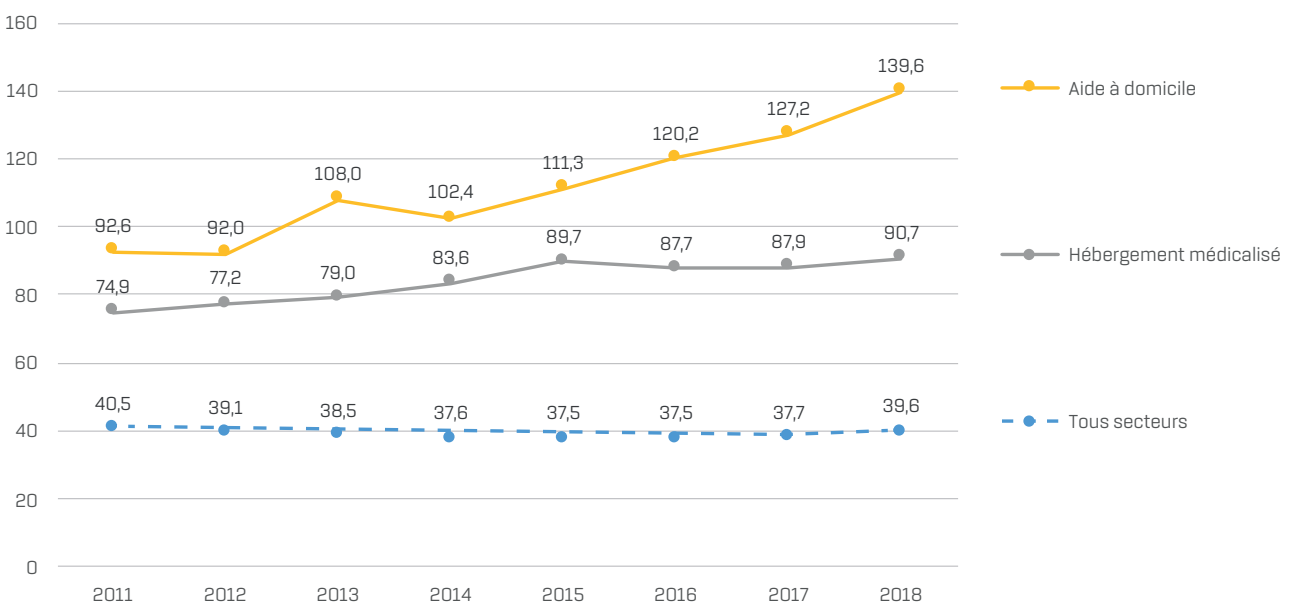
La fréquence maximale est observée pour l'aide à domicile avec près de 140 accidents du travail pour 1 000 salariés. En 2018, le niveau de risque y est deux fois plus élevé que dans le secteur de la construction et celui du transport-logistique.

Au sein de l'hébergement médicalisé, les accidents du travail sont plus fréquents dans les établissements accueillant les adultes handicapés (115 accidents pour 1 000 salariés), comparés à ceux accueillant les personnes âgées (98 accidents pour 1 000 salariés). Les accidents du travail sont moins fréquents dans l'hébergement médicalisé pour enfants handicapés, avec une fréquence d'accidents qui reste néanmoins 1,7 fois supérieure à la moyenne tous secteurs confondus.

La fréquence des accidents du travail ne cesse d'augmenter, de façon plus marquée dans l'aide à domicile, alors que la tendance est à l'amélioration pour la plupart des autres secteurs économiques.

### Indice de fréquence des accidents du travail

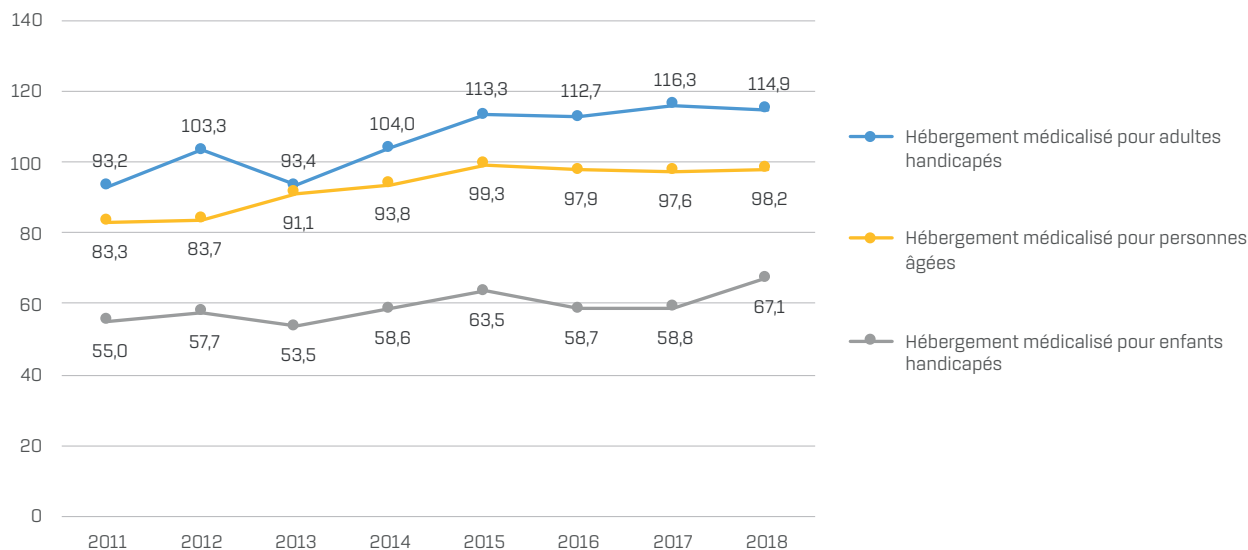
Nombre d'accidents du travail pour 1 000 salariés, en région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

## Indice de fréquence des accidents du travail : zoom sur l'hébergement médicalisé

Nombre d'accidents du travail pour 1 000 salariés, en région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

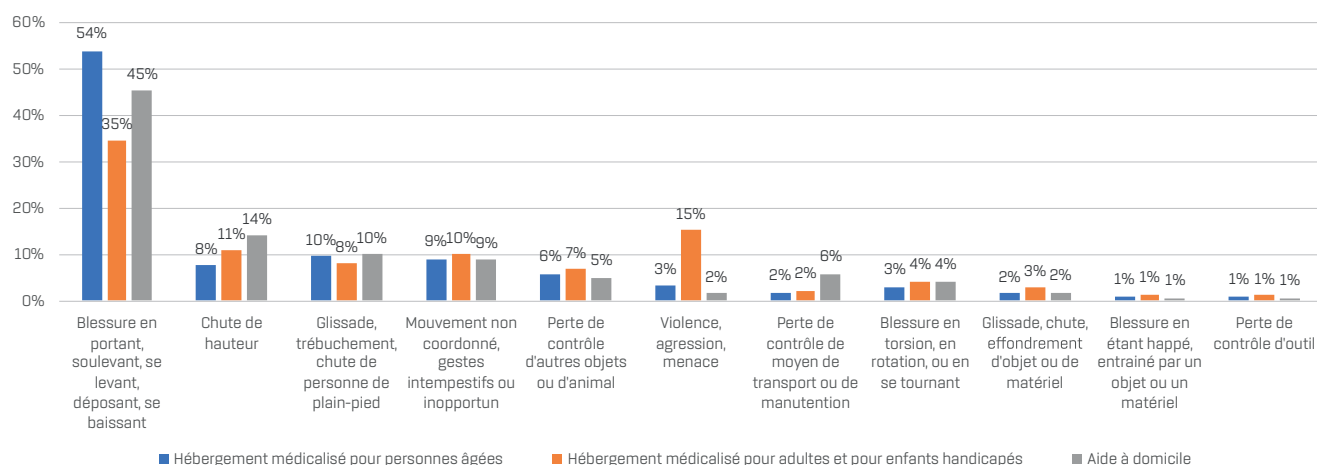
## Des accidents du travail souvent liés aux manutentions manuelles

Parmi les accidents du travail ayant eu lieu dans les secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé, les manutentions manuelles sont les circonstances les plus fréquentes, et notamment les blessures en portant, soulevant, se levant, déposant, se baissant. Elles sont proportionnellement moins présentes dans l'hébergement médicalisé pour adultes ou enfants handicapés où les agressions le sont davantage.

Dans l'aide à domicile, les chutes de hauteur sont plus fréquentes et ont le plus souvent lieu dans les escaliers. Le risque routier y est également très présent.

## Circonstances des accidents du travail dans l'aide à domicile et l'hébergement médicalisé

Selon le code famille de l'accident, pour les cas dont la circonstance est renseignée - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France, données 2013-2018.

## Le risque routier dans l'aide à domicile

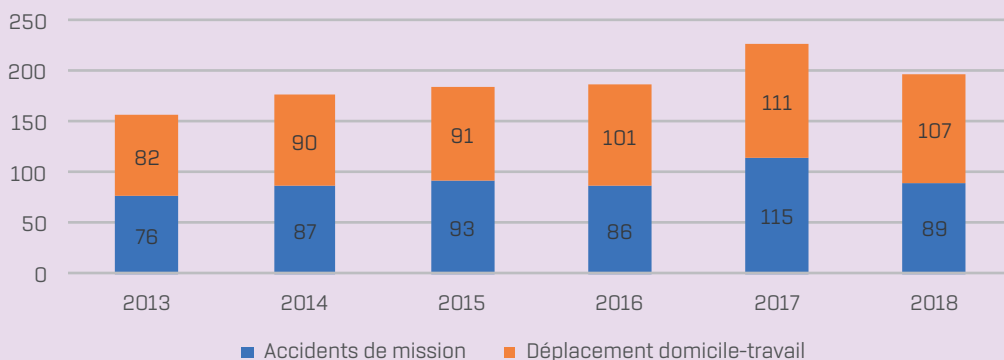
Plus présent dans l'aide à domicile, le risque routier est à l'origine de 196 accidents en 2018 dans ce secteur, accidents de mission et accidents domicile-travail confondus.

Ceux-ci ont tendance à être de plus en plus nombreux, même si on enregistre un recul en 2018.

La même année, ces accidents routiers professionnels ont eu pour conséquence 13 700 jours d'arrêt, soit 61 équivalents temps plein<sup>16</sup>.

### Risque routier dans l'aide à domicile

Accidents de mission et accidents domicile-travail - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

Les salariés ayant le moins d'ancienneté dans l'entreprise ont tendance à être surexposés aux accidents du travail. En effet, ceux ayant moins d'un an d'ancienneté sont concernés par 28 % des accidents du travail dans le secteur de l'aide et du soin à la personne alors que leur poids dans l'effectif salarié est plus faible, autour de 12 %<sup>17</sup>.

## Des maladies professionnelles deux fois plus fréquentes avec les troubles musculo-squelettiques pour principale pathologie

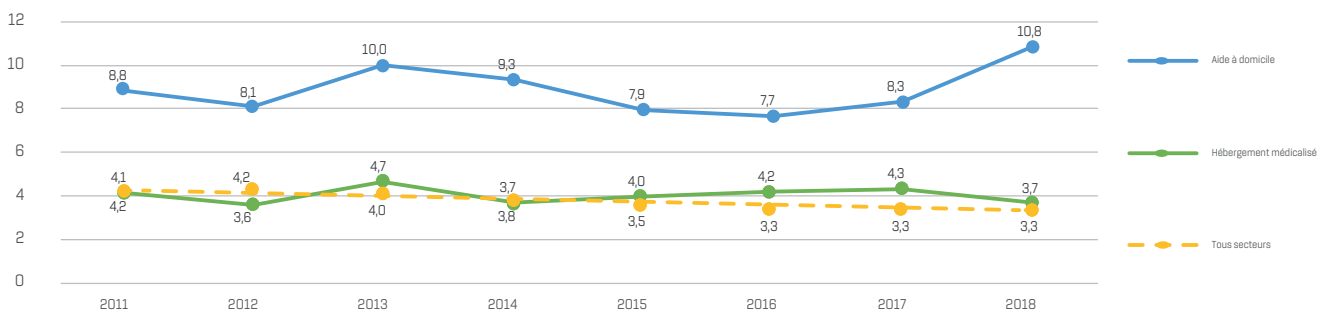
Le nombre de maladies professionnelles indemnisées s'élève à 283 en 2018 dans les secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé. En cumul sur 8 années, ce sont près de 2 000 cas qui ont été indemnisés.

Rapportées à l'effectif salarié, les maladies professionnelles sont ainsi deux fois plus fréquentes qu'en moyenne régionale et particulièrement dans l'aide à domicile avec près de 11 maladies professionnelles pour 1 000 salariés.

Au sein de l'hébergement médicalisé, ce sont les salariés travaillant dans les structures accueillant les personnes âgées qui sont les plus exposés aux maladies professionnelles, avec une moyenne de 5 maladies professionnelles pour 1 000 salariés sur la période 2011-2018.

### Indice de fréquence des maladies professionnelles

Nombre de maladies professionnelles pour 1 000 salariés, région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

<sup>16</sup> Le calcul des équivalents temps plein perdus correspond à la somme des jours d'arrêt rapportée au nombre de journées travaillées sur une année, c'est-à-dire 365 jours moins les weekends, jours fériés et congés payés, soit 225 jours.

<sup>17</sup> Les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté représentent 12 % des salariés dans le secteur privé, tous secteurs confondus mais aussi dans le secteur Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale (source : Insee, Enquête emploi en continu 2015).

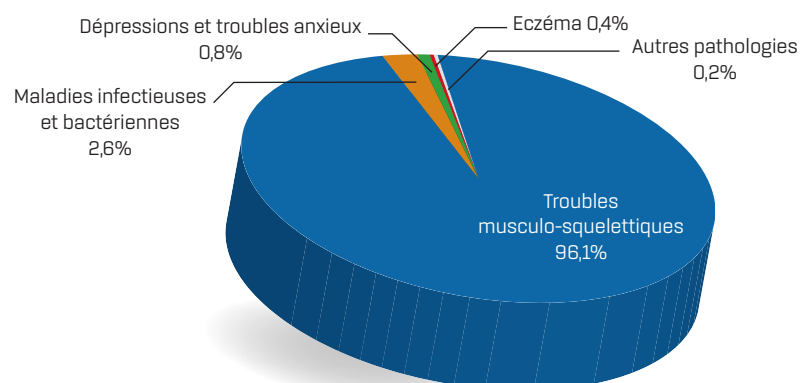
Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent la pathologie majoritaire, avec 96 % des cas de maladies professionnelles. Plus de la moitié des TMS sont localisés sur le poignet, la main ou les doigts, ce qui en fait un siège des lésions plus fréquent que dans l'ensemble des secteurs d'activité. En revanche, les TMS sont moins souvent localisés au niveau du coude ou du genou.

Parmi les autres pathologies, on recense :

- des maladies infectieuses ou bactériennes (gale et tuberculose) ;
- des dépressions et troubles anxieux parmi les cas de maladies reconnues par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles ;
- quelques cas d'allergies cutanées (eczéma).

### Maladies professionnelles par pathologie

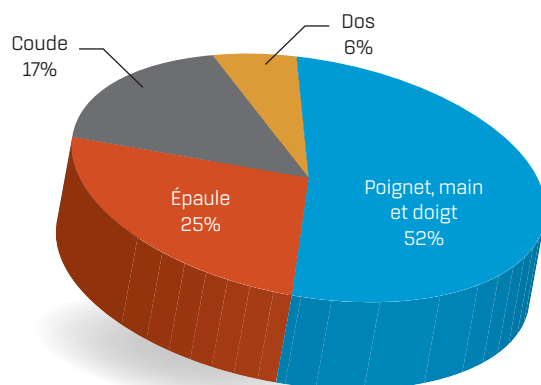
Aide à domicile et hébergement médicalisé - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France, données cumulées 2011-2018.

### Localisation des troubles musculo-squelettiques

Secteur de l'aide à domicile et hébergement médicalisé - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France, données cumulées 2011-2018.

## Un taux de prévalence supérieur de maladies à caractère professionnel

Les maladies à caractère professionnel sont des pathologies susceptibles d'être d'origine professionnelle mais qui n'ont pas été reconnues en maladie professionnelle par un régime de sécurité sociale, qu'elles fassent l'objet d'un tableau de maladie professionnelle ou pas. Leur prévalence est évaluée à travers leur signalement, par les médecins du travail volontaires, au dispositif de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) mis en place dans plusieurs régions dont les Hauts-de-France. Le taux de prévalence des MCP est supérieur à la moyenne pour les salariés des secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé, en comparaison des salariés travaillant dans les autres secteurs. Les pathologies les plus signalées sont les affections de l'appareil locomoteur et la souffrance psychique.

### Le programme maladies à caractère professionnel

La région Hauts-de-France participe depuis 2009 au programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). Ce programme est coordonné par Santé publique France et mis en œuvre en partenariat avec la Direction Générale du Travail. L'animation en région est assurée par l'Inspection Médicale du Travail, l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) et la cellule en région de Santé publique France.

Ce programme de surveillance a pour objectif d'estimer les taux de prévalence des MCP et de décrire les expositions suspectées comme à l'origine ou aggravant ces MCP. Le programme repose sur un réseau de médecins du travail volontaires qui signalent pendant deux semaines consécutives appelées « Quinzaine MCP » tous les cas de MCP observés au cours de leurs consultations (en région Hauts-de-France, plus de 350 médecins du travail ont participé au moins une fois aux Quinzaines MCP).

Toutes les régions participantes recueillent les mêmes types de données, ce qui permet de les comparer et aussi de les agréger au niveau national ; le but étant de fournir des informations pertinentes pour l'orientation des stratégies de prévention et de réparation des maladies professionnelles ainsi que d'éclairer et d'orienter les politiques de prévention des risques professionnels au niveau national et local.

En plus des signalements de maladies à caractère professionnel, le programme MCP recueille les caractéristiques de l'ensemble des salariés vus pendant les quinzaines.

### Les affections de l'appareil locomoteur sont plus souvent signalées

A l'échelle des données recueillies dans l'ensemble des régions participantes - plus de 515 000 salariés vus sur la période 2009-2016 dont 16 836 salariés<sup>18</sup> des secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé - le taux de prévalence de MCP dans les métiers de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé (7,7 %) est significativement supérieur à celui observé dans l'ensemble des autres secteurs (5,9 %).

Comme ce que l'on observe habituellement dans l'ensemble des secteurs, les MCP les plus fréquemment signalées<sup>19</sup> pour ces deux secteurs sont les affections de l'appareil locomoteur (62,0 %) et la souffrance psychique (32,0 %). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent 94,0% des affections de l'appareil locomoteur signalées et l'arthrose 2,5 %. La dépression représente 47,0 % des signalements de souffrance psychique suivi des syndromes anxio-dépressifs (15 %), de l'anxiété (13,0 %) et de l'épuisement professionnel (10,0 %).

Entre 2009 et 2014, les taux de prévalence<sup>20</sup> d'affections de l'appareil locomoteur sont supérieurs dans les secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé par rapport à ceux observés dans les autres secteurs d'activité (*figure 1*). En 2015 et 2016, cette différence n'est plus significative.

En 2010 et 2011, les pathologies relevant de la souffrance psychique sont moins prévalentes dans les secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement que dans les autres secteurs. En revanche, pour les autres années, aucune différence statistiquement significative n'est mise en évidence entre les secteurs d'intérêt et les autres secteurs (*figure 2*).

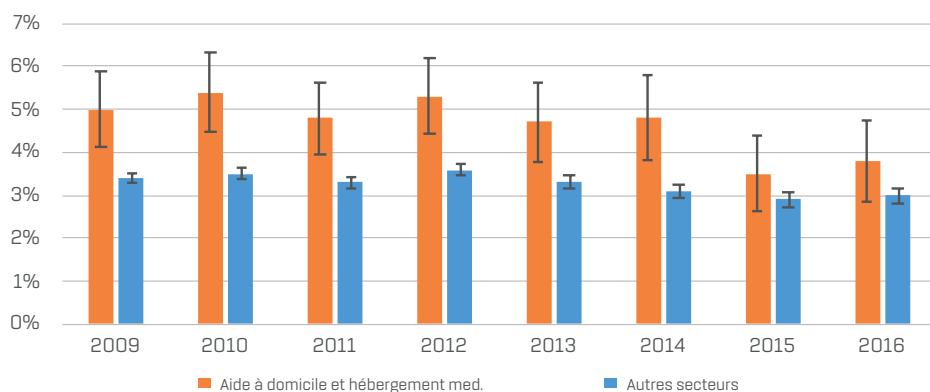
<sup>18</sup> Dont 2 224 dans les Hauts-de-France. Les analyses sont présentées à l'échelle des données agrégées au niveau national car la précision des estimations est sensible à la taille de la population étudiée.

<sup>19</sup> La fréquence de signalement d'une pathologie correspond au nombre d'un type de pathologie rapporté au nombre total de pathologies signalées.

<sup>20</sup> La prévalence d'une pathologie signalée en MCP correspond au nombre de signalements de cette pathologie rapporté au nombre total de salariés vus pendant les Quinzaines.

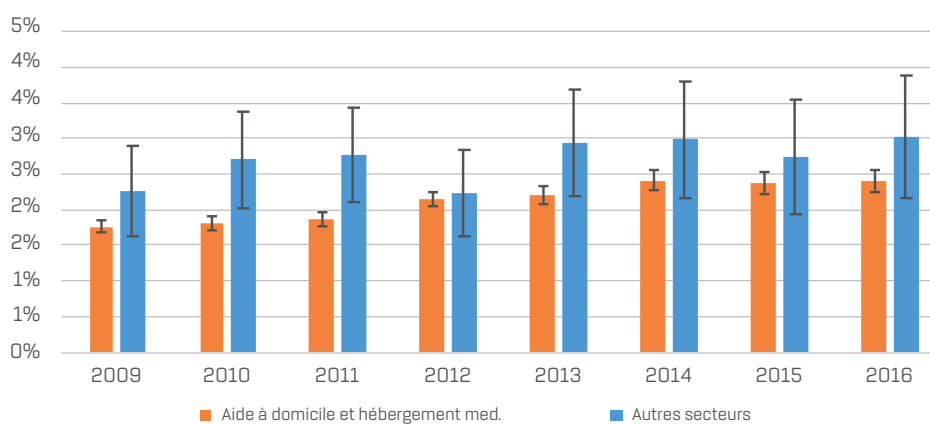


**Figure 1 : Taux de prévalence\* des affections de l'appareil locomoteur selon l'année et le secteur d'activité, toutes régions**



\* Estimation du taux de prévalence et intervalle de confiance à 95 %  
 Source : dispositif de surveillance des MCP – Santé publique France.

**Figure 2 : Taux de prévalence\* de la souffrance psychique selon l'année et le secteur d'activité, toutes régions**

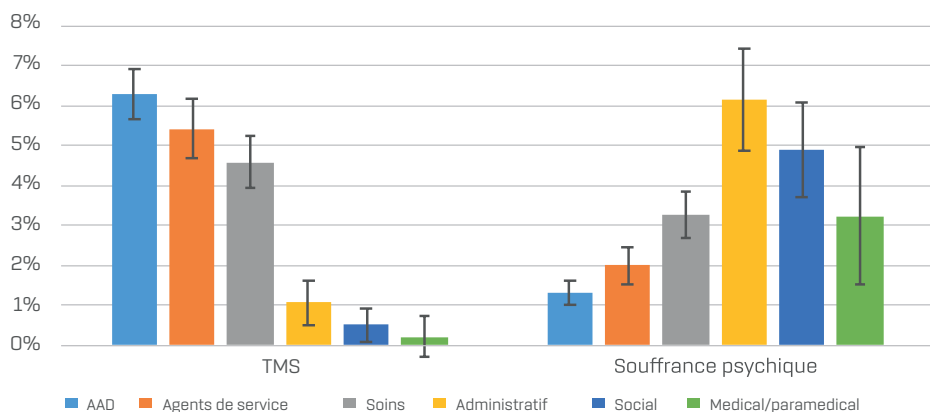


\* Estimation du taux de prévalence et intervalle de confiance à 95 %  
 Source : dispositif de surveillance des MCP – Santé publique France.

### Au sein du secteur de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé, des professions plus concernées par les cas de souffrance psychique

Les taux de prévalence des TMS et de la souffrance psychique varient selon le type d'emploi occupé dans le secteur de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé. Le taux de prévalence de TMS est supérieur chez les aides à domicile ainsi que chez les agents de service et d'entretien et de soins en comparaison de ceux observés pour les emplois administratifs (cadre de l'intervention, administratif et technicien/ingénieur) et du social (éducateurs et assistantes sociales). Au contraire, ce sont dans les emplois administratifs, du social et du soin que les taux de prévalence de la souffrance psychique sont les plus importants en comparaison aux taux enregistrés pour les aides à domicile et les agents de service (figure 3).

**Figure 3 : Taux de prévalence\* des troubles musculo-squelettiques et de la souffrance psychique selon la profession dans les secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé – 2009-2016, toutes régions**



\* Estimation du taux de prévalence et intervalle de confiance à 95 %  
 AAD : Aide à domicile  
 Source : dispositif de surveillance des MCP – Santé publique France.

## Des contraintes physiques et organisationnelles fréquentes parmi les expositions professionnelles

Les secteurs de l'aide aux personnes dépendantes, à domicile ou en structures d'hébergement, se caractérisent par de fortes expositions des salariés aux contraintes physiques notamment posturales et articulaires (9 salariés sur 10 exposés dans l'aide à domicile). La contrainte liée à la station debout ou au piétinement vient en tête, suivie par les nombreux déplacements à pied. Les difficultés organisationnelles sont principalement liées aux horaires atypiques et à l'urgence. Enfin, le contact avec les personnes assistées les expose plus que la moyenne à des agents biologiques ou chimiques.

### Contraintes physiques, horaires décalés et nombreux déplacements chez les aides à domicile et les aides ménagères

Dans la population française des salariés enquêtés intervenant à domicile (aides à domicile et aides ménagères - enquête Sumer 2010, voir encadré), 97 % sont des femmes, 34 % ont 50 ans et plus, 82 % sont en CDI, 76 % travaillent à temps partiel et 61 % travaillent dans des établissements d'au moins 50 salariés.

Ces salariés sont particulièrement exposés aux contraintes physiques. 91 % souffrent de contraintes posturales et articulaires (contre 74 % pour l'ensemble des salariés enquêtés). Cela concerne notamment :

1. la station debout ou piétinement : 85 % (contre 46 % pour l'ensemble) ;
2. Le déplacement à pied dans le travail : 58 % (contre 42 %) ;
3. les gestes répétitifs à cadence élevée : 47 % (contre 25 %).

D'autres contraintes physiques sont également très présentes : la conduite sur la voie publique et la manutention manuelle de charges (cf. tableau).

Au niveau des contraintes organisationnelles, les salariés sont plus souvent exposés à des temps de travail atypiques : travail le samedi et le dimanche, horaires variables, journées comportant des coupures, impossibilité de bénéficier de temps de repos de 48 heures consécutives. Plus du tiers des salariés ne peut interrompre son travail quand il le souhaite ; le quart des salariés a des délais courts à respecter. Ces contraintes de temps s'ajoutent au fait d'avoir, pour environ un quart des salariés, une formation professionnelle insuffisante et un manque de moyens matériels.

Enfin, huit salariés sur dix sont exposés à des agents biologiques liés au contact avec les personnes et autant à des agents chimiques dont les plus fréquents sont les tensio-actifs anioniques, cationiques et non ioniques.

### Les risques professionnels dans la famille professionnelle des aides à domicile et aides ménagères

	Proportion de salariés exposés	
	Dans la famille professionnelle	Dans l'ensemble des familles
<b>Grands types de contraintes physiques</b>		
Contraintes posturales et articulaires	90.9	74.3
Conduite sur la voie publique (auto, camion, car, autobus)	64.8	26.4
Manutention manuelle de charges	61.0	37.2
<b>Types de contraintes organisationnelles</b>		
Etre en contact avec le public de vive voix, en face à face	78.9	36.1
Travail au moins 10 dimanches par an	39.2	16.5
Ne peut pas interrompre son travail quand il le souhaite	36.5	15.7
Travail au moins 20 samedis par an	33.5	24.5
Horaires variables d'un jour à l'autre	32.1	22.7
Travail comportant des coupures dans la journée	30.8	10.2
Ne pas avoir de repos de 48 heures consécutives	28.2	14.8
Normes de production, délai à respecter en une heure au plus	26.2	20.2
Formation insuffisante et inadaptée pour le travail	24.5	16.3
Moyens matériels inadaptés et insuffisants pour le travail	23.1	16.6
<b>Types d'expositions à des agents biologiques</b>		
Exposition potentielle à des agents biologiques	82.8	21.9
Travailler au contact d'un réservoir humain	80.7	14.4
Soins d'hygiène, nursing et assistance à la personne	58.5	5.6
Contacts rapprochés et fréquents avec la personne	54.9	8.9
Contact avec un réservoir humain par voie respiratoire	47.1	10.2
<b>Nuisances chimiques</b>		
Exposition à un ou plusieurs agents chimiques	83.0	33.2

## Travail dans l'urgence et contact tendu avec le public dans l'hébergement médico-social et l'action sociale

Dans la population française des salariés enquêtés dans ces deux secteurs (enquête Sumer 2010), 82 % sont des femmes, 30 % ont 50 ans et plus, 48 % travaillent à temps partiel, 53 % travaillent dans des établissements d'au moins 50 salariés. L'exposition aux risques concerne toutes les catégories socio-professionnelles : les employés de service (57 % d'entre eux), les professions intermédiaires (27 %), les employés administratifs (7 %), les ouvriers (5 %) et les cadres (4 %).

80 % des salariés sont exposés à des contraintes posturales et articulaires (contre 74 % pour l'ensemble des secteurs), principalement :

1. la station debout ou piétinement : 62 % (contre 46 % pour l'ensemble) ;
2. les déplacements à pied dans le travail : 51 % (contre 42 %).

D'autres contraintes physiques sont également très présentes : la manutention manuelle de charges et la conduite (automobile, machine mobile) (cf. tableau).

Au niveau des contraintes organisationnelles, le contact avec le public est tendu pour 62 % des salariés. Le travail dans l'urgence est fréquent : abandon fréquent d'une tâche pour une autre non prévue (53 %), réponse immédiate à une demande extérieure (45 %) ou devoir se dépêcher (32 %). Les horaires variables concernent 33 % des salariés.

Enfin, sept salariés sur dix sont exposés à des agents biologiques liés au contact avec les personnes et près de cinq sur dix à des agents chimiques.

### Les risques professionnels dans le secteur de l'hébergement médico-social et social et de l'action sociale sans hébergement

	Proportion de salariés exposés	
	Dans le secteur	Dans l'ensemble des secteurs
<b>Grands types de contraintes physiques</b>		
Contraintes posturales et articulaires	79,7	74,3
Manutention manuelle de charges	46,4	37,2
Conduite (machine mobile, automobile, camion...)	40,3	32,5
<b>Types de contraintes organisationnelles</b>		
Etre en contact avec le public de vive voix, en face à face	62,7	36,1
Contact tendu avec le public même occasionnellement	61,6	50,1
Abandon fréquent d'une tâche pour une autre non prévue	53,2	56,6
Demande extérieure obligeant à une réponse immédiate	44,5	56,8
Travail au moins 10 dimanches par an	37,4	16,5
Horaires variables d'un jour à l'autre	32,5	22,7
Devoir toujours ou souvent se dépêcher	32,3	37,1
Travail au moins 20 samedis par an	31,8	24,5
Ne pas pouvoir faire varier les délais	29,9	35,4
Doit faire appel à d'autres en cas d'incident	28,4	23,0
<b>Types d'expositions à des agents biologiques</b>		
Exposition potentielle à des agents biologiques	70,1	21,9
Travailler au contact d'un réservoir humain	67,3	14,4
Contacts rapprochés et fréquents avec la personne	45,0	8,9
Possibilités de contamination respiratoire	44,7	10,2
Soins d'hygiène, nursing et assistance à la personne	39,7	5,6
<b>Nuisances chimiques</b>		
Exposition à un ou plusieurs agents chimiques	46,4	33,2

Source : Dares-DGT-DGAFF, enquête Sumer 2010  
 Champ : salariés de France métropolitaine et de la Réunion, champ Sumer 2010.

### **L'enquête Sumer : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels**

Les données présentées sont issues de l'enquête nationale Sumer 2010, enquête transversale réalisée par les médecins du travail et de prévention et coordonnée par la Dares et la DGT (inspection médicale du travail). Cette enquête permet de cartographier les expositions aux risques professionnels des salariés, par familles professionnelles et par secteurs, la durée de ces expositions et les protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition. Son objectif est de réaliser des outils d'aide au repérage des expositions et de définir des actions de prévention prioritaires pour les acteurs impliqués dans le domaine du travail et de la santé au travail. Les questions auxquelles le médecin du travail répond portent sur l'activité professionnelle habituelle (pour les contraintes organisationnelles) ou de la dernière semaine travaillée (pour les autres contraintes). Un auto-questionnaire sur le vécu du travail est aussi proposé à tous les salariés.

Champ de l'enquête : salariés du secteur privé et une partie du secteur public (à l'exception de l'Éducation nationale, des ministères sociaux et de la Justice).

*NB : l'échantillonnage de l'enquête Sumer ne permet pas d'isoler les secteurs retenus dans le champ de cette étude. Les données concernent ainsi la famille professionnelle des aides à domicile et des aides ménagères. Les données par secteurs regroupent l'hébergement médico-social et social et l'action sociale sans hébergement.*

## **Un travail apprécié mais des plaintes ostéoarticulaires et neuropsychiques souvent déclarées**

La perception du travail et de la santé des salariés du secteur de l'aide à domicile et du secteur de l'hébergement médicalisé en Hauts-de-France a été évaluée par le biais de l'observatoire Evrest. Même si le travail semble apprécié, on constate une fragmentation du temps de travail, avec plus de coupures et plus de temps partiel notamment pour le secteur des aides à domicile, et plus d'horaires irréguliers/décalés pour les deux secteurs. Une pression temporelle et une intensité du travail sont plus fréquemment ressenties qu'en moyenne dans la région, ainsi que des possibilités d'entraide moindres. Les salariés de ces deux secteurs signalent plus souvent des contraintes physiques (posturales, port de charges, gestes répétitifs, station debout prolongée) et les jugent plus souvent comme difficiles ou pénibles. Concernant la santé, des plaintes ostéoarticulaires et neuropsychiques sont plus fréquemment déclarées au sein de ces deux secteurs d'activité.

### **Perception du travail et de la santé par l'observatoire Evrest**

Les données présentées ci-dessous sont issues des réponses au questionnaire Evrest d'un échantillon de 409 salariés des Hauts-de-France, entre 2014 et 2018 (165 salariés du secteur de l'Aide à domicile, 244 salariés du secteur Hébergement médicalisé). Leurs réponses ont été comparées à celles de l'ensemble des salariés des Hauts-de-France en 2016-2017 (données redressées).

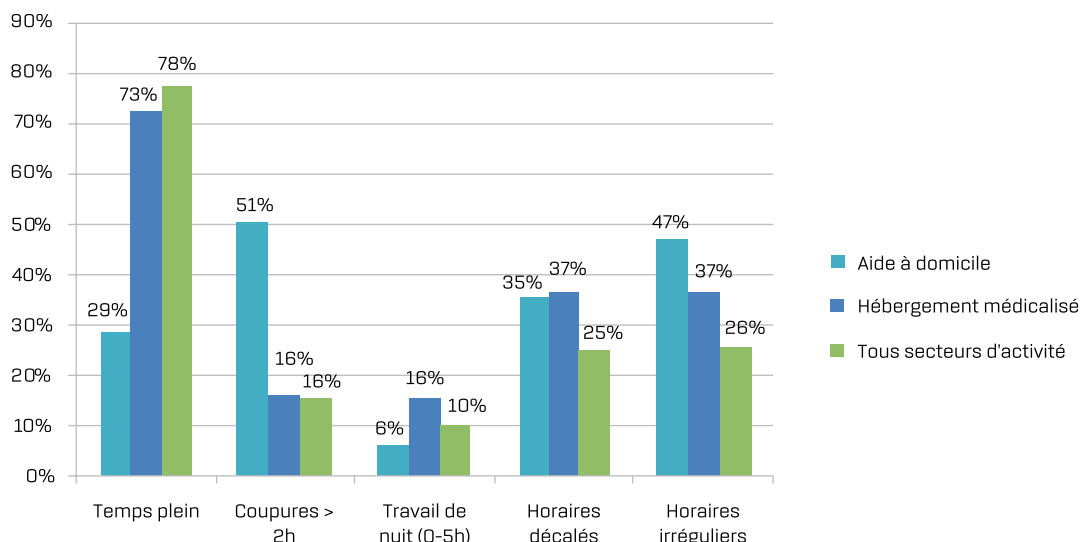
#### **Des secteurs plutôt féminins et représentés surtout par des catégories professionnelles de type « employés »**

Les salariés des secteurs Aide à domicile et Hébergement médicalisé diffèrent à la fois entre eux et de l'ensemble des salariés de la région : concernant l'Aide à domicile, 95 % des salariés interrogés sont des femmes, 45 % ont 45 ans ou plus, 90 % sont des employés et 7 % des professions intermédiaires. Dans l'hébergement médicalisé, 82 % des salariés interrogés sont des femmes, 31 % ont 45 ans ou plus, 60 % sont des employés et 30 % des professions intermédiaires. Comparativement, la population salariée des Hauts-de-France comporte 47 % des femmes, 37 % des salariés ont 45 ans ou plus, 36 % sont des employés et 19 % des professions intermédiaires.

### **Un travail apprécié, mais difficile sur de nombreux aspects**

En termes d'horaires de travail, comparativement aux salariés des Hauts-de-France, les salariés du secteur de l'Aide à domicile se caractérisent essentiellement par la fréquence élevée du travail à temps partiel (73 %), des coupures de plus de 2 heures pour plus de la moitié d'entre eux et la fréquence importante des horaires décalés ou irréguliers ; les salariés du secteur Hébergement médicalisé se distinguent par la fréquence élevée du travail de nuit (16 %) et des horaires irréguliers (37 %).

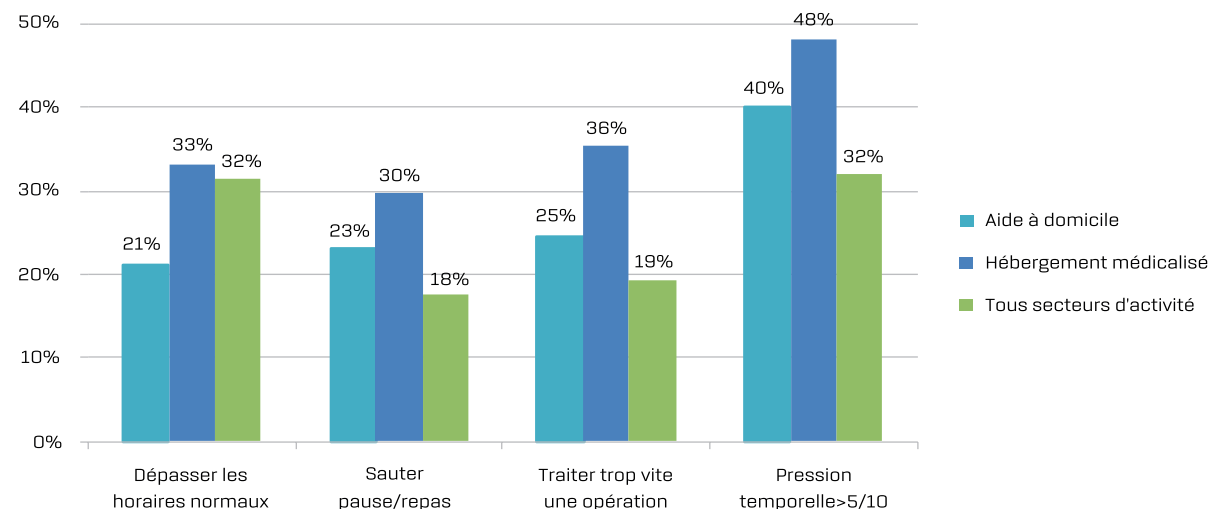
### Fréquence de différentes caractéristiques des horaires de travail des salariés, selon l'activité - Région Hauts-de-France



Source : Données Evrest Hauts-de-France, 2014-2018.

La pression temporelle est déclarée plus fréquemment dans ces deux secteurs, et ceci de façon plus nette encore pour les salariés du secteur Hébergement médicalisé que pour ceux de l'Aide à domicile. Notamment, 36 % du secteur Hébergement médicalisé et 24 % de ceux de l'Aide à domicile estiment traiter trop vite des tâches qui demanderaient plus de soin (versus 19 % pour les salariés des Hauts-de-France).

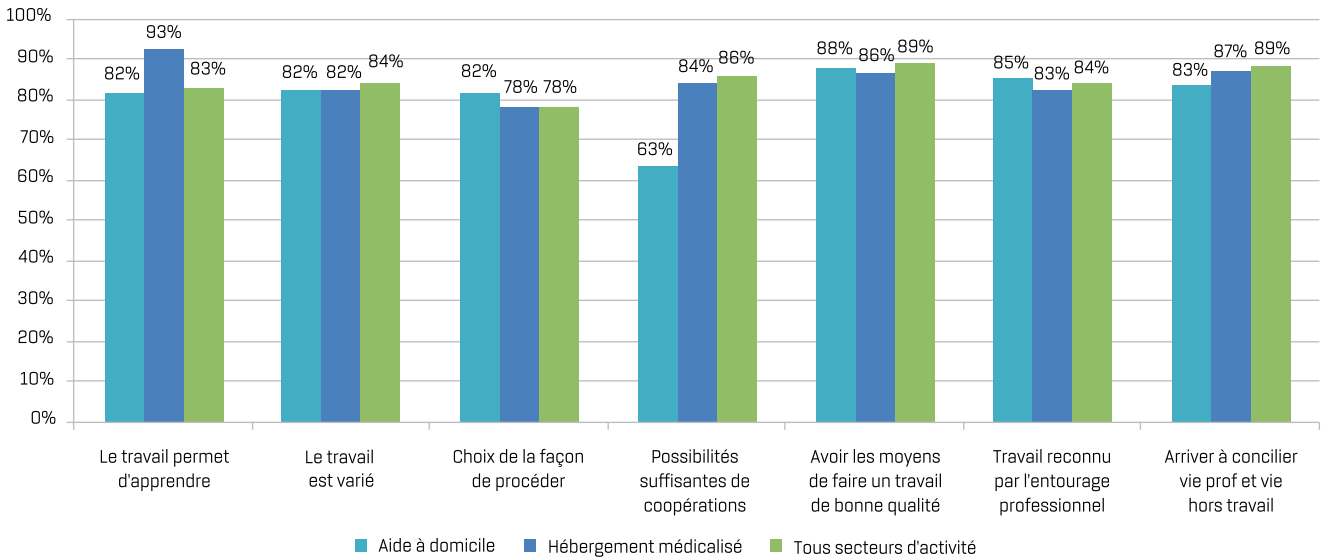
### Fréquence des contraintes temporelles de travail, selon l'activité - Région Hauts-de-France



Source : Données Evrest Hauts-de-France, 2014-2018.

Concernant les appréciations du travail, les salariés du secteur de l'Aide à domicile se distinguent par le peu de possibilités d'entraide (63 % versus 86 % chez les salariés de la région) et des difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale (83 % vs 88 %). Les salariés du secteur de l'Hébergement médicalisé, quant à eux, estiment que leur travail leur permet d'apprendre (93 % vs 83 % pour les salariés de la région), mais 24 % estiment devoir faire des choses qu'ils désapprouvent (vs 19 %).

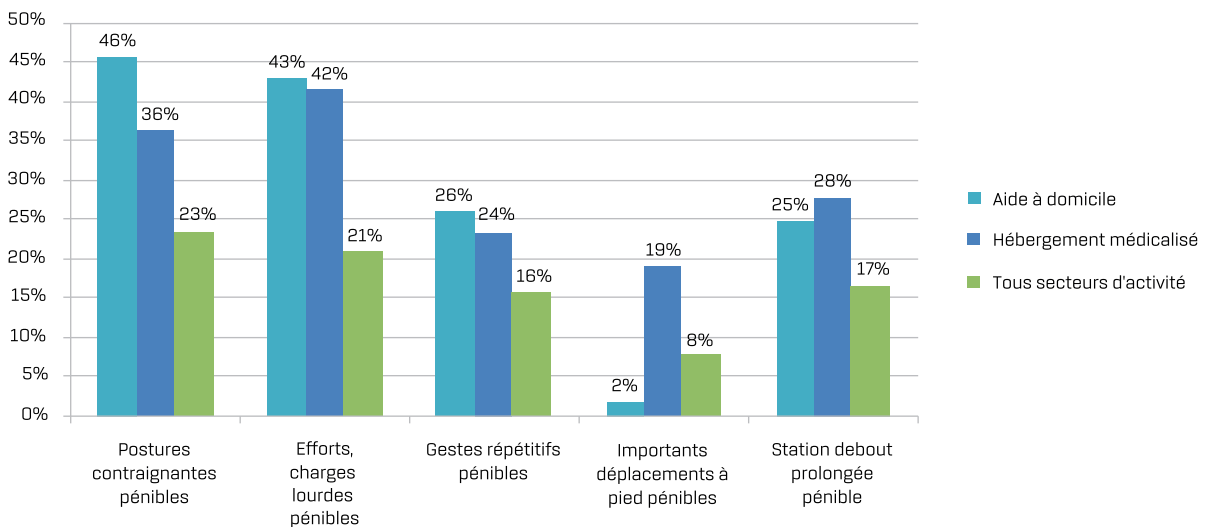
### Fréquence de diverses appréciations positives du travail des salariés, selon l'activité - Région Hauts-de-France



Source : Données Evrest Hauts-de-France, 2014-2018.

Les salariés des deux secteurs estiment plus fréquemment que les salariés de la région être exposés à des postures pénibles, à des efforts et ports de charges lourdes, à des gestes répétitifs et à devoir être debout de façon prolongée ; de plus, ces contraintes sont bien plus souvent jugées comme pénibles comparées à l'ensemble des salariés de la région.

### Fréquence de diverses contraintes physiques de travail jugées pénibles, selon l'activité - Région Hauts-de-France



Source : Données Evrest Hauts-de-France, 2014-2018.

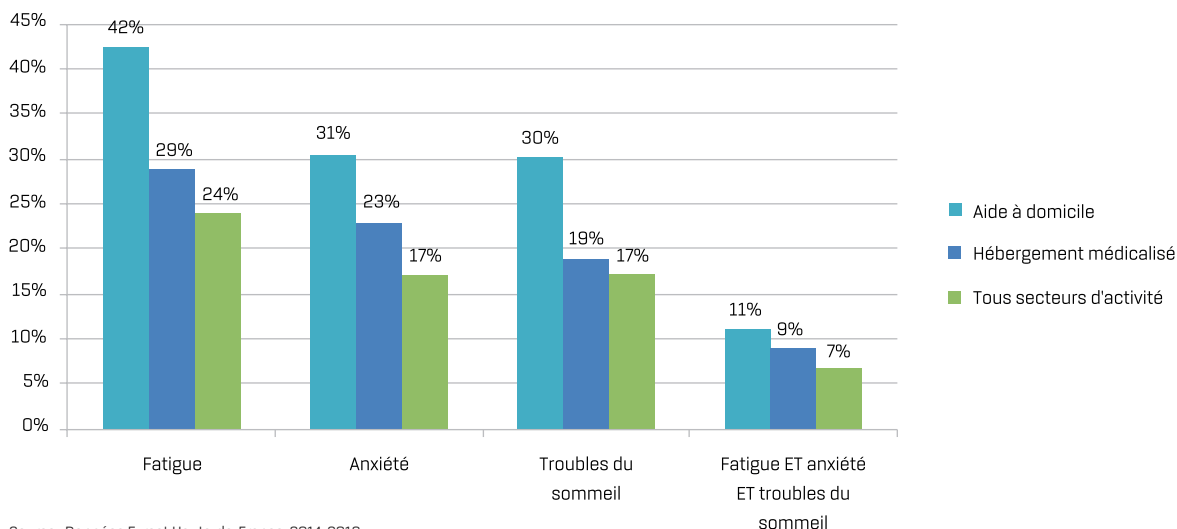
## Une santé fragilisée

Les salariés du secteur de l'Aide à domicile évoquent ressentir de la fatigue ou de la lassitude près de deux fois plus souvent que les salariés de la région (42 % vs 24 %), mais également plus souvent de l'anxiété et des troubles du sommeil ; les mêmes tendances sont observées chez les salariés du secteur Hébergement médicalisé, avec des différences moins marquées que ce que rapportent en moyenne les salariés de la région.

En moyenne, les plaintes ostéoarticulaires sont également plus fréquemment relatées par les salariés de ces deux secteurs que dans la région. Le fait d'être gêné dans son travail à cause de ces douleurs est également bien plus fréquent, près de deux fois plus élevé en moyenne pour les salariés du secteur de l'Aide à domicile, quelle que soit l'articulation concernée, et entre 1 et 2 fois plus élevé pour les salariés du secteur de l'Hébergement médicalisé.

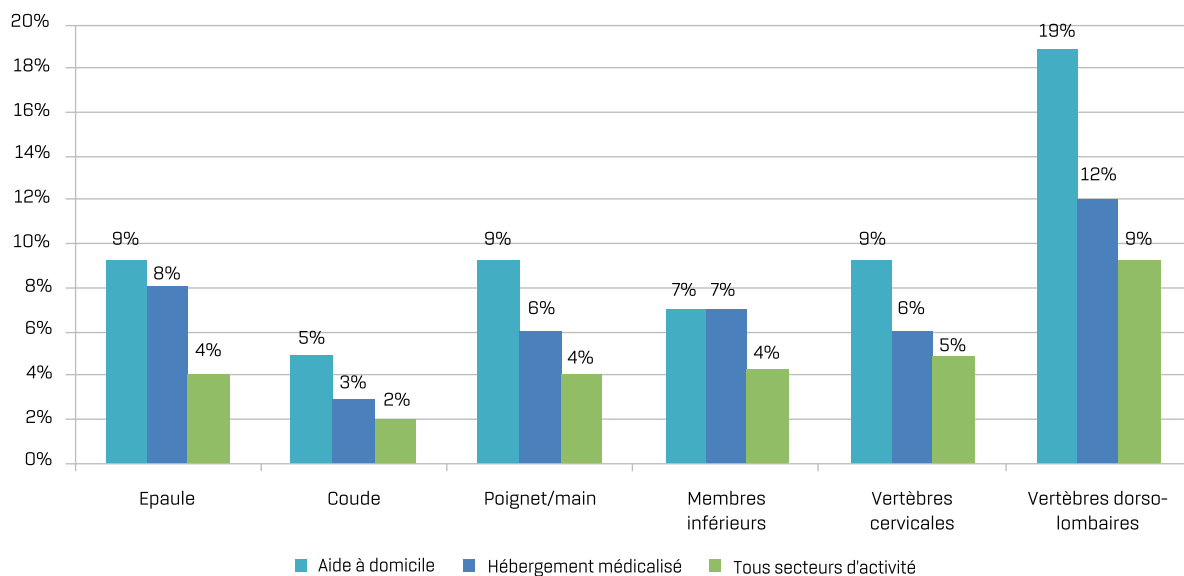


### Fréquence de diverses plaintes neuropsychiques, selon l'activité - Région Hauts-de-France



Source : Données Evrest Hauts-de-France, 2014-2018.

### Fréquence de diverses plaintes ostéoarticulaires gênant l'activité de travail, selon l'activité - Région Hauts-de-France



Source : Données Evrest Hauts-de-France, 2014-2018.

## Un absentéisme conjugué à des difficultés de recrutement

Des arrêts de travail plus longs qu'en moyenne cumulés à des sinistres fréquents impactent fortement l'absentéisme des salariés de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé. De plus, le risque professionnel engendre de nombreuses incapacités permanentes pour les salariés et un coût élevé pour les entreprises. Ces conséquences du risque professionnel participent aux difficultés de recrutement rencontrées dans le secteur de l'aide et du soin à la personne.

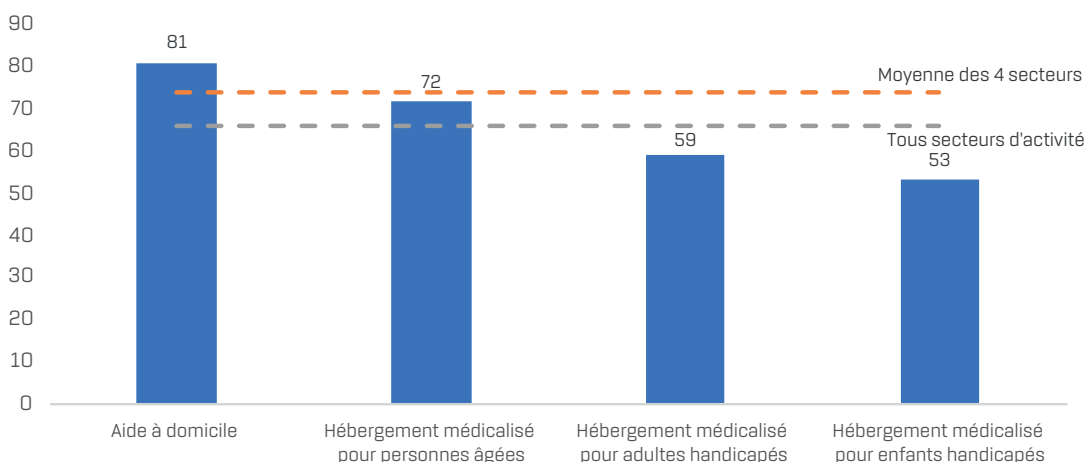
### Des arrêts de travail plus longs qu'en moyenne

En 2018, les accidents du travail ont engendré plus de 347 000 jours d'arrêt dans l'aide à domicile et l'hébergement médicalisé, soit environ 1 543 équivalents temps plein<sup>21</sup> perdus sur une année.

Rapportée au nombre de sinistres, la durée moyenne d'arrêt s'avère plus élevée dans l'aide à domicile et dans l'hébergement médicalisé pour personnes âgées, avec respectivement 81 et 72 jours d'arrêt en 2018 (contre 66 jours en moyenne pour l'ensemble des secteurs).

#### Durée moyenne d'arrêt

Nombre de jours d'arrêt pour un accident du travail - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France, données 2018.

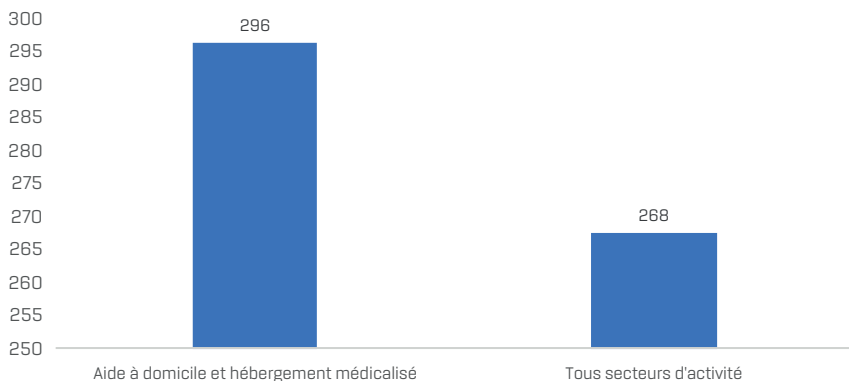
Dans l'aide à domicile et l'hébergement médicalisé, les maladies professionnelles ont engendré près de 84 000 journées d'arrêt en 2018. Rapporté à l'effectif salarié, cela équivaut à 373 équivalents temps plein perdus sur une année. La durée moyenne des arrêts est de 296 jours en 2018 (supérieure à celles des accidents). Elle est en outre plus longue de 28 jours par rapport aux maladies professionnelles de l'ensemble des secteurs d'activité. Il n'y a en revanche que peu de différences entre les quatre secteurs étudiés.

Au total, ce sont 1 916 équivalents temps plein qui sont perdus<sup>22</sup> en 2018, en cumulant arrêts de travail consécutifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

<sup>21</sup> Le calcul des équivalents temps plein perdus correspondent à la somme des jours d'arrêt rapportée au nombre de journées travaillées sur une année, c'est-à-dire 365 jours moins les weekends, jours fériés et congés payés, soit 225 jours.

<sup>22</sup> Le calcul des équivalents temps plein perdus correspondent à la somme des jours d'arrêt rapportée au nombre de journées travaillées sur une année, c'est-à-dire 365 jours moins les weekends, jours fériés et congés payés, soit 225 jours.

## Durée moyenne d'arrêt suite à maladie professionnelle - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France, données 2018.

### Un absentéisme plus important dans l'aide et le soin à la personne

Sur trois des quatre secteurs étudiés (aide à domicile, hébergement médicalisé pour personnes âgées et hébergement médicalisé pour adultes handicapés), le nombre de jours d'absence moyen sur l'année 2016 pour arrêt maladie ou pour accident du travail ou maladie professionnelle s'élève à 32, soit presque deux fois plus qu'en moyenne pour l'ensemble des salariés français. En effet, le nombre de jours d'absence était de 16,8 en 2016 (selon le 9<sup>e</sup> Baromètre de l'Absentéisme et de l'Engagement du cabinet Ayming) avec une tendance à la hausse pour atteindre 18,6 en 2018 (11<sup>e</sup> Baromètre). Selon ce même baromètre, le secteur de la santé dans son ensemble présente un des taux d'absentéisme les plus élevés et en dégradation. Ce secteur est également caractérisé par le fait de ne pas avoir la capacité à suivre les transformations envisagées dans les entreprises.

En moyenne pour les quatre secteurs étudiés, le taux de gravité est trois fois supérieur à l'indicateur constaté pour l'ensemble des secteurs d'activité. Le maximum est atteint dans l'aide à domicile, avec un taux de gravité un peu au-dessus de 7 en 2018.

Cet indicateur se dégrade rapidement dans le temps, et de façon très marquée dans l'aide à domicile.

Le niveau élevé du taux de gravité dans l'aide à domicile et dans l'hébergement médicalisé est lié :

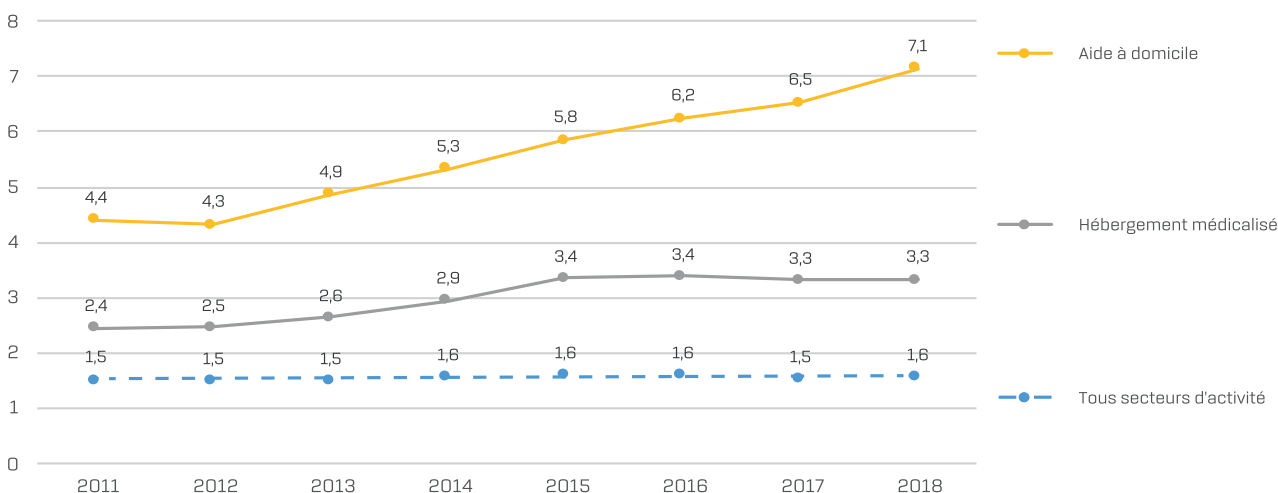
- à une fréquence plus élevée des accidents du travail,
- à des arrêts de travail plus longs.

L'augmentation du taux de gravité dans ces secteurs est dû :

- à la hausse continue de la fréquence des accidents,
- à l'allongement de la durée moyenne d'arrêt.

### Taux de gravité

#### Nombre d'indemnités journalières pour 1 000 heures travaillées - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

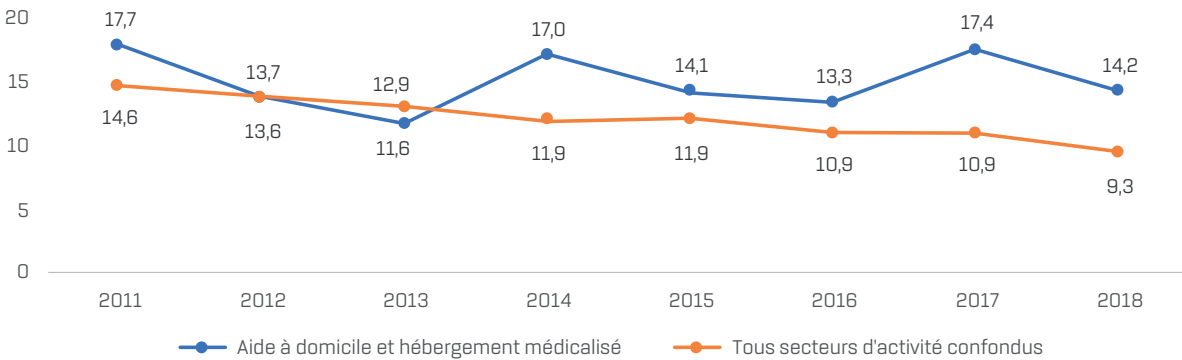
## Des incapacités permanentes plus fréquentes

En 2018, 137 accidents du travail ont été suivis d'une incapacité permanente partielle de travail pour laquelle les victimes de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé ont gardé de leurs blessures une infirmité permanente réduisant leur capacité de travail.

En 2018, l'indice de gravité est 1,5 fois plus important qu'en moyenne pour l'ensemble des secteurs, avec des incapacités permanentes deux fois plus fréquentes bien que le taux moyen soit en général plus faible (7,5 % contre 9,2 % pour l'ensemble des secteurs d'activité).

### Indice de gravité

Somme des taux d'incapacité permanente pour 1 000 000 d'heures travaillées - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

Les maladies professionnelles ont également occasionné des incapacités permanentes, au nombre de 104 en 2018, soit un total de 241 incapacités permanentes sur une année dans l'aide à domicile et l'hébergement médicalisé pour l'ensemble du risque professionnel (accidents du travail et maladies professionnelles).

## Un coût du risque professionnel en croissance rapide

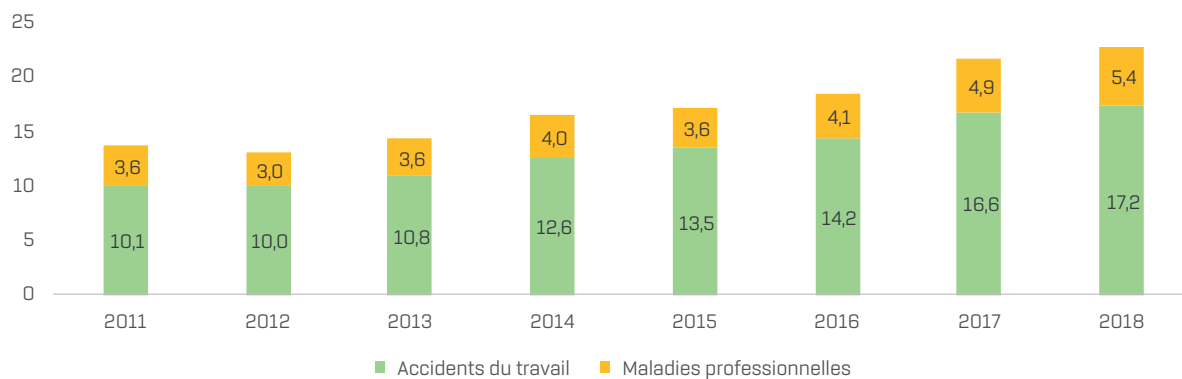
Le risque professionnel dans l'aide et le soin à la personne engendre un coût important s'élevant à 22,6 millions d'euros en 2018. Ce coût croît rapidement (+ 66 % en 7 ans), du fait de la hausse importante des sinistres et de leur fréquence ainsi que de l'allongement de la durée des arrêts.

Rapporté à l'effectif salarié, le coût du risque professionnel s'élève à 433 euros par an par salarié. Il est supérieur à la moyenne tous secteurs ainsi qu'au coût moyen constaté dans certains secteurs parmi les plus coûteux tels que l'industrie ou le transport. Il est, en revanche, proche du coût moyen par salarié dans la construction.

À ce coût direct s'ajoute le coût indirect du risque professionnel comprenant la baisse de la productivité, la désorganisation des équipes et le coût du remplacement du salarié absent.

### Coût du risque professionnel, en millions d'euros

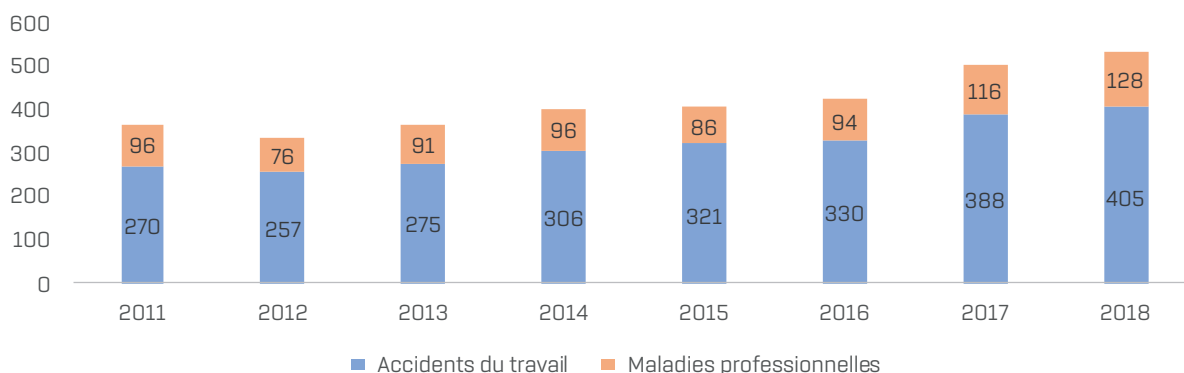
Aide à domicile et hébergement médicalisé - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

## Coût du risque professionnel rapporté à l'effectif salarié, en millions d'euros

Aide à domicile et hébergement médicalisé - Région Hauts-de-France



Source : Carsat Hauts-de-France.

### Coût direct du risque professionnel

Pour le Régime général, les frais engendrés par les accidents du travail et maladies professionnelles correspondent au coût pour la Sécurité sociale. Ils regroupent :

- les prestations en nature (frais pharmaceutiques, hospitaliers et médicaux) ;
- les prestations en espèces (indemnités journalières, indemnités en capital, rentes).

Ces frais sont repris pour le calcul des coûts moyens entrant dans la détermination des taux de cotisation accidents du travail/maladies professionnelles qui permettent de fixer le montant de la cotisation redevable par l'entreprise.

### Des difficultés de recrutement dans l'aide à domicile

Le secteur de l'aide et du soin à la personne souffre d'un déficit en termes d'attractivité. La question de la qualité de l'emploi, des conditions de travail et de la formation apparaît centrale pour répondre aux besoins de recrutement qui vont aller en s'intensifiant dans les années à venir. En France, en 2018, 78 % des entreprises d'aide à domicile proposent des offres d'emploi qui ne trouvent pas preneurs (Source Pôle emploi).

Selon l'enquête menée sur les organismes SAP de la région en 2018, les principales difficultés liées au recrutement et à la professionnalisation du secteur rencontrées par les organismes sont :

1. Le recrutement de personnel qualifié (82 %) ;
2. Le remplacement de personnels absents (79 %) ;
3. La gestion des arrêts maladie de longue durée (76 %), de courte durée (74 %) ;
4. La part du personnel qualifié par rapport au total du personnel (64 %) ;
5. Le recrutement de personnel non qualifié (62 %) ;
6. Le *turn-over* des employés (62 %) ;
7. Les troubles musculo-squelettiques du personnel d'intervention (60 %).

Du côté des salariés, l'attractivité du secteur répond à des motivations très diverses (enquête auprès des salariés - C2RP Hauts-de-France 2018) :

1. Désir d'aider les autres (49 %) ;
2. Disposer ou compléter des revenus (46 %) ;
3. Intérêt pour le métier (41 %) ;
4. Emploi de proximité (23 %) ;
5. Travailler à temps partiel (16 %) ;
6. Seul métier accessible (niveau de qualification par ex.) (11 %).

Les salariés intervenant auprès des personnes âgées ou handicapées citent plus souvent des motifs de « vocation » (aider les autres, intérêt pour le métier).

## Les Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie (Marpa)

Départements Aisne et Somme

Les Marpa ont été créées en 1987 par la Mutualité Sociale Agricole pour répondre aux besoins des aînés ruraux confrontés à des conditions de vie marquées par l'isolement et la précarité de l'habitat.

Un concept social : l'objectif est de fournir un lieu et une qualité de vie qui préservent les repères et les habitudes antérieures. La Marpa s'inscrit dans une démarche de lutte contre les exclusions et de développement social local permettant l'accomplissement de chaque trajectoire de vie.

Un concept architectural : le bâti organise des espaces privatifs et communs conviviaux. La Marpa est accessible aux personnes à mobilité réduite, adaptée à l'avancée en âge et intégrée dans son environnement.

### Le public cible

Personnes âgées de plus de 60 ans autonomes ou en perte d'autonomie : (GIR 6-5-4 et 15 % de GIR 1 à 3 dont 10 % de GIR 1 et 2) de tous régimes, ayant fait le choix pour des raisons de sécurité, confort, rupture de l'isolement, de lien social de quitter le domicile ;

Personnes handicapées de plus de 55 ans (jusqu'à 15 % de la capacité d'accueil) ;

Jeunes travailleurs (loi ASV 2015).

### Le personnel

Chaque Marpa est composée d'une équipe de 6 à 7 personnes : une responsable, une adjointe et des agents d'accompagnement polyvalents. Le profil recherché est le DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) ou DEAES (diplôme d'accompagnement éducatif et social).

Les résidences connaissent de fortes **difficultés de recrutement** de ce type de profil en milieu rural. Ces difficultés sont liées en partie au manque d'attractivité de ce métier, au manque de qualification et à la polyvalence du poste de travail qui repose sur la préparation des repas, l'entretien des espaces communs, l'accompagnement personnalisé des résidents et l'animation.

L'accompagnement de la personne âgée est un travail exigeant car les salariés sont en contact avec des personnes fragiles.

On constate depuis quelques années une **augmentation importante des journées d'absences maladie** du personnel en Marpa confronté à un risque d'épuisement et d'usure professionnels.

## Des inaptitudes médicales au poste fréquentes

**Dans l'aide à domicile, les inaptitudes sont plus fréquentes qu'en moyenne avec une majorité de pathologies du système ostéo-articulaire. Moins présentes dans l'hébergement médicalisé, les inaptitudes sont plus souvent liées à des troubles mentaux et du comportement que dans les autres secteurs d'activité.**

En 2018, les salariés déclarés inaptes dans le secteur hébergement médicalisé représentent 2 % de l'échantillon total des inaptitudes recueillies dans l'enquête Hauts-de-France et ce secteur représente 2 % de la population active. Le secteur de l'aide à domicile représente 5 % des inaptitudes<sup>23</sup> alors que ce secteur ne représente que 1 % de la population active.

### Des femmes, souvent employées, avec une moyenne d'âge élevée

La répartition des salariés déclarés inaptes par sexe et par âge dans ces deux secteurs d'activité est le reflet de la population salariée dans ces secteurs : on observe plus de femmes et des salariés plus âgés que dans l'ensemble des inaptitudes. De même, pour la catégorie socio-professionnelle : davantage de professions intermédiaires (18 % vs 11 %) et d'employés (69 % vs 41 %) dans l'hébergement médicalisé que dans l'ensemble des inaptitudes et davantage d'employés dans l'aide à domicile (98 % vs 41 %).

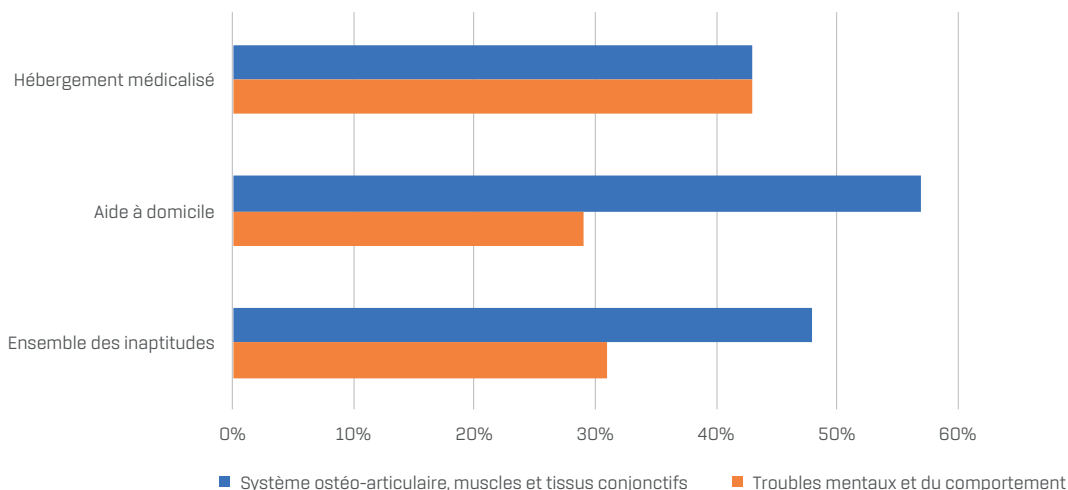
### Des pathologies ostéo-articulaires et des troubles mentaux et du comportement

Les pathologies du système ostéo-articulaire sont plus fréquemment en cause dans l'inaptitude dans le secteur de l'aide à domicile que dans tous les secteurs confondus (57 vs 48 %). En revanche, les troubles mentaux et du comportement sont plus fréquemment en cause dans le secteur de l'hébergement médicalisé (43 % vs 31%).

<sup>23</sup> En 2018, l'échantillon total tous secteurs confondus est de 4 090 salariés suivis par le biais de l'enquête inaptitudes en Hauts-de-France.



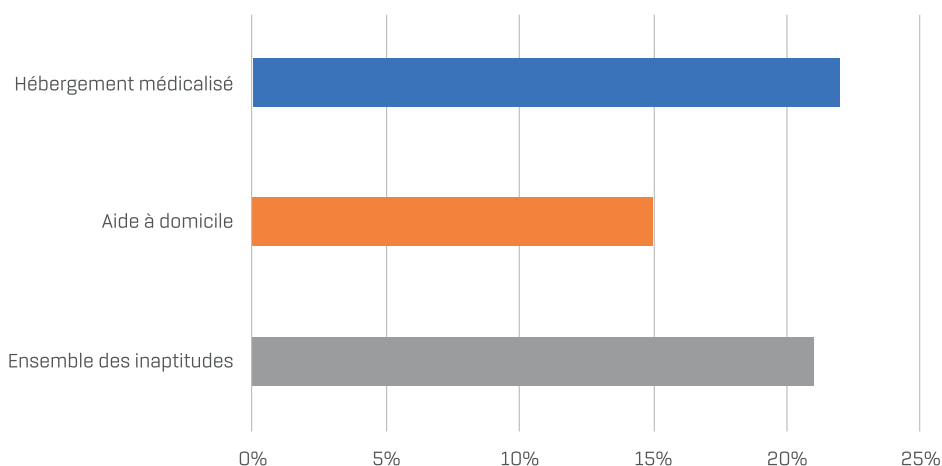
### Pathologies en cause dans les inaptitudes



Source : données inaptitudes 2018 ISTNF/Services de santé au travail (Réseau STME). Région Hauts-de-France.

La souffrance au travail est moins fréquemment en cause dans l'aide à domicile que dans l'ensemble des inaptitudes tous secteurs confondus.

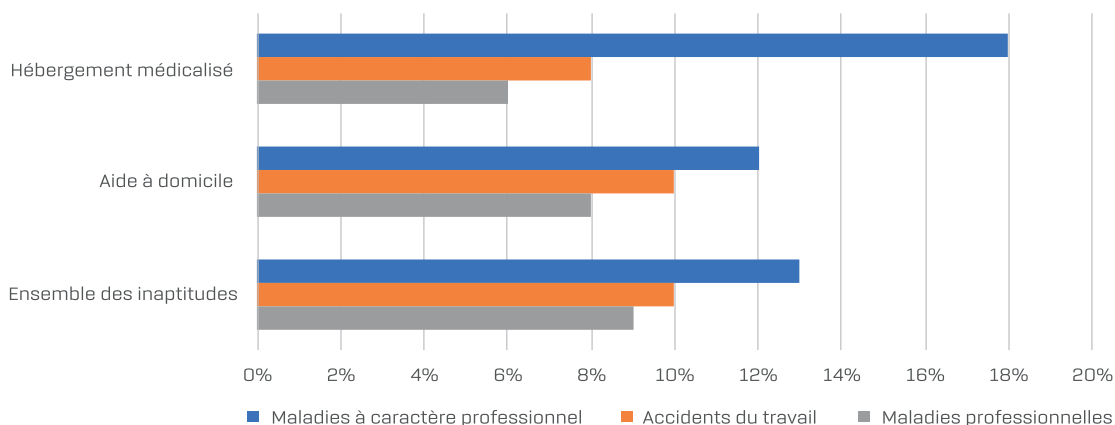
### Souffrance au travail en cause dans l'inaptitude



Source : données inaptitudes 2018 ISTNF/Services de santé au travail (Réseau STME). Région Hauts-de-France.

Comparativement à l'ensemble des inaptitudes tous secteurs confondus, l'origine professionnelle de la pathologie principale en cause dans l'inaptitude est plus souvent liée à une maladie à caractère professionnel dans l'hébergement médicalisé (18 % vs 13 %).

### Origine professionnelle de la pathologie en cause

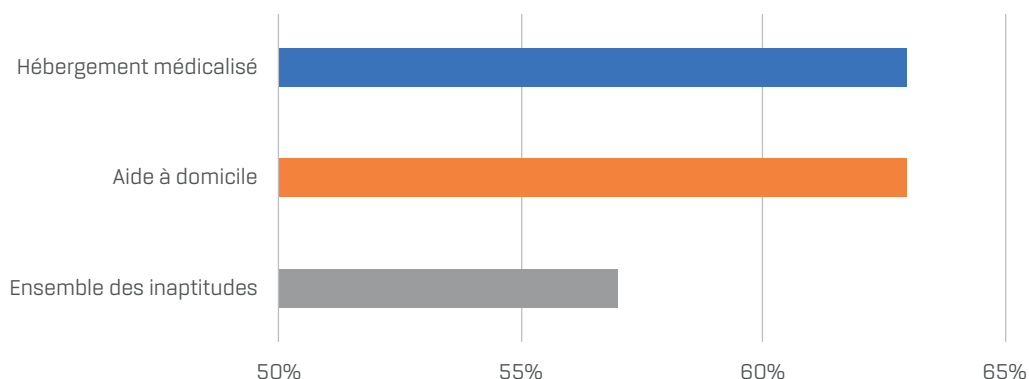


Source : données inaptitudes 2018 ISTNF/Services de santé au travail (Réseau STME). Région Hauts-de-France

## La pénibilité souvent à l'origine de l'inaptitude

La pénibilité au poste est plus souvent à l'origine de l'inaptitude dans ces deux secteurs que dans l'ensemble des inaptitudes tous secteurs confondus (63 % vs 57 %).

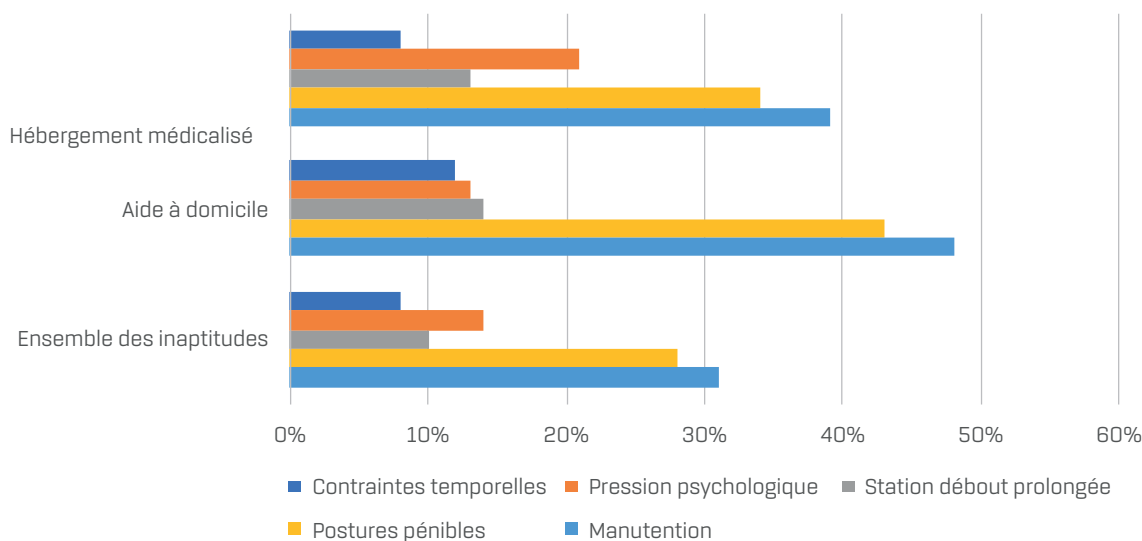
### Pénibilité au poste à l'origine de l'inaptitude



Source : données inaptitudes 2018 ISTNF/Services de santé au travail (Réseau STME). Région Hauts-de-France.

En ce qui concerne les facteurs de pénibilité en cause dans l'inaptitude, on observe plus fréquemment dans ces deux secteurs que dans l'ensemble des inaptitudes tous secteurs confondus, la manutention, les postures pénibles et la station debout prolongée. Cependant, dans l'aide à domicile, les contraintes temporelles sont plus fréquentes tandis que dans l'hébergement médicalisé il s'agit plutôt de la pression psychologique.

### Principaux facteurs de pénibilité à l'origine de l'inaptitude (plusieurs facteurs pouvant être en cause de l'inaptitude)



Source : données inaptitudes 2018 ISTNF/Services de santé au travail (Réseau STME). Région Hauts-de-France.

## Un accompagnement fréquent pour la prévention de la désinsertion professionnelle

La fréquence des visites de pré-reprise dans ces deux secteurs d'activité sont identiques à celles de l'ensemble des autres secteurs. Cependant, les ressources internes aux services de santé au travail pour l'accompagnement à la prévention de la désinsertion professionnelle ont été plus souvent sollicitées (35 % vs 28 %).

# ACTIONS DE PRÉVENTION

## Amélioration de la qualité de vie au travail dans les services à domicile

Avec l'appui de la Direccte et dans le cadre du Plan Régional de Santé au Travail, l'Aract a animé, en 2018 et 2019, une action collective destinée à développer des démarches de qualité de vie au travail dans les structures de l'aide à domicile.

Le secteur est confronté à des problématiques prégnantes de santé au travail qui posent notamment les questions de la soutenabilité et de l'attractivité de ces emplois ainsi que de la qualité de l'accompagnement. Dans le même temps, l'évolution des conditions de prise en charge amène les structures à repenser leur organisation et à rechercher des fonctionnements économiquement et socialement pérennes. C'est dans ce contexte que l'Aract a proposé de profiter d'un projet de transformation pour expérimenter une autre façon de conduire le changement intégrant les questions de santé au travail et plus largement l'expertise des professionnel(le)s sur leur travail.

Un appel à candidature a permis de sélectionner cinq structures ayant un projet de transformation questionnant qualité des conditions de travail et de l'accompagnement :

- Mise en place de la sectorisation ;
- Redéfinition des secteurs pour développer des équipes sur le terrain et optimiser les déplacements et les plannings (projet similaire pour deux structures participantes) ;
- Expérimentation du travail posté ;
- Réorganisation des fonctions de planification et de responsables de secteur (RS).

### Objectifs et modalités de l'action collective

À travers cinq journées de regroupements inter-structures et des accompagnements réalisés par l'Aract lors des temps d'intersession, l'objectif était de construire les conditions d'une démarche qualité de vie au travail en développant une dynamique interne de discussion sur le travail.

La démarche proposée consiste à structurer une concertation pour intégrer un point de vue construit et objectif des professionnel(le)s concerné(e)s par le projet. Cette concertation prend place au sein d'un comité de pilotage paritaire ainsi qu'au sein de groupes de travail. L'Aract a proposé une méthode de travail consistant à : lister les activités transformées par le projet, évaluer les effets des changements du point de vue de la qualité de vie au travail des différent(e)s professionnel(le)s et du point de vue de la qualité de la prise en charge, et enfin, proposer des ajustements au projet initial (produire une liste de recommandations).



### Illustration

Dans le cadre d'un projet de redéfinition des secteurs, la direction, la RH, une RS ainsi qu'une représentante du personnel participent aux regroupements inter-structures. Le comité de pilotage est composé de membres du CA, de la direction, des RS, d'une représentante du personnel et d'aides à domicile. Un groupe de travail (RS et aides à domicile) liste les activités transformées par cette organisation et choisit d'analyser plus finement l'activité de planification, les dimensions collectives du travail à domicile (relations entre collègues et avec l'encadrement) ainsi que les remplacements. Cette analyse a permis par exemple de justifier d'une baisse des km parcourus, mais aussi d'un risque d'intensification du

travail avec plus d'interventions sur une même amplitude horaire. Les recommandations ont permis de construire de nouveaux compromis tenant compte des conditions de travail des intervenantes et des RS ainsi que de la qualité de la prise en charge. Par exemple à travers la définition des besoins d'échanges entre collègues et avec les RS lors des temps de réunion, mais aussi les besoins de montées en compétences des RS pour animer ces temps. Par exemple également sur la charge de travail, à travers la construction de critères pour la planification permettant de tenir compte des contenus des interventions et de la mobilisation physique et psychique associée, mais également de la faisabilité pour la construction des plannings pour les RS.

## Retour d'expérience

Cette action ouvre des perspectives sur l'intégration de la santé au travail dans les projets stratégiques des structures. L'apprentissage de la construction de compromis tenant compte des conditions de travail des différents professionnel(le)s, de la qualité de la prise en charge à domicile et de la pérennité économique des structures suppose de structurer des espaces outillés de discussion sur le travail. Cette action a également permis de repérer des pistes de travail pour les structures de l'aide à domicile, des pistes certes qui ne sont pas nouvelles mais qui sont renouvelées dans un contexte de tensions économiques fortes et dans l'approche d'une conduite du changement intégrant la qualité de vie au travail : développer l'autonomie des professionnel(le)s sur le terrain ainsi que la reconnaissance de leur expertise ; expérimenter une organisation du temps de travail (ici le travail posté) permettant notamment de diminuer les contraintes de conciliation des temps ; répondre aux besoins de collectifs dans le travail et d'échanges entre collègues et avec l'encadrement.

## Développement de la culture de prévention dans les Ehpad

Devant le constat partagé d'une forte sinistralité dans le secteur de l'aide à la personne (à domicile ou en établissement) et d'un maintien dans l'emploi souvent problématique, les acteurs de la prévention en Hauts-de-France (réunis en Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail) ont décidé d'inscrire dans le Plan Régional de Santé au Travail (PRST3) des actions destinées à développer la culture de prévention dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Les Ehpad ont en effet été ciblés pour leur taux de fréquence d'accidents du travail, déjà supérieur à la moyenne nationale tous secteurs confondus mais toujours en croissance et pour des troubles musculo-squelettiques préoccupants, à l'origine d'inaptitudes et de pertes d'emplois. Face à ces risques (et notamment aux nombreuses manutentions) des solutions existent dont la diffusion doit être plus importante : une recommandation nationale « R471 - Prévention des TMS dans les activités d'aide et de soins en établissement » a été adoptée en 2012.

L'action menée dans le cadre du PRST3 a porté sur un échantillon de 120 Ehpad de la région (sur 400 recensés), publics ou privés, de différentes tailles et visités pour une part par un agent Carsat et pour l'autre par un inspecteur du travail. Les services de santé au travail avaient été invités et avaient la possibilité de s'associer à la démarche.

Elle se déroule en 3 phases :

- Phase 1 : état des lieux établi à l'aide d'un même outil partagé par la Carsat, la Direccte et deux Services de Santé au Travail associés à l'action ;
- Phase 2 : analyse des questionnaires renseignés et capitalisation des bonnes pratiques repérées puis retours en direction des 400 Ehpad et recherche de partenariats (organisations professionnelles et ARS) ;
- Phase 3 : information et sensibilisation de la profession, actions d'accompagnement avec les partenaires identifiés en phase 2.

La première phase est terminée depuis début 2018 et la deuxième s'achève en 2019 avec notamment la récente présentation de l'état des lieux à l'ARS. En lien avec le programme TMS Pros, 2020 marquera le début de la période d'accompagnement.

Les résultats des premières phases ont permis d'identifier des points positifs mais aussi des négatifs.

Sur les 120 Ehpad visités (dont la majorité relève du secteur privé commercial ou associatif), le document unique d'évaluation des risques (DUER) a été élaboré partout. Dans deux tiers des établissements le directeur a été formé à la prévention des risques professionnels ; dans environ un tiers, un salarié compétent en prévention a été désigné.

Une formation à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP2S) a été dispensée aux salariés dans la moitié des établissements et les nouveaux embauchés sont accueillis, tuteurés et formés dans la majorité des Ehpad visités.

Quant aux aides techniques à la manutention, les situations sont contrastées : la plupart des Ehpad (95 %) ont des lève-malades mobiles, ils sont aussi très nombreux à disposer de verticalisateurs. Mais les rails en chambre ou en salle de bain commune sont rares (11 à 16 % des Ehpad visités). Et seul un tiers des établissements interrogés connaît la Recommandation nationale R471.

De plus, bien que les salariés soient formés à l'utilisation des aides techniques dans presque tous les établissements, ils déclarent les utiliser peu en se justifiant par un manque de temps.

Sur le plan organisationnel, les risques psycho-sociaux (RPS) sont identifiés dans le DUER de plus de 90 % des Ehpad visités et un plan d'action contre les RPS existe dans plus de 60 % d'entre eux. Mais les actions mises en œuvre relèvent de la prévention tertiaire ou secondaire (groupes de parole animés par un psychologue, séances de sophrologie, cellule d'écoute...) et portent rarement sur les facteurs organisationnels.

Un manque d'effectif est affirmé par presque tous les établissements et une cadence de travail très élevée est accusée d'être à l'origine d'une usure professionnelle prématurée et de nombreux accidents du travail. Un des établissements visités a licencié le quart de son personnel soignant entre 2017 et 2018, dans les suites d'inaptitudes médicales. Quelques établissements ont toutefois entrepris un travail de gestion prévisionnelle des emplois et compétences et d'autres améliorent la gestion des temps de travail (optimisation des plannings de roulement, pour respect des temps de repos, etc.).

D'ores et déjà, de l'information a été donnée aux établissements visités (sur place, par lettre d'observation ou mail...) notamment sur la Recommandation nationale. Mais l'ensemble des établissements de la région sera visé par les actions qui seront construites avec les partenaires identifiés.

## Prévenir le risque routier dans l'aide à domicile

**L'action vise à mobiliser et accompagner à distance un panel d'entreprises d'aide à domicile pour faciliter la mise en place en leur sein d'actions de prévention axées sur le risque routier professionnel.**

Les entreprises concernées sont des sociétés ou des associations des Hauts-de-France :

- ayant eu au moins un accident de travail lié à un accident de la route lorsque le salarié était en mission ;
- souhaitant mettre en place un programme d'actions de prévention du risque routier.

Les entreprises concernées devront réaliser un **état des lieux** pour évaluer leur maîtrise du risque routier. Une **offre de service personnalisée** sera ensuite proposée à chaque entreprise pour lui permettre d'atteindre un socle d'actions de prévention.

Pour aider les entreprises dans cette démarche, la Carsat :

- mettra à disposition des **outils connectés** pour sensibiliser les acteurs de l'entreprise et les inciter à agir (*e-learning* pour déclencher une prise de conscience, serious game pour modifier les comportements au volant, outil en ligne d'évaluation du risque routier) ;
- organisera des **réunions collectives** d'échange ainsi qu'un **suivi personnalisé**, par téléphone ou par mail.

## Introduction des risques professionnels dans la Démarche Qualité de l'aide à domicile

Afin de mettre en œuvre ses plans d'aide personnalisés au domicile des bénéficiaires, la Carsat Hauts-de-France établit des conventions de partenariat auprès de prestataires d'aide à domicile. Ces structures, nommées Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), qu'elles soient publiques, associatives, ou privées lucratives, effectuent différentes prestations d'aide à domicile auprès des personnes âgées retraitées. Les salariés intervenants sont confrontés dans leur activité quotidienne aux risques professionnels inhérents aux multiples tâches effectuées au domicile des bénéficiaires.

Le conventionnement permet de garantir aux personnes retraitées un niveau de prestations de qualité et un système de Tiers-payant où elles ne payent que leur reste à charge. Il apporte aux SAAD une activité supplémentaire et une meilleure attractivité.

Pour garantir un service de qualité aux bénéficiaires, la procédure de conventionnement des structures établie par la Carsat détermine des pré-requis et de multiples critères à satisfaire. Dans cette démarche un questionnaire qualité a été élaboré et intègre également le champ de la prévention des risques professionnels, ces critères participant aussi au score établi pour l'obtention du conventionnement.

Ce questionnaire est un outil également utilisé pour le suivi qualité des structures conventionnées.

Les questions concernant les actions de prévention des risques professionnels mises en place par les structures sont les suivantes :

- Disposez-vous d'un ou plusieurs référents sur la prévention des risques encourus par les aidants salariés et par les bénéficiaires ?

- Quelles ont été les formations suivies par ce référent lui permettant d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de sa mission ? (Animateur Prévention Aide et Soins à Domicile (AP-ASD), Analyse des accidents du travail, Devenir personne ressource du projet de prévention des TMS, Autres).
- Effectuez-vous des repérages des risques à domicile (risques encourus par les salariés et par les bénéficiaires) ?
- Les informations issues de ces repérages servent-elles à mettre à jour le Document Unique d'Evaluation des Risques ?
- Pour identifier les besoins en aides techniques, réalisez-vous par des professionnels (ergothérapeute ou kinésithérapeute) des diagnostics aux domiciles des personnes aidées ?

Par ailleurs, un travail de sensibilisation aux risques professionnels de l'aide à domicile est effectué auprès des SAAD conventionnés par de nombreux échanges et des supports documentaires (brochures, catalogues et référentiels, etc.). Ainsi lors de la procédure de conventionnement et tout au long du partenariat, la Carsat sensibilise et accompagne les structures d'aide à domicile à la prévention des risques professionnels.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile conventionnés par la Carsat sont localisables et visualisables sur l'Observatoire Des Fragilités\*. L'objectif principal de cet outil en ligne est de déterminer des territoires dits « fragiles » en fonction de critères de fragilité (âge, ressources, isolement, accès aux soins) et de pouvoir identifier les territoires prioritaires d'intervention en matière de prévention des risques concernant la santé, le social et le vieillissement.

\*<http://www.observatoiredesfragilites.fr/>

## Démarche de prévention TMS pros déclinée dans les Ehpad

Les Troubles MusculoSquelettiques (TMS) sont des pathologies multifactorielles qui ont en commun d'être directement liées aux conditions de travail et qui se traduisent par des symptômes douloureux et une réduction de la capacité de travail. Par leur impact sur la santé des professionnels, les TMS altèrent le fonctionnement et l'organisation des Ehpad. La prévention via des actions concrètes constitue un enjeu primordial pour la santé des soignants et la qualité de prise en soin des résidents.

L'Assurance Maladie – Risques professionnels a mis en place le programme TMS Pros, une démarche de prévention pour aider tous types d'entreprises, Ehpad y compris, à prévenir durablement les TMS.

Il s'agit d'une démarche d'amélioration continue qui, par une mobilisation de compétences sur la prévention des TMS, permet l'amélioration de la relation de soin et la diminution de l'absentéisme.

Pour les Hauts-de-France, 85 Ehpad seront ciblés dans cette nouvelle phase du programme TMS Pros. Au niveau national, les 500 Ehpad ciblés représentent près de 40 % des indemnités journalières liées à des TMS ou des lombalgies du secteur. Chacun d'entre eux fera l'objet d'un accompagnement

## Offre de formation pour l'aide à domicile et les établissements médicalisés

Il s'agit d'une offre de formation à destination de toute la ligne hiérarchique afin qu'elle soit, dans ses missions respectives, acteur de la démarche de prévention des risques professionnels.

Deux dispositifs sont proposés :

- l'un pour les établissements (dispositif de formation sanitaire et médico-social - ex HAPA).
- l'autre pour le secteur du domicile (dispositif de formation ASD - Aide et soin à domicile).

Les points communs de ces deux dispositifs : la formation du dirigeant, d'un animateur de prévention et des professionnels. Pour les professionnels, il s'agit de la formation à la Prévention des Risques liés à l'Activité Physique pour le sanitaire et social (PRAP 2S).

## Aides financières à destination des deux secteurs

Deux types d'aides financières sont proposées :

- les Contrats de Prévention, pour les entreprises de moins de 200 salariés.
- deux Subventions Prévention, pour les entreprises de moins de 50 salariés, l'une pour le secteur de l'aide et des soins à domicile, l'autre pour les établissements.

## Les Contrats de Prévention

Les modalités d'obtention d'une aide financière par l'intermédiaire de ce dispositif sont définies dans la Convention Nationale d'Objectifs entrée en vigueur le 10 mars 2018, pour une durée de quatre ans. Cette convention fixe un « programme d'actions spécifique aux activités du secteur de l'hébergement, de l'aide et du soin à la personne ».

Les aides financières octroyées ont pour objectif d'aider les entreprises dans la mise en œuvre de leur plan d'actions de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Les mesures prioritaires éligibles concernent le conseil et formation pour l'ensemble de la ligne hiérarchique, les investissements dans des aides techniques notamment d'aide à la manutention ainsi que toute mesure organisationnelle susceptible d'améliorer les conditions de travail.

## La Subvention Prévention pour le secteur de l'aide et soins à la personne à domicile

Pour protéger la santé des salariés du secteur de l'aide à domicile, l'Assurance Maladie - Risques professionnels propose aux entreprises de moins de 50 salariés la subvention Aide et soins à la personne. Objectif : réduire les troubles musculo-squelettiques et les chutes.

### Risques professionnels concernés

Pour réduire les risques liés aux chutes et aux troubles musculo-squelettiques (TMS), l'Assurance Maladie - Risques professionnels aide les entreprises dans l'achat d'équipements adaptés. Le choix de ces équipements répond à des situations de travail particulièrement exposantes. Une meilleure organisation du travail, une formation spécifique et des équipements adaptés sont les réponses pour diminuer les sollicitations des membres supérieurs et du rachis lombaire.

### Entreprises éligibles

Cette aide financière est destinée à toutes les entreprises de 1 à 49 salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale et dont le code risque correspond à :

- 85.1AC Services de soins privés médicaux exclusivement à domicile ;
- 85.3AB Services d'aide sociale à domicile (auxiliaires de vie, aides ménagères..).

### Montant de la subvention et équipements financés

« Aide et soins à la personne à domicile » correspond à une subvention d'un montant de 50 % de l'investissement hors taxes réalisé par les entreprises pour acquérir les matériels et les formations suivantes. Elle est plafonnée à 25 000 euros. Cette aide financière permet le financement de packs de matériels constitués d'un équipement obligatoire car prioritaire en prévention complété de matériel optionnel en lien avec l'activité et l'équipement ciblé.

- **Pack « hygiène et toilette »** comprenant siège de douche et/ou de bain réglable électrique avec en option :
  - Rehausse WC avec accoudoirs ;
  - Barre d'appui.
- **Pack « mobilisation dans et autour le lit »** comprenant drap de glisse, avec en option :
  - Poulie rehaussement au lit ;
  - Ceinture de transfert multiprises.
- **Pack « transfert »** comprenant lèves personnes sur rail y compris harnais, moteurs fixes ou mobiles ou sur portique, avec en option :
  - Dispositif releveur électrique en cas de chute ;
  - Fauteuil releveur mécanique à vérin.
- **Pack « entretien du domicile »** comprenant balai essoreur avec manche télescopique et seau combiné, avec en option :
  - Equipements avec manche télescopique pour l'entretien des surfaces en hauteur.

### Prestations de formation

3 prestations de formations sont proposées et peuvent se cumuler :

- Formule courte sous forme d'une journée pour les intervenants, le référent prévention de la structure et le dirigeant pour la maîtrise de l'utilisation du matériel acquis (généralement dispensée par le fournisseur de matériel ou un organisme de formation) ;
- Dispositif Aide et Soins à Domicile (Acteur et animateur ASP) : dirigeant, animateur et intervenants à domicile ;
- Formation au soin de manutention (intégration des aides techniques dans la démarche de soin et d'aide à la mobilité) : dirigeant et animateur et intervenants à domicile.

Plus d'infos sur <https://www.ameli.fr/entreprise> rubrique Santé au travail/Aides financières TPE PME/Secteur aide et soins à la personne.

## La Subvention Prévention pour le secteur de l'aide et soins à la personne en établissement

Pour protéger la santé des salariés du secteur de l'aide et soins en établissement, l'Assurance Maladie - Risques professionnels propose aux entreprises de moins de 50 salariés la subvention Aide et soins en établissement. Objectif : réduire les risques liés aux ports de charges lourdes, aux gestes répétitifs, aux postures contraignantes et ceux liés aux chutes.

### Risques professionnels concernés

Pour réduire les risques liés aux chutes et aux troubles musculo-squelettiques (TMS), l'Assurance Maladie - Risques professionnels aide les entreprises dans l'achat d'équipements adaptés. Le choix de ces équipements répond à des situations de travail particulièrement exposantes. Une meilleure organisation du travail, une formation spécifique et des équipements adaptés sont les réponses pour diminuer les sollicitations des membres supérieurs et du rachis lombaire.

### Entreprises éligibles

Cette aide financière est destinée à toutes les entreprises de 1 à 49 salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale et dont le code risque correspond à :

- 851.AD: Établissements de soins privés y compris les centres de réadaptation fonctionnelle, autres instituts pour la santé (établissements thermaux, etc.) ;
- 853.AC : Accueil, hébergement en établissement pour personnes âgées ;
- 853.AD : Accueil, hébergement en établissement pour personnes handicapées (enfants et adultes).

### Montant de la subvention et équipements financés

« Aide et soins à la personne en établissement » correspond à une subvention d'un montant de 50 % de l'investissement hors taxes réalisé par les entreprises pour acquérir les matériels et les formations suivantes. Elle est plafonnée à 25 000 euros. Cette aide financière permet le financement de prestations de formation et de packs de matériels constitués d'un équipement obligatoire car prioritaire en prévention complété de matériel optionnel en lien avec l'activité et l'équipement ciblé. Ces mesures peuvent être prises séparément ou se cumuler.

- **Pack « hygiène et toilette »** comprenant siège de douche et/ou de bain réglable électrique avec en option :
  - Sièges de douche et/ou de bain réglables électriques (2 unités minimum au choix) avec en option :
    - Rehausse WC avec accoudoirs ;
    - Barre d'appui.
- **Pack « mobilisation dans et autour le lit »** comprenant drap de glisse, avec en option :
  - Draps de glisse (ou de glissement) pour rehaussement et/ou de transfert (20 unités minimum au choix) avec en option :
    - Poulie rehaussement au lit ;
    - Ceinture de transfert multiprises.
- **Pack « transfert »** comprenant lèves personnes sur rail y compris harnais, moteurs fixes ou mobiles ou sur portique, avec en option :
  - Lève personnes sur rail y compris harnais / sangles, moteurs fixes ou mobiles ou portables ou sur portique ou avec roues avec en option :
    - Dispositif releveur électrique en cas de chute ;
    - Fauteuil releveur mécanique à vérin.
- **Pack « entretien du domicile »** comprenant balai essoreur avec manche télescopique et seau combiné, avec en option :
- Pack entretien des locaux, du linge et distribution des repas
  - Autolaveuses électriques avec en option :
    - Chariots à fond mobile pour le linge ;
    - Chariots de distribution des repas.

### Prestations de formation

Deux prestations sont proposées et peuvent être cumulables :

- Dispositif HAPA (SMS) sanitaire et médicosocial : dirigeant, animateur et PRAP2S pour les soignants et agents ;
- Formation au soin de manutention (intégration des aides techniques dans la démarche de soin et d'aide à la mobilité) : dirigeant, animateur, soignants et agents.

Plus d'infos sur <https://www.ameli.fr/entreprise> rubrique Santé au travail/Aides financières TPE PME/Secteur aide et soins à la personne.



## Pour en savoir plus

- La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Quelles disparités entre départements ? Les dossiers de la Drees, n° 34, avril 2019.
- Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. Les dossiers de la Drees, n° 13, mars 2017.
- Les nouveaux salariés des Services à la Personne en Hauts-de-France. C2RP, Juin 2018.
- Etude-action sur l'évolution de l'offre des organismes de services à la personne en Hauts-de-France. Diagnostic régional des services à la personne et recommandations. C2RP/Groupe ENEIS, septembre 2018.
- Travailler au domicile de particuliers employeurs âgés. Enjeux et orientations pour développer une prévention des risques au domicile. FEPEM, février 2019.
- L'accompagnement des personnes âgées à domicile. Le baromètre des emplois de la famille n° 27. FEPEM, janvier 2019.
- Vieillesse de la population : une estimation des particuliers employeurs âgés et des besoins d'emploi à domicile à l'horizon 2040. Le baromètre des emplois de la famille n° 25. FEPEM, Septembre 2018.
- Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2019. CNSA.
- Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ? Dares Analyses n° 038, août 2018.
- Les services à la personne. Repères sur le management dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Direccte/Aract Hauts-de-France. Séminaire du 4 octobre 2016.
- 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee première n° 1767, juillet 2019.
- Bilan démographique 2018 : des naissances en baisse, des décès en hausse. Insee Flash Hauts-de-France, n° 71, juin 2019.
- Une perte d'autonomie chez les seniors plus fréquente qu'au niveau national. Insee Flash Hauts-de-France, n° 46, juin 2018.
- Population des Hauts-de-France, la région quitte le trio de tête à l'horizon 2050. Insee Analyses Hauts-de-France, n° 50, juin 2017.
- Services à la personne : 92 000 salariés, souvent employés pour un faible nombre d'heures. Insee Flash Hauts-de-France, n° 26, mai 2017.
- La santé au travail dans les Hauts-de-France – Atlas régional 2018. CARSAT Nord-Picardie, février 2019.
- Baromètres de l'absentéisme et de l'engagement, cabinet Ayming.

**Directeur de la publication :** Jean-Louis Miquel.

**Directeur de la rédaction :** Christophe Madika.

### Comité de rédaction

**ARS Hauts-de-France :** David Verloop.

**CARSAT Nord-Picardie :** Letizia Chiarore, Emmanuel Delecourt.

**Diraccte Hauts-de-France :** Nathalie Delattre, Martine Leblanc, Dr Brigitte Sobczak.

**ISTNF :** Mireille Surquin.

**MSA :** Lugdivine Gobin-Dabonneville, Catherine Milh.

**OR2S :** Anne Lefèvre.

**Pôle Santé Travail :** Dr Florian Tone.

**Santé Publique France :** Hélène Prouvost.

**Sécurité sociale des indépendants :** Sonia Rollot.

**Université de Lille - CHU Lille :** Dr Ariane Leroyer.

Janvier 2020

N° ISSN : 2555-2635.

# La santé au travail

## DANS LES HAUTS-DE-FRANCE



**Direccte** Hauts-de-France

