



Institut National de Médecine Agricole

**Mémoire pour l'obtention du Diplôme de
Médecine Agricole**

**LES AIDES A DOMICILE SONT-ELLES
SUJETTES A UN RISQUE PSYCHOSOCIAL
PARTICULIER :
LE « BURN OUT »**

Présenté par le Docteur Nicolle-Maury Béatrice

**44 rue Feydel 46000 Cahors
31 août 2010**



Institut National de Médecine Agricole

**Mémoire pour l'obtention du Diplôme de
Médecine Agricole**

**LES AIDES A DOMICILE SONT-ELLES
SUJETTES A UN RISQUE PSYCHOSOCIAL
PARTICULIER :
LE « BURN OUT »**

Présenté par le Docteur Nicolle-Maury Béatrice

**44 rue Feydel 46000 Cahors
31 août 2010**

REMERCIEMENTS

A l'ensemble de la MSA Midi-Pyrénées Nord

Et plus particulièrement à :

Monsieur Jacques Bernat, Président du Conseil d'Administration,
Monsieur François Dubeau, Directeur Général,
Pour m'avoir permis d'entrer à la MSA et de rencontrer des personnes de qualité

Monsieur Jean-Louis Bonnet, Directeur Général Adjoint (Site de Cahors),

Docteur Marc Delanoë, Médecin du Travail, Chef du Service de Santé au Travail,
Docteur Isabelle Aguera, Médecin du Travail (Site de Cahors),
Qui par leurs conseils, leurs expériences et leur tact m'ont longuement accompagnée
lors de ce travail

A Monsieur Christian Alba, Informaticien,
A Valérie Avonts, Colette Cadars, Brigitte Escrouzailles et Sébastien Bresson,
Qui sans hésitations, m'ont apporté l'aide technique qui me fait cruellement défaut,
pour maîtriser Excel, Power point et autres langages informatiques !

A mes Collègues, Médecins du Travail de la MSA Midi-Pyrénées Nord, chez qui j'ai senti
une réelle empathie et un esprit d'équipe qui ont grandement facilité mon intégration

A Mesdames Valérie Demay et Rachel Ricaud, Psychologues du Travail, Tisalis Consultants
Qui ont gentiment apporté leurs suggestions sur le choix du questionnaire

Au Docteur Jeanne-Marie Ehster, Médecin du Travail, ancien Médecin Inspecteur Régional
du Travail et de la Main d'œuvre (MIRTMO) de Midi-Pyrénées,

Qui a facilité ma rencontre avec les acteurs d'une enquête sur les conditions de
travail des aides à domicile du Lot, à savoir :

François Florenty, Inspecteur du Travail du Commerce et de l'Industrie

Sandrine Fastre et Alain Dupiet, Cabinet d'Ergonomes AZ Conseil

Ces derniers m'ont aimablement permis d'assister aux réunions de restitution de leur enquête
sur les conditions de travail des aides à domicile du Lot et confié les conclusions de leur étude

Les Associations d'ADMR du Tarn et de l'Aveyron et l'ADAR du Quercy Blanc, ainsi que
leurs responsables administratifs qui ont donné leur accord à ce projet

**Aux salariées qui ont répondu avec célérité à l'enquête et chez qui j'ai senti
un vif désir de coopération, avec des petits mots gentils d'encouragement !**

Que tous soient convaincus de ma gratitude pour ce travail de groupe

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
GLOSSAIRE	8
CHAPITRE I : Mieux connaître le métier d'aide à domicile	10

A. Historique de la profession d'aide à domicile	11
I. Les lois qui ont jalonné leur parcours	11
II. L'organisation des offres de service	12
1. Les fédérations et le soutien des partenaires sociaux	12
2. Le mode de financement et ses conséquences	15
3. Le mode de fonctionnement des structures d'aides à domicile	16
B. La formation des aides à domicile	18
I. Les catégories d'emplois	18
II. Le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS)	18
III. Les autres diplômes	19
IV. La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)	19
C. Les aides à domicile : leur rôle théorique et le travail réel	21
I. La définition des tâches	21
II. Le travail réel des aides à domicile	22
III. L'écart entre le travail prescrit et le travail réel	22
IV. L'histoire de travail d'une aide à domicile	24

CHAPITRE 2 : Évaluation des risques professionnels	25
-----------------------------------------------------------	-----------

A. Comment évaluer les risques professionnels	26
B. Quels sont les risques professionnels des aides à domicile ?	27
I. Des risques généraux	27
1. Biomécaniques	27
2. Physiques	27
3. Chimiques	27
4. Infectieux	27
5. Routiers	27
II. Des risques psycho sociaux	28
1. L'intervention des membres de la famille	28
2. La confrontation à la déchéance et à la mort	28
3. Le travail en isolé	28
4. La définition imprécise du travail	28
5. La contrainte de temps	28
6. La présence insuffisante de la hiérarchie intermédiaire	28
III. En conclusion	29

CHAPITRE 3 : Étude de la dimension psycho sociale	30
----------------------------------------------------------	-----------

A. Des définitions	31
I. Le risque psycho social	31
II. Le stress	31
III. Le « burnout » ou syndrome d'épuisement professionnel	32

B. Des méthodes de mesures	32
I. Le courant Ergonomique	32
1. Le modèle de KARASEK	32
2. Le modèle de SIEGRIST	32
II. Le courant Médical	33
1. Le modèle de SELYE	33
2. Le modèle de LABORIT	33
3. Le modèle de MASLACH	33
C. Le choix du mode d'évaluation	33
I. L'échelle de Maslach	34
II. Le trépied du burnout	34

CHAPITRE 4 : Enquête : le burnout des aides à domicile en MSA MPN **36**

A. La base de données	37
I. L'organisation des aides à domicile dans les trois départements	37
II. La construction de la base	37
1. La requête	37
2. Les critères de sélection pour constituer l'échantillon	38
3. L'échantillon	38
4. La discussion	39
5. La procédure	39
B. Le questionnaire	40

CHAPITRE 5 : Résultats et commentaires **43**

A. Les résultats	44
I. Le taux de réponse par département	44
II. Les données socioprofessionnelles générales	45
1. L'âge des salariées	45
2. L'ancienneté dans la profession	46
3. Le nombre d'heures travaillées	47
4. Le diplôme obtenu avant d'entrer dans la fonction	48
B. Le burnout	49
I. L'épuisement émotionnel	49
1. Résultat global	49
2. Par tranches d'âge	50
II. La dépersonnalisation ou distanciation	51
1. Résultat global	51
2. Par tranches d'âge	51
III. L'accomplissement personnel	52
1. Résultat global	52
2. Par tranches d'âge	53
C. L'indice de satisfaction	53
I. Résultats généraux	54
II. Résultats en fonction de l'âge	54

A. Discussion	57
I. Les données socio professionnelles	57
1. La moyenne d'âge	57
2. Le statut marital	58
3. L'ancienneté dans la profession	58
4. Le nombre d'heures travaillées	58
3. La qualification des aides à domicile	58
II. Le risque psycho social	59
1. Des enquêtes	59
2. Le trépied de Maslach	59
3. Le score d'épuisement professionnel	61
III. La satisfaction générale	63
B. Propositions	64
I. Les signaux d'alerte	64
II. L'aspect organisationnel	66
III. La mise en commun des savoirs	66
IV. L'engagement	66
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	70
RECAPITULATIF DES TABLEAUX, SCHEMAS ET GRAPHIQUES	74
ANNEXE I : Le questionnaire	75
ANNEXE II : Référentiel professionnel des auxiliaires de vie sociale	76
ANNEXE III : Extrait de la charte des ADMR du Tarn – 2003	78
RESUME – ABSTRACT	

INTRODUCTION

Depuis une cinquantaine d'années, les pays européens sont confrontés à un problème majeur de santé publique, le vieillissement de la population, avec pour corollaire un risque de fragilisation et de dépendance des personnes de plus de 60 ans. Le coût croissant des dépenses de santé implique donc la nécessité d'une politique globale de prévention, intégrant la lutte contre cette dépendance (1).

Depuis les années 60, tous les gouvernements ont engagé une réflexion afin de maintenir ces personnes chez elles, dans des conditions décentes de revenus et de confort de vie. Ce qui a permis l'émergence de nouveaux métiers comme celui d'aide à domicile, qui fait partie des professions de l'aide à la personne. Apparues en 1945 et réunies en petites associations locales, les aides à domicile se sont regroupées, petit à petit, en associations fédératrices encouragées par les gouvernements successifs, afin de proposer une harmonisation et une amélioration de l'offre vis-à-vis de la demande grandissante.

Ce métier neuf est mal connu du grand public, pour qui il s'agit de « femmes de ménage » employées au service des personnes âgées qui désirent, dans la mesure du possible, rester chez elles.

Connaissons-nous précisément les conditions de travail des aides à domicile, leur mode de recrutement et leur formation ?

S'agit-il d'un métier, nécessitant des compétences particulières, ou sont-elles de simples femmes de ménage comme le pense la population générale ?

En temps que salariées, bénéficient-elles d'une surveillance médicale de médecine du travail ?

Dans ce contexte, quel est le rôle du médecin du travail qui pressent que les conditions de travail sont difficiles, aléatoires, que la formation professionnelle paraît insuffisante et qu'il existe un manque de connaissance et de reconnaissance de la profession ?

Ces difficultés peuvent-elles retentir sur le vécu du métier et engendrer un risque psychosocial ?

Nous essayerons, grâce à ce questionnement, de **nous attacher à mieux connaître** cet emploi, ses conditions de travail et étudier plus spécifiquement la pénibilité ressentie.

Nous aborderons dans un premier temps les généralités de cette profession avec ses fondements historiques, son organisation et la formation des aides à domicile. Puis nous étudierons le travail proprement dit, avec les difficultés d'appréciation du travail réel et les risques professionnels.

Enfin nous nous interrogerons sur le risque psychosocial de ce métier et plus particulièrement le Syndrome d'Épuisement Professionnel ou "burn out syndrome" des anglo-saxons.

Nous avons donc effectué une enquête auprès des aides à domicile des trois départements de la MSA TAL (Tarn, Aveyron et Lot), devenue la MSA MPN (Midi-Pyrénées Nord), le 1^{er} avril 2010, après la fusion avec le Tarn et Garonne.

Nous avons utilisé le "Maslach Burnout Inventory" ou MBI. Ce questionnaire a été mis au point par le professeur Christina Maslach, validé internationalement et adapté en français (2).

GLOSSAIRE

Le glossaire est placé après l'introduction pour faciliter la lecture du premier chapitre qui comporte de nombreuses abréviations.

ADAR : Aide à Domicile en Activité Regroupée

ADESSA : Fédération Nationale d'Associations d'Aides et de Services à Domicile devenue : **ADESSA/A DOMICILE** (1^{er} janvier 2010)

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANSP : Agence Nationale des Services à la Personne

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

BEPA : Brevet d'Enseignement Professionnel Adulte

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CAFAD : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile

CERC : Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale

CESU : Chèque Emploi Service Universel

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales

CNAV : Caisse Nationale d'Allocation Vieillesse

CNASEA : Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FEPEM : Fédération Nationale des Particuliers Employeurs

GIE PREVA: Groupement d'Intérêt Économique Prévention Évaluation Autonomie

GIR : Groupe Iso Ressource

MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

PCH : Prestation Compensatrice du Handicap

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

SESP : Syndicat des Entreprises de Services à la Personne

TISF : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale

TMS : Trouble Musculo-squelettique

UNASSAD : Union Nationale des Associations de Soins et Services A Domicile devenue :

UNA : Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles

UNCCAS : Union Nationale des Comités Communaux d'Action Sociale

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

CHAPITRE I

Mieux connaître le métier d'aide à domicile

A. Historique de la profession d'aide à domicile

I. Les lois qui ont jalonné leurs parcours

Du bénévolat à la professionnalisation

Initialement, l'aide aux personnes âgées reposait sur le bénévolat et l'engagement religieux. Sous l'Ancien régime, l'édit de Moulins en 1566, institue l'assistance paroissiale qui deviendra communale après la Révolution, puis départementale à partir du début du vingtième siècle (3). A cette époque se créent les premières associations d'aide à domicile qui se développent après la seconde guerre mondiale. De 1945 à 1980 on assiste à une évolution des vocables, liés aux modes de fonctionnement : les mouvements associatifs fondés au départ sur le bénévolat sont relayés par des collectivités territoriales. On passe alors de l'appellation « emplois familiaux » à celui de « service de proximité », pour devenir en 1994 « services aux particuliers ».

Décret de 1962

C'est à partir de ce décret, dit rapport *Larroque*, qu'apparaît le début d'une politique vieillesse avec des propositions sur le logement, l'hébergement des personnes âgées et l'aide à domicile. Il est peu suivi d'effets.

Le financement est assuré par la caisse d'assurance vieillesse.

Avec la **loi d'orientation de 1975**, relative aux personnes handicapées, apparaît le terme d'*auxiliaire de vie*, désignée comme intervenante de l'aide à domicile (4).

Décret du 8 mai 1981

Il précise la définition et le rôle des services de soins à domicile. Confirmé par la **circulaire de 1982** dite *Franceschi*. Elle définit le mode d'intervention et le financement des services d'aide et de soins à domicile.

Une convention collective nationale de travail est signée le 11 mai 1983.

Loi du 27 janvier 1987

Création des associations intermédiaires qui ont pour objectif, de mettre en relation les demandeurs d'emploi et les personnes ayant besoin d'aide à domicile. Le défi consiste à aider des personnes à se réinsérer, en exerçant des activités de proximité, sans pour autant négliger la nécessaire professionnalisation que ces activités requièrent.

Loi 91-1405 du 31 décembre 1991

La loi consacre l'apparition du « champs des services à la personne » dans le cadre législatif français. Elle impose par ailleurs un agrément d'Etat pour les services de placement des travailleurs auprès des personnes physiques les plus vulnérables et crée enfin le statut d'association mandataire : le particulier reste l'employeur, mais il est déchargé du recrutement et des démarches administratives.

Loi du 20 juillet 2001 (5)

Création de l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) à la place de la PSD (Prestation Spécifique Dépendance). Celle ci est mise en place en janvier 2002. Elle est gérée par le Conseil Général. Elle vise à permettre aux personnes âgées de 60 ans et plus, de financer les aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Décret du 26 mars 2002 (n°2002-410)

Organisation de la formation d'auxiliaire de vie sociale, le **DEAVS** ou **Diplôme d'Auxiliaire de Vie Sociale** remplace le **CAFAD**, **Certificat à la Fonction d'Aide à Domicile**.

Il décrit le référentiel de l'activité de l'aide à domicile.

Loi Borloo du 27 juillet 2005

Elle étend les activités des services à la personne au delà des services traditionnels et englobe des prestations variées telles que garde d'enfant, assistance informatique ou surveillance de domicile...

Elle met l'accent sur la structuration de l'offre et le développement d'entreprises prestataires. Elle veut simplifier le recours aux services et en réduire le coût, améliorer les conditions de rémunération et les formations et permettre aux entrepreneurs d'avoir un cadre favorable au développement de leurs activités.

L'Association Nationale des Services à la Personne (**ANSP**) est créée sous l'égide du Ministère de l'Emploi et de la Cohésion Sociale. Elle a pour mission prioritaire d'instruire les dossiers d'agrément et de promouvoir le **Plan de Développement des Services à la Personne (4)**.

II. L'organisation des offres de service

1. Les fédérations et le soutien des partenaires sociaux

a. Les fédérations

Au fur et à mesure que les dispositifs publics de soutien à la personne se développent, une offre de services à la personne se met en place dans le cadre d'initiatives associatives.

Ces structures d'aide à domicile existent depuis 1945 et sont issues du **Mouvement Familial Rural** sous forme d'association de type « loi de 1901 ».

Entre 1950 et 1965, elles se nomment **Service des Aides Familiales Rurales**, puis au fur et à mesure de la professionnalisation, du financement public et du partage du pouvoir de décision avec les organismes payeurs, apparaît en 1976, l'appellation **ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural)**.

De multiples institutions vont coexister (6) :

- du secteur public, le **Comité Communal d'Action Sociale (CCAS)**,
- du parapublic, les **Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)**,
- des associations privées :
 - les associations d'aide à domicile apparue en 1987 (**UNASSAD**), appelée maintenant **UNA**,
 - les associations d'aide à la personne (1991),
 - les mutuelles,
 - les particuliers employeurs.

Cette fragmentation est tempérée par l'existence de **grandes fédérations associatives**, au niveau national.

Ces structures sont, pour la plupart, en lien avec le Conseil Général qui est l'organisme payeur.

Elles sont implantées en milieu rural ou urbain. Leur taille peut être variable, de quelques salariés à une centaine. Parfois elles regroupent plusieurs activités, des aides soignantes et des aides à domicile au sein d'une même structure.

La plupart des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) sont fédérés par l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale ou UNCCAS qui représente 95% des communes de plus de 10 000 habitants.

Le secteur associatif est représenté par plusieurs fédérations. Les deux principales sont l'UNA, « Union Nationale de l'Aide des soins et des services à domicile », et l'UNADMR ou « Union Nationale des Aides à Domicile en Milieu Rural ». Elles se sont rapprochées en Juin 2004 pour créer une union de branche à laquelle s'est jointe l'ADESSA. D'autres fédérations interviennent : la FNAAFP, la Fédération Nationale d'Aide et d'Intervention à Domicile (FNAID) qui vient de fusionner avec l'UNACCSS.

Le secteur de gré à gré est couvert par la « Fédération des Particuliers Employeurs » (FEPEM)
Le reste du secteur privé est représenté par les « Syndicats d'Employeurs des Services à la Personne » (SESP)

Tableau I : Les grandes fédérations d'aide à domicile (6)

L'agrément.

La loi du 31 décembre 1991 consacre l'apparition du champ des services à la personne. Elle impose un agrément d'état pour les services de placement des travailleurs auprès des personnes physiques afin de protéger les plus vulnérables et d'obtenir les allègements de charge sociales consenties par l'état.

Ces services doivent obtenir un agrément « simple » ou « qualité ». C'est le préfet qui délivre et retire l'agrément. Le président du Conseil Général est également consulté pour avis de l'agrément qualité. La validité de l'agrément est de 5 ans (4).

Agrément simple :

Les associations effectuant les tâches ménagères ou familiales ne sont pas tenues d'être agréées, sauf si leur activité concerne des publics fragiles (article L 7233-1 du Code du Travail) ou si elles souhaitent bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux.

Agrément qualité :

L'article 7233-1, premier alinéa, prévoit que l'agrément est obligatoire pour les associations et entreprises dont le champ d'activité concerne « la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées qui ont besoin d'une aide à domicile ou d'une aide à la mobilité...favorisant le maintien à domicile ».

Ces associations ou entreprises peuvent alors bénéficier des dispositions de l'article L 7233-3 et L 7233-4, autrement dit des avantages fiscaux : taux réduit de TVA, réduction d'impôt et exonération de charges sociales patronales.

Tableau II : L'agrément (6)

b. Les partenaires sociaux

Le Conseil Général et la Sécurité Sociale sont les principaux financeurs. Le financement est basé sur un tarif horaire.

Il peut être complété par les organismes de protection sociale comme :

- la **CAF** (Caisse d'Allocation Familiale),
- la **CNAM** (Caisse Nationale d'Assurance Maladie),
- la **CNAV** (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse),
- la **CNSA** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Ce sont leurs conseils d'administration qui déterminent les aides allouées, selon des critères que chacun se fixe librement.

Le Conseil Général verse la prestation d'aide sociale légale, prestation spécifique dépendance remplacée en 2002 par l'**APA** (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et en fixe le montant horaire pour tous les bénéficiaires du département.

Il assure aussi le versement de la **PCH** ou Prestation Compensatrice du Handicap.

Les personnes âgées dépendantes ou les personnes handicapées vivant à domicile, correspondent au champ des services à la personne.

L'**APA** est une prestation destinée à l'achat de biens et de services pour pallier à la perte d'autonomie de la personne de plus de 60 ans. Le versement de cette allocation a pour but « la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile » (art L 232-6 du Code de l'Action Sociale).

Son montant dépend du niveau de dépendance de la personne. L'évaluation des besoins se fait grâce à la grille **GIR** qui sera détaillée un peu plus loin. Elle permet d'affecter aux requérants un nombre d'heures de travail par semaine. Les personnes classées de 1 à 4 bénéficient d'une indemnité, alors que celles en niveau 5 et 6 ne peuvent y prétendre. Ainsi plus d'un million de personnes percevaient l'**APA** fin 2006 : 60% étaient à domicile et 40% en établissement (4).

Le classement est très complexe.

Il est fondé uniquement sur un volume d'heures attribuées aux aidés, selon un protocole particulier : la grille **AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources).

Cette grille permet d'évaluer l'autonomie (physique et psychique) à partir de 6 groupes, **GIR** 1 à 6 : du plus dépendant au moins dépendant, à partir de 17 variables.

- 10 variables dites « discriminantes » se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur, communication à distance.
- 7 variables dites « illustratives » concernent la perte d'autonomie domestique et sociale : gestion du budget et de ses biens, ménage, transport, achats (7).

Elle est plus communément appelée **GIR** (Groupe Iso Ressources)

GIR 1 : dépendance totale, mentale et corporelle

GIR 2 : grande dépendance

GIR 3 : dépendance corporelle

GIR 4 : dépendance corporelle partielle

GIR 5 : dépendance légère

GIR 6 : pas de dépendance notable

A la fin de l'année 2006, 8% des personnes dépendantes étaient en **GIR 1**, 29% en **GIR 2**, 20% en **GIR 3** et 43% en **GIR 4** (4).

Pour 66% des bénéficiaires âgés de 60 ans et plus, l'aide apportée par le service concerne l'aide aux tâches ménagères. L'aide aux actes essentiels de la vie, se laver, se nourrir, se lever... concerne une faible proportion d'entre eux (15%).

Le nombre d'heures alloué est en moyenne de 15h30 par semaine pour les plus dépendantes à 3h pour les plus autonomes. Ce nombre est malgré tout insuffisant puisque 5 personnes sur 10 déclarent ne pas pouvoir faire leurs courses seules et un tiers d'entre elles seulement peuvent bénéficier de cette aide (4).

Les caisses de retraite, dont la **CNAV** pour les ressortissants du régime général, mais aussi les autres caisses de retraite, se concentrent sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de niveau 5 et 6. Elles financent non pas des heures d'aide à domicile mais une palette d'actions personnalisées comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire ou l'aménagement du logement.

En Midi-Pyrénées, un partenariat a été signé en février 2008 entre la **CRAM** et la **MSA TAL** dans le même but. Il s'agit d'un Groupement d'Intérêt Économique, le **GIE PREVA**.

Au niveau national, il n'existe pour l'instant, que deux GIE : celui de la **MSA MPN** (MSA TAL jusqu'au 31 mars 2010) et celui de la MSA de Franche Comté.

Les dossiers des requérants sont adressés, par le biais des associations locales, au service social des caisses d'affiliation respectives, CRAM ou MSA. Les évaluateurs missionnés, étudient les besoins des personnes du régime agricole classées en niveau 5. Les dossiers de niveau 6 ne sont pas retenus. La prise en charge aboutit à des actions de groupe, tels que les ateliers « mémoire », l'« aide aux aidants » ou la « prévention des chutes » mais aussi, à des aides financières prenant en compte l'environnement social, l'autonomie, l'aspect médical et les travaux pour améliorer l'habitat. Dans ce cadre, des heures d'aide à domicile, le portage des repas ou la téléassistance pourront être accordées.

La CNSA participe par l'intermédiaire du Conseil Général, soit en finançant directement des projets pour la formation des aides à domicile, soit en participant à la modernisation des services à domicile (6).

2. Le mode de financement et ses conséquences (8).

a. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

La mise en place de l'**APA** a permis de soulager l'entourage d'une partie des conséquences financières de la prise en charge d'un parent dépendant. Cette allocation permet aussi l'intervention d'un proche comme personne aidant. C'est le cas pour 8% des bénéficiaires (4).

Le système d'enveloppe à l'heure, trop rigide, ne permet de répondre aux besoins, que de façon partielle. Il ne prend pas en compte le taux d'encadrement, les déplacements et la qualification du personnel, à leur juste valeur.

La formule de taux unique crée des inégalités entre les structures et ne favorise pas celles qui ont privilégié une démarche qualité et une meilleure professionnalisation.

Par la loi du 2 janvier 2002, c'est le président du Conseil Général qui devient l'autorité en matière de tarification. Les autres financeurs n'ont pas l'obligation d'appliquer le tarif fixé par celui-ci. Mais les ressources dont disposent les départements sont insuffisantes pour faire face à la hausse salariale prévue par la convention : on aboutit au paradoxe de voir les conseils généraux recourir de plus en plus au statut de mandataire régi par la convention des salariés du particulier/employeur. Cette formule implique une contribution plus élevée de ce dernier. Aussi les associations sont actuellement déficitaires.

b. La contribution des aidants

En plus de l'**APA**, une participation peut être demandée au bénéficiaire du service. Celle-ci est corrélée à ses revenus et effective s'ils sont supérieurs à 677,25 €/mois (4)

La participation, parfois élevée, restant à la charge des usagers, peut en dissuader certains de demander une aide à domicile.

3. Le mode de fonctionnement des structures d'aides à domicile

Les aides à domicile sont salariées par des associations qui se sont formées en fonction des besoins, structures de quelques dizaines de personnes ou regroupées sous l'égide d'une association départementale ou régionale. Elles se caractérisent par un mode de fonctionnement principalement de type prestataire ou mandataire. L'emploi de gré à gré bien que moins répandu est possible et cumulable avec un emploi par un organisme intermédiaire (4).

a. Le service prestataire

C'est le cas pour 66 % des personnes aidées faisant appel au secteur associatif.

Le service d'aide à domicile est l'employeur. Il prend en charge la totalité de l'organisation de l'offre : évaluation, financement et remplacement des aides en cas de maladie. Le prix de l'heure est fixé par le conseil général et devrait intégrer la totalité du coût de la prestation.

Le mode prestataire procure, en principe, une meilleure qualité de service à la personne et des conditions d'emploi plus satisfaisantes pour l'employé (convention collective, coût du transport intégré, droit à la formation et encadrement de proximité). Cependant ces avantages sont théoriques et dépendent de la structure associative dont relèvent les salariés.

Le seul avantage réel est un temps de travail supérieur pour ce mode, soit en moyenne 14 h par semaine contre 11 h pour les mandataires et 9 h pour les employeurs particuliers (4).

b. Le service mandataire

C'est le cas de 33 % des personnes aidées.

Le service d'aide à domicile est l'intermédiaire, sur le plan juridique et organisationnel, entre la personne et l'employé. Juridiquement, le client est l'employeur de l'intervenant.

Les droits du salarié sont soumis aux mêmes limitations que dans l'emploi de gré à gré ; cependant, l'appartenance à une structure intermédiaire a quelques avantages pour lui.

Elle permet d'entrer en contact plus facilement avec les employeurs et assure un volume de travail supérieur à celui espéré dans le mode d'emploi direct. Pour certaines, c'est un moyen de majorer leur temps de travail.

c. L'emploi de gré à gré

Il est encadré par des normes juridiques.

Il existe une convention collective depuis 1999 qui garantit les droits des salariés et définit les obligations des employeurs. Elle est peu connue. Le paiement par l'utilisation du Chèque Emploi Service Universel, CESU, n'informe en rien l'employeur sur ses obligations, notamment en cas de licenciement. De plus le particulier employeur n'est pas une entreprise, le lieu de travail est privé donc le salarié ne peut prétendre à certaines dispositions protectrices du Code du Travail. Pas de visites médicales d'aptitude à l'embauche; pas de recours à l'inspection du travail. Les perspectives de progression professionnelle sont limitées. Et surtout l'emploi est en relation directe avec les aléas de la vie personnelle de l'employeur : chômage, divorce, hospitalisation ou décès de l'employeur.

Cependant la relation de gré à gré peut permettre au salarié de négocier sa position et son niveau de salaire. L'utilisateur qui fait l'économie de frais d'intermédiaire, peut accepter de verser un salaire plus élevé.

La mise en place de ces modes de services et de rémunérations a pour but de lutter contre le travail au noir, qui persiste malgré tout, surtout lorsque les personnes âgées ne veulent pas s'encombrer de « formulaires » à remplir.

	Prestataire	Mandataire	CESU
Employeur	Association	Association	<i>Particulier</i>
Cadre juridique	OUI	OUI	<i>NON</i>
Paiement des Salaires	Association	Particulier	<i>Particulier</i>
Surveillance Médecine du Travail	OUI	NON	<i>NON</i>
<i>Nombre d'heures de travail</i>	<i>Mensualisé</i>	<i>Variable</i>	<i>Variable</i>

Tableau III : Les différents modes de fonctionnements

B. La formation des aides à domicile

L'élaboration et la réalisation du parcours de formation et de qualification des salariées sont une des préoccupations fortes des structures d'aide à domicile, aussi bien pour améliorer la qualité de l'aide que pour fidéliser les salariées.

I. Les catégories d'emplois

Cette qualification va permettre de catégoriser les emplois en :

Agent à domicile : les personnes réalisant les travaux courants, le ménage, les courses, l'entretien habituel de la maison... Aucun diplôme spécifique n'est requis. Les salariés sont en catégorie A.

Aides à domicile : celles qui s'occupent de personnes plus dépendantes. En plus des travaux courants d'entretien, elles distribuent les médicaments, elles aident à la toilette. Le diplôme exigé appartient à la catégorie B.

Auxiliaires de vie : elles participent à la réalisation des actes essentiels de la vie ordinaire, l'aide aux déplacements, à la toilette, à s'habiller. Elles préparent ou donnent le repas, elles contribuent aux tâches administratives... Le diplôme nécessaire pour obtenir cette dénomination est le DEAVS et la catégorie est C.

La plupart commencent ce métier sans aucune formation.

Leur niveau d'études initial :

Bac et études supérieures, 10 %

Ecole primaire, 47 %

Collège, CAP, BEP, 43 %

C'est à partir de 1980, qu'une formation professionnelle est mise en place afin de répondre aux exigences du métier. D'abord sanctionnée par le **CAFAD** (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile), ce diplôme est remplacé en 2002 par le **DEAVS**.

II. Le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS)

Le décret du 26 mars 2002 organise la formation de l'auxiliaire de vie sociale. Ce vocable regroupe les professionnels suivants :

- aide à domicile,
- aide ménagère,
- auxiliaire de vie,
- auxiliaire familiale.

La formation est accessible aux personnes en formation initiale, sans conditions d'expérience préalable. Elle comporte une formation théorique de 500 heures et 560 heures de stages pratiques, en milieu professionnel ou avec des handicapés. Elle apprend aux candidats à aider les personnes dans leur vie quotidienne et à identifier leurs besoins. Elle inculque les principes de base pour composer des repas équilibrés, aménager un espace sécurisé, mais aussi stimuler les capacités intellectuelles et motrices de la personne aidée et déceler les changements survenus dans son état général. Le **DEAVS** est sanctionné par une épreuve écrite et une évaluation de ces stages.

Le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie

La formation est organisée sous forme modulaire sur une période de 9 à 36 mois en parallèle d'un emploi. Elle comporte 6 modules de compétence : **U1** connaissance de la personne, **U2** accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne, **U3** accompagnement dans les actes de la vie ordinaire, **U4** accompagnement dans les activités de la vie relationnelle, **U5** méthodologie d'intervention auprès des personnes à aider, **U6** communication professionnelle et vie institutionnelle. Elle comprend 4 mois de stages, un stage professionnel et un ou deux stages de découverte. Le diplôme sanctionne 1060 heures de formation au lieu des 480 heures du **CAFAD**.

Tableau IV : les modules du DEAVS

Le **DEAVS** est le diplôme de référence pour intervenir à domicile auprès de publics fragilisés, en particulier les personnes âgées dépendantes. Il permet d'obtenir le titre d'auxiliaire de vie et d'être embauché avec un niveau de salaire de catégorie C. Les compétences requises pour le **DEAVS** sont reprises en Annexes (*annexe n°2*).

III. Les autres diplômes

Différents organismes et ministères délivrent d'autres diplômes permettant d'entrer dans cette profession, comme :

Le **BEP** Sanitaire et Social

Les **CAP** Employés de Collectivité, **CAP** Petite Enfance

Le diplôme d'« Assistante De Vie aux Familles », **ADV**

Le titre « Employé Familial Polyvalent » délivré par la **FEPEM**

Le **BEPA** « Service à la Personne »

Les **Baccalauréats Professionnels** « Services »

La multitude de ces diplômes, aux finalités proches mais relevant de ministères différents rend la qualification de la profession peu lisible. Ces diplômes permettent de classer les salariés en catégorie B, *cf. Tableau V*.

IV. La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

C'est grâce à la mise en place de la **VAE** que le passage d'une catégorie salariale à une catégorie supérieure est possible.

Conçue pour répondre aux besoins grandissants de qualification et mettre en œuvre le principe de formation tout au long de la vie, la **VAE** est créée en 2002 dans le cadre de la loi du 17 janvier 2002, dite loi de modernisation sociale. La **VAE** n'en était qu'à ses prémices pour les affaires sociales en 2004 et n'a débuté qu'en 2005 pour la Santé (9).

Son but est de développer les possibilités d'obtention des diplômes en cours de vie active.

Au même titre que la formation professionnelle continue, mais plus spécifique aux métiers des services à la personne, elle permet d'acquérir une fonction qualifiante grâce au travail de terrain ou acquis de l'expérience C'est une démarche personnelle pour faire reconnaître les compétences acquises dans ses activités professionnelles ou bénévoles.

Trois diplômes de l'intervention de l'aide à domicile sont actuellement accessibles par la **VAE** : le **DEAVS**, la mention complémentaire « **Aide à Domicile** » et le titre « **Assistante de Vie** ».

Elle se déroule en plusieurs étapes depuis le dépôt de candidature jusqu'au passage devant un jury et un entretien avec le candidat

Il s'agit pour le candidat de justifier d'une expérience de 3 000 heures sur trois ans, dans une activité bénévole ou rémunérée, en rapport avec le diplôme. Engager une VAE constitue parfois un véritable parcours du combattant.

C'est un itinéraire long, complexe, à l'issue incertaine (10)

Première étape : demande de recevabilité d'un Livret appelé « Livret 1 ». Celui-ci doit être demandé auprès du **CNASEA** (Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles) et ce depuis le 1er octobre 2006 (6) Ce Livret récapitule l'expérience professionnelle du candidat. Son ou ses employeurs peuvent l'aider à la rédaction du dossier.

Deuxième étape : la **DRASS** décide de la recevabilité du candidat au vu de la proposition du **CNASEA** et envoie le « Livret 2 » de présentation des acquis de l'expérience. Le candidat renseigne le dossier sur trois points : le descriptif approfondi de l'activité professionnelle ou bénévole, ses blocs de compétence (via l'obtention d'autres diplômes) et sa capacité à parler des situations rencontrées, à l'oral comme à l'écrit.

Troisième étape : un jury s'entretient avec le candidat. Suite à cet entretien, le candidat peut obtenir la totalité de son **DEAVS** ou seulement une partie.

En cas de validation partielle le candidat peut repasser une nouvelle **VAE**. Il pourra obtenir une validation des compétences manquantes, soit par une formation et le passage des épreuves correspondantes dans un établissement enregistré, soit en complétant son expérience professionnelle.

Selon une enquête effectuée en 2008 par la **DRESS** : 80% des candidats ayant validé une partie de leur diplôme, déclarent souhaiter continuer pour obtenir une validation complète. Les candidats ayant échoué peuvent reprendre la démarche car ils disposent de 5 ans pour obtenir la totalité du diplôme.

Au vu de ce parcours, il est évident que la procédure de validation est semée d'embûches pour le candidat. Celui-ci doit décrire ses activités et les mettre en correspondance avec le diplôme choisi. Unaniment les candidats estiment devoir être accompagnés durant cette phase.

L'aide porte sur la forme du dossier et l'accompagnateur est alors le transcripteur du document décrivant leurs activités et les comportements qu'ils adoptent (Livret 2). L'assistance peut être multiple. Elle provient de l'entourage familial (56% des déclarants), de la hiérarchie du salarié (47%) ou de collègues de travail (39%) (11)

En 2006, 3 400 Diplômes d'État d'Auxiliaires de Vie Sociale (**DEAVS**), ont été délivrés grâce à la Validation des Acquis de l'Expérience (**VAE**).

Cette demande de **DEAVS** est le plus souvent le fait de l'organisme employeur (dans 61% des cas). Mais les candidats ayant obtenu leur diplôme ont vu leur situation de travail évoluer plus favorablement que celle des autres candidats. Ils ont pu constater une augmentation de salaire (62% contre 32% pour ceux qui n'ont pu avoir leur **DEAVS**) ou déclarer une augmentation d'intérêt de leur travail et une responsabilité accrue dans leur domaine (11)

Ministères et Organismes	Diplômes	Type	VAE
Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité	- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) - Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) - Diplôme d'Etat Aide Médico-Psychologique (AMP)	Catégorie C	OUI
Titre délivré par l'AFPA	- Titre Assistant De Vie aux Familles (ADVF)	Catégorie B	OUI
Ministère de l'Education Nationale	- BEP Sanitaire et Social - Bac Professionnel « Services » - CAP Petite Enfance	Catégorie B	OUI
FEPEM	- Titre Employé Familial Polyvalent - Certificat de Qualification Professionnelle « Assistant de Vie et Garde d'Enfant »		OUI NON
Ministère de l'Agriculture	- CAP « Service en Milieu Rural » - BEPA option « Service à la Personne »	Catégorie B	OUI

Tableau V : Principaux diplômes et titres dans le secteur de l'aide à domicile (6)

Au total ces diplômes permettent de classer les salariés en catégories.

Catégorie A : Agent à domicile, qui n'a aucun des diplômes reconnus en B et C. Une personne titulaire d'un bac ou d'une licence est classée en catégorie A tant qu'elle n'a pas passé les diplômes des catégories B ou C

Catégorie B : Aide à domicile qui est titulaire d'un **BEPA** « Service à la Personne » ou CAP Employé de Collectivité ou CAP Petite Enfance.

Catégorie C : Auxiliaire de vie titulaire du **DEAVS** ou du **CAFAD** ou de la mention complémentaire Aide à Domicile après obtention du BEP Sanitaire et Social

Ces catégories conditionnent les salaires et le planning de travail, avec notamment le travail de week-end pour les auxiliaires de vie, ce qui n'est parfois pas escompté au départ.

C. Les aides à domicile : leur rôle théorique et le travail réel

I La définition des tâches

L'accord de branche du 29 mars 2002 professionnalise le métier. Il définit les principales fonctions de l'aide à domicile ;

« Elle accompagne et aide les personnes dans :

- Les actes essentiels de la vie quotidienne : aide à la mobilité, à la toilette, à l'alimentation...
- Les activités ordinaires de la vie quotidienne : aide à la réalisation des courses, aux repas, aux travaux ménagers ...
- Les activités de la vie sociale et relationnelle : elle stimule les relations sociales et elle accompagne dans les activités de loisirs...

- Elle participe au diagnostic et à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence.
- Elle coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs » (7).

L'accompagnement est à la fois physique et psychologique, variable d'un jour à l'autre et tributaire de la dégradation dans le temps de la personne aidée.

II Le travail réel des aides à domicile

L'analyse du travail des aides à domicile, permet de constater la variabilité des tâches. Celles-ci sont définies en concertation avec le bénéficiaire, son entourage et le responsable de secteur ou coordonnateur. Elles sont susceptibles d'évoluer selon l'environnement et l'état de santé du bénéficiaire.

La moyenne des interventions est de 3 à 4 personnes par jour et nécessite une adaptation constante à des environnements différents.

L'aide à domicile n'est pas qu'une « femme de ménage ».

Car, contrairement à une personne qui fait appel à une « femme de ménage », les personnes âgées attendent beaucoup plus de l'aide à domicile. La confusion persiste notamment pour les familles des bénéficiaires qui parlent de « femme de ménage » et par le mode mandataire où le bénéficiaire est aussi l'employeur.

L'aide à domicile n'est pas l'aide soignante

Mais, 47% assurent la distribution des médicaments et font malgré elles des soins d'hygiène, à la place de « l'aide à la toilette », définie comme un accompagnement de la personne jusqu'au lieu de la toilette.

L'aide à domicile a un rôle d'accompagnement social.

Elle permet à la personne aidée de garder un contact avec l'extérieur : accompagnement pour faire les courses, relation avec les autres soignants et lui assure le maintien d'une certaine autonomie.

L'aide à domicile a enfin un rôle d'écoute.

Cette fonction d'écoute recouvre deux aspects. L'un répond à une sollicitation directe, la personne âgée est demandeuse de cet échange. L'autre intervient sans sollicitation et permet à l'aide à domicile de voir si la personne âgée est ouverte à l'extérieur ou si elle glisse vers une indifférence. L'aide à domicile « doit être attentive » aux demandes cachées derrière les mots, elle perçoit si la personne est fatiguée ou si elle perd sa motivation, elle informe la famille ou les autres professionnels de santé.

L'image du métier d'aide à domicile masque la réalité du travail et surtout des responsabilités importantes (7).

III L'écart entre le travail prescrit et le travail réel

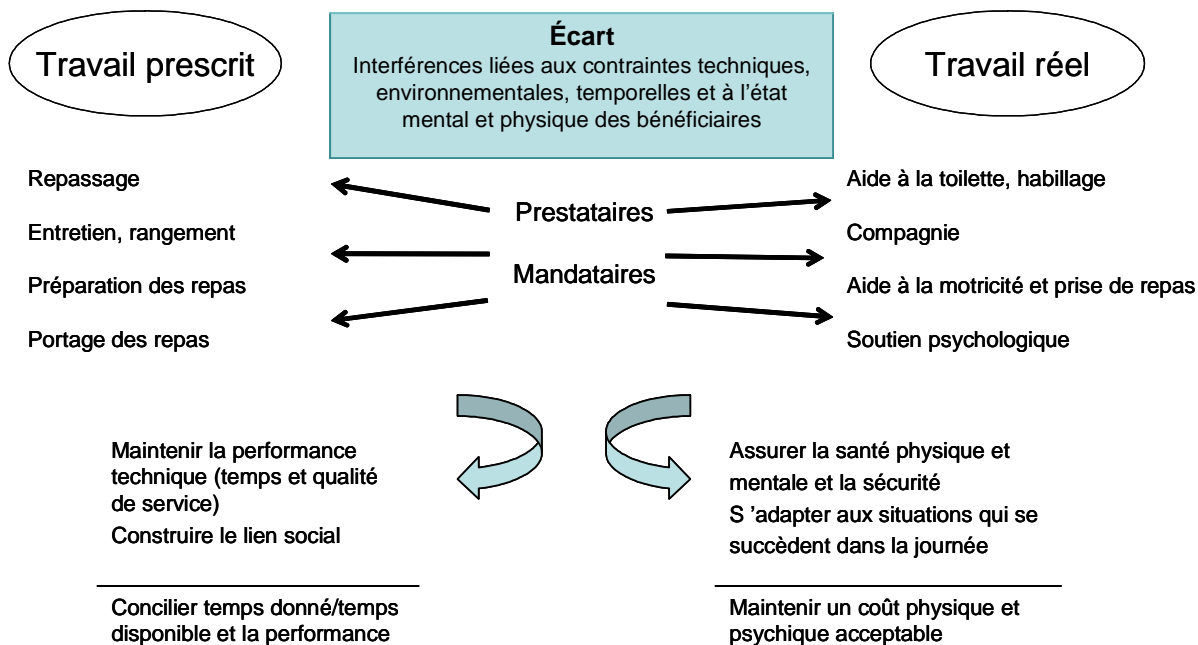
Quel que soit le type de service, l'aide à domicile se trouve confrontée à une réalité qui est décrite par :

La tâche prescrite qui correspond au plan d'intervention, avec la liste des tâches et la durée hebdomadaire, communiquée par les responsables de secteur ;

La tâche réelle qui correspond à une demande différente de la demande initiale, liée aux événements ou aux désirs du bénéficiaire.

L'intervenante redéfinit la tâche initiale en raison des contraintes techniques (absence de produit, aspirateur cassé...), des contraintes temporelles (temps alloué insuffisant pour réaliser les tâches), de l'état mental de la bénéficiaire (déprime) et de l'action de la famille (annotations diverses).

Schéma n°1 : Travail prescrit et Travail réel
D'après un dessin de Fastre(S) et Dupiet(A) (12)



IV L'histoire de travail d'une aide à domicile

Un mardi ordinaire de Jennifer P. aide à domicile

8h15 : Première personne, une dame :

Jennifer habite à 17 km de là. Elle a un quart d'heure de battement pour se rendre d'un lieu à un autre. Il faut aider cette dame à se lever de son lit et à se laver. Elle la conduit à la douche et l'aide à finir sa toilette, pour lui laver le dos ou les pieds. Ensuite elle l'aide pour l'habillage et la fait marcher pour dérouiller les articulations. Ensuite elle s'occupe du ménage, fait un peu de vaisselle et passe le balai. Fin de mission à 9h15.

Déplacement pour la deuxième commune

9h30 : Deuxième personne, une dame :

Madeleine, pensionnaire de la MARPA. Dans cette structure Jennifer fait le ménage de la chambre, des sanitaires et le repassage. Terminé à 10h30.

10h35 : Troisième personne, un monsieur :

Monsieur R., habite à 3 km de là. Ce monsieur est seul, mais autonome. Jennifer assure le ménage et l'entretien de la maison, car monsieur R. bénéficie d'un portage de repas à domicile. Une heure de travail.

Départ 11h30.

Arrivée chez un couple de 92 ans :

Jennifer dispose de 2 heures de travail pour s'occuper de 2 personnes dont l'une d'entre elle présente une maladie d'Alzheimer. Les 2 personnes sont assises dans des fauteuils roulants. Le fils les a levées dans la matinée et les soins d'hygiène sont assurés par les aides soignantes. Le travail de Jennifer consiste à donner les médicaments qui sont préparés dans le pilulier, à les nourrir : « leur donner la becquée », à partir de préparations toutes prêtes, à les habiller ou les aider au déshabillage (ce qui est dur car les membres sont enraidis), à changer la couche de la dame et à effectuer parfois les transbordements du fauteuil au lit grâce à un soulève malade pour les recoucher. Ce travail s'effectue de 11h 30 à 13h30.

13h30 à 14h : Pause :

Jennifer mange un « en cas » en une demi-heure dans sa voiture. Quelle que soit la saison.

14h à 16h : Un couple de personnes âgées relativement autonomes :

Elle effectue 2 heures de ménage et d'entretien des locaux et du linge.

Quand elle récapitule ses journées, Jennifer constate qu'elle s'occupe de 5 à 7 personnes par tournées et qu'elle effectue en moyenne 110h par mois.

La fiche de poste mentionne les noms des personnes à voir, le lieu d'habitation. Le travail à effectuer lui est signalé par l'aide à domicile précédente ainsi que les indications pour s'y rendre, surtout s'il s'agit de faire un remplacement inopiné en cas de défection de l'aide habituelle.

Parfois Jennifer est confrontée à la détresse d'une vieille dame qui se met à pleurer parce que son fils n'est pas venu la voir et elle doit la rassurer avant de partir pour sa mission suivante.

Elle peut correspondre en cas de difficultés avec son chef de secteur ou transmettre ses remarques dans un cahier de liaison lorsque plusieurs professionnels interviennent chez le même bénéficiaire. Mais les aides à domicile utilisent souvent leurs propres téléphones pour leurs communications et se déplacent avec leurs véhicules personnels.

CHAPITRE 2

Evaluation des risques professionnels

A. Comment évaluer les risques professionnels

Le travail d'aide à domicile se caractérise par la diversité des lieux d'intervention (les maisons des particuliers), la multiplicité des actions et des acteurs (bénéficiaires, famille, encadrants...).

La définition des tâches est demandée par le bénéficiaire ou son entourage, qui souvent surestime ou sous estime les besoins réels. Elles évoluent selon l'environnement ou l'état de santé du bénéficiaire.

La coordination est gérée par la responsable de secteur, qui instruit les demandes, fait le suivi des interventions en relation avec les partenaires institutionnels.

Le travail est souvent à temps partiel, avec des horaires atypiques, et les salariées sont en très grande majorité des femmes. Chaque association a dans ses effectifs des salariés masculins mais en très petit nombre.

L'adéquation entre le poste de travail et la personne est difficile à appréhender du fait de la diversité des interventions et du caractère privé de la tâche puisque celle-ci s'effectue au domicile du bénéficiaire et que le médecin du travail ne peut y accéder.

L'étude de poste est impossible et ce n'est donc qu'à travers la visite médicale et les témoignages, dans le cadre du colloque singulier, que le médecin va recueillir les éléments concernant les conditions de travail et le vécu des salariées. Ces renseignements peuvent être croisés avec les données plus générales comme :

- les arrêts de travail,
- les déclarations de maladies professionnelles,
- les remontées de problèmes auprès de la direction ou lors du CHSCT,
- le « turn-over » au sein des associations.

Une enquête effectuée en région PACA en 2005, évalue les conséquences physiques du travail des aides à domicile :

Les arrêts de travail sont le plus souvent en relation avec les troubles musculo-squelettiques et touchent principalement le dos : 1/3 en maladie et 2/3 en accident du travail.

Les troubles psychologiques, anxiété et dépression, représentent la moitié des causes d'arrêt.

La consommation de psychotropes : le quart de la population étudiée consomme des médicaments, somnifères, anxiolytiques ou antidépresseurs.

Les plaintes concernant la fatigue, la lassitude représentent 60% des personnes concernées dans toutes les classes d'âge.

Le manque de reconnaissance est un facteur aggravant.

Malgré ces contraintes, elles aiment leur métier dans lequel elles s'investissent beaucoup. La relation avec la personne aidée représente une grande source de satisfaction, ainsi que la diversité des motifs d'intervention. Les tâches ménagères sont jugées peu intéressantes mais c'est à travers cette activité que les aides à domicile sont acceptées et qu'elles peuvent apporter une aide morale (13).

B. Quels sont les risques professionnels des aides à domicile ?

Comme dans d'autres métiers, les aides à domicile sont soumises à :

I Des risques généraux

1. Biomécaniques

Les soulèvements de charges : porter du bois, retourner le matelas ou changer une bouteille de gaz...

Les postures répétées dans les activités de ménage : passer l'aspirateur, faire les vitres, monter sur des échelles ou escabeaux sont sources de **TMS** et de mal de dos.

2. Physiques

Appareils ménagers défectueux ou installation électrique obsolète. Que faire lorsque le fil du fer à repasser est dénudé ? Les bénéficiaires ne souhaitent pas réaliser des travaux de mise aux normes car tout changement pour améliorer leurs conditions de vie est vécu comme une contrainte financière ou un sujet d'inquiétude. Le risque de glissade et de chutes est grand dans ces maisons mal adaptées.

3. Chimiques

Par l'emploi de produits ménagers inadaptés que les bénéficiaires rechignent à changer par souci d'économie ou rangés dans des contenants inadéquats pouvant prêter à confusion.

4. Infectieux

L'état de la maison, la présence d'animaux ou la manipulation de linge souillé. Suivant la pathologie des bénéficiaires, le fait d'être à leur contact peut entraîner une exposition à des germes ou des parasites nécessitant un suivi médical renforcé. De plus les aides à domicile sont souvent inquiètes, car le diagnostic d'une maladie susceptible d'être contagieuse ne leur est pas communiqué sous prétexte que le médecin est soumis au secret médical.

5. Routiers

Les intervenantes se déplacent au domicile de l'usager. Ainsi tous les jours elles sont confrontées aux situations climatiques du moment et à l'état des routes du département, avec des voies vicinales ou départementales en mauvais état. Le fait de voir 3 à 4 personnes par jour les oblige à respecter les horaires et à prendre plus de risques pour être à l'heure du rendez vous suivant. Les personnes âgées sont anxieuses au moindre retard de leur intervenante. De plus les véhicules, autos ou deux roues, sont ceux des salariées et les contrôles mécaniques sont à leur charge financière, ce qui impacte d'autant plus le budget de cette population déjà précaire. Il y a donc majoration du risque.

II Des risques psycho sociaux

La dimension psycho sociale est très importante dans cette profession. Elle est mise en avant par les salariées, pour qui le contact et les liens affectifs créés, font toute la richesse de ce métier. En contrepartie, la dimension affective et l'implication personnelle les exposent à une usure psychologique liée à des déterminants multiples tels que :

1. L'intervention des membres de la famille

Ce sont les enfants qui vivent à côté : ils peuvent intercepter les ordres et modifier les contraintes, comme « vous devez laver ma mère » alors que le rôle de l'aide à domicile est d'aider à la toilette, c'est-à-dire l'amener à s'asseoir devant le lavabo par exemple. Les exigences sont au delà du cadre d'application.

2. La confrontation à la déchéance et à la mort

Elles sont confrontées à des pathologies lourdes : maladies d'Alzheimer, de Parkinson, des paralysies...

Ainsi 74 % disent ne pas avoir été préparées à l'approche de la mort (14).

3. Le travail en isolé

Souvent l'aide à domicile est seule à prendre la décision d'appeler le médecin traitant, en cas d'absence de la famille.

4. La définition imprécise du travail

Les missions de travail autorisées et défendues dans le cadre de la structure ne sont pas toujours bien définies. Que signifie « aide à la toilette »? S'agit-il de laver la personne ou de l'amener sur le lieu de la toilette ?

54 % assurent un travail administratif

38 % préparent les médicaments

32 % distribuent les médicaments

Enfin 47,3 % des aides à domicile font le travail des aides soignantes (14).

5. La contrainte de temps

La charge psychique est fonction de l'affectation géographique des bénéficiaires. Elles s'occupent de 3 à 6 personnes par jour. Il faut tenir compte de l'importance des trajets entre deux lieux de travail. Un laps de temps de 15 mn est prévu entre 2 interventions mais il existe des imprévus qui entraînent un retard pour les autres bénéficiaires. Les aléas ne sont pas intégrés à l'emploi du temps de départ.

6. La présence insuffisante de la hiérarchie intermédiaire

Notons l'importance stratégique des responsables de secteur qui recadrent la prestation, affinent le recrutement afin d'adapter le travail à la demande. Ce sont elles qui organisent la visite initiale, la gestion des plannings, la régulation des absences, les remplacements et l'affectation vers d'autres salariées (15).

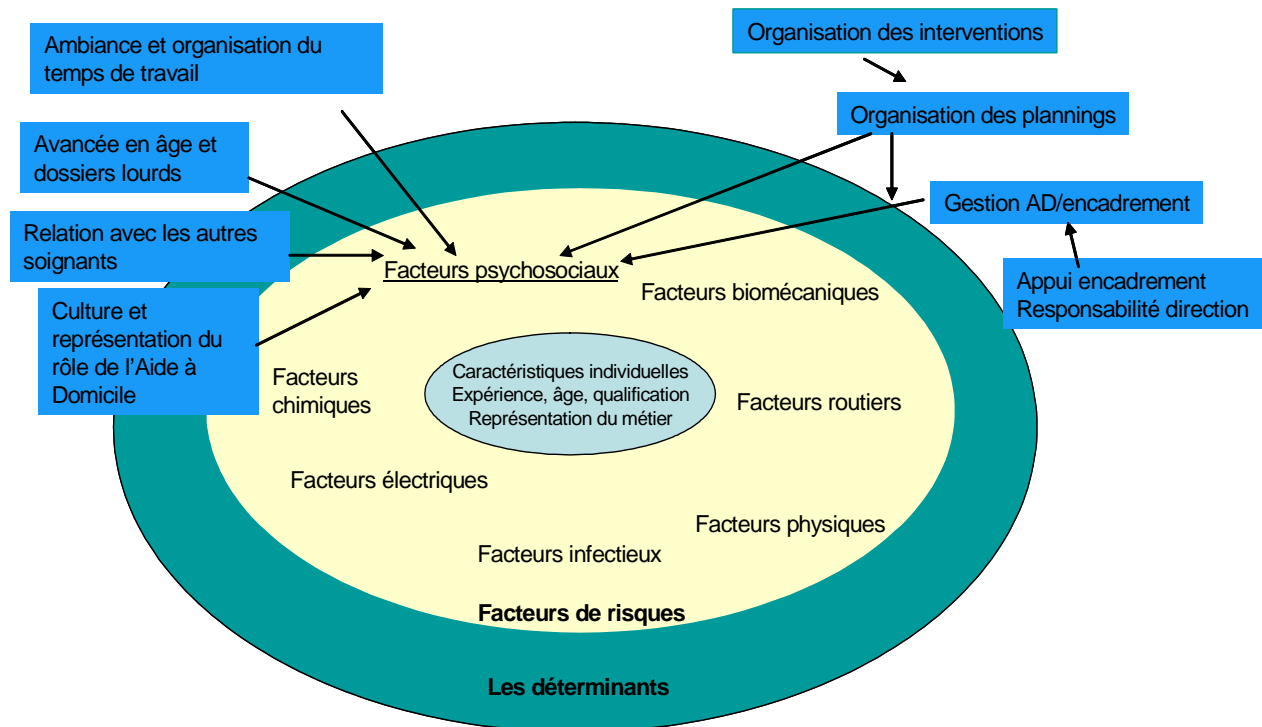
III En conclusion

Voici un schéma qui récapitule les différents risques.

En bleu : les déterminants, tels que l'aspect organisationnel des structures et les difficultés rencontrées au domicile du bénéficiaire, qui peuvent impacter le risque psychosocial.

Au centre : la personnalité du ou de la salariée et sa représentation du métier.

Schéma n°2 : Relation entre les déterminants et les facteurs de risques
D'après un dessin de Fastre(S) et Dupiet(A)



Le travail d'aide à domicile exige donc une adaptation permanente aux désirs des bénéficiaires et de leur famille, aux contraintes temporelles, organisationnelles, hiérarchiques, bref aux imprévus qui sont tous facteurs de stress.

C'est grâce à la surveillance des salariés d'une structure d'aide à domicile que j'ai été sensibilisée à leurs difficultés et surtout confrontée aux inaptitudes dues aux TMS et celles pour charge mentale excessive.

Dans le contexte des services de santé au travail il existe des signes objectifs qui permettent de prendre conscience du risque de souffrance au travail comme :

- L'augmentation du nombre de visites spontanées auprès du médecin du travail ;
- L'accroissement du temps nécessaire d'écoute lors des visites médicales ;
- Les orientations médicales qui font suite à la visite.

C'est pourquoi ce travail, effectué dans le cadre du mémoire de Médecine Agricole, est axé sur le risque psycho social. Le choix s'est porté sur une étude quantifiable, afin d'éliminer toute impression subjective.

CHAPITRE 3

Etude de la dimension psychosociale

A. Des définitions

Le risque psychosocial est une notion apparue récemment dans le monde de la santé publique et de la santé au travail. Ce terme recouvre autant les causes que les effets. Le battage médiatique autour de la souffrance au travail et l'obligation d'évaluer ce risque, créent une mobilisation importante des partenaires sociaux, mais aussi une confusion dans l'emploi de ce terme.

Est ce que l'anxiété et la dépression sont la conséquence du stress et des violences au travail ? Quant aux comportements addictifs, sont-ils la cause ou la conséquence de ces phénomènes ?

I Le risque psycho social

« Le risque se définit comme la probabilité, qu'une exposition aux dangers, entraîne un dommage. Les stratégies de prévention se doivent donc de faire en sorte que l'exposition soit nettement en dessous du niveau où vont apparaître les dommages » (16).

Parce qu'il se situe à la frontière entre la sphère privée (psychisme individuel) et la sphère sociale (collectif d'individus au travail), le risque psycho social est au cœur de beaucoup de conflits.

La pathologie qui en découle, regroupe donc des maladies de la sphère psychique comme les troubles du sommeil, les dépressions et les suicides, mais aussi les TMS si l'on considère qu'il existe des relations directes entre tensions musculaires et tensions psychologiques (17).

La lutte contre ce phénomène a amené l'état français à prendre en compte cette notion sous l'impulsion des médecins du travail et des organisations syndicales et à l'inscrire dans la loi de modernisation sociale de 2002, en introduisant la notion de santé mentale au travail et de harcèlement moral.

Il est courant de retrouver sous ce terme des vocables aussi divers que le stress, l'état de stress post traumatique, le harcèlement moral, le "burnout" ou le "Karōshi" qui signifie mort brutale en japonais.

Aussi pour la compréhension de ce phénomène, nous aborderons ce risque au travers du mot « stress », largement utilisé par les salariés et la hiérarchie. Ce terme extrêmement flou revêt une signification très différente selon qu'il est utilisé comme mode d'expression de la souffrance au travail ou comme concept scientifique dans le domaine de la recherche.

II Le stress

Pour l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail, « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a, des contraintes que lui impose son environnement, et la perception de ses propres ressources, pour y faire face » (16).

L'Accord cadre européen d'octobre 2004 donne la définition suivante ; « le stress est un état accompagné de plaintes physiques ou de dysfonctionnements psychologiques ou sociaux, qui résulte du fait que les individus se sentent inapte à combler un écart avec les exigences et les attentes les concernant ».

Le stress n'est pas une maladie, mais une exposition prolongée au stress peut causer des problèmes de santé et réduire l'efficacité au travail.

III Le " burnout " ou syndrome d'épuisement professionnel

En 1969, le docteur *Loretta Bradley* identifie un stress spécifique au monde professionnel qu'elle intitule "Burn out" (se consumer) et traduit en français par épuisement professionnel. Ce terme, issu du vocabulaire de l'aéronautique, désigne la situation d'une fusée qui, faute de carburant, risque de subir un échauffement brutal, voire l'explosion puis la destruction de l'appareil.

Il est aussi comparé à une bougie qui, après avoir longtemps brûlé ne présente plus qu'une flamme ténue. Il pourrait se traduire par : s'user, s'épuiser, craquer. (2)

Les travaux sont repris en 1974 par le psychanalyste *Herbert Freudenberger* et à partir de 1976 par la psychologue *Christina Maslach* qui définit ce symptôme comme « une perte de motivation pour son travail ». Elle impose ce concept et assoit sa validité en élaborant une échelle de mesure. Ce n'est pas une pathologie psychiatrique, bien qu'elle partage des symptômes comme la dépression, mais elle est en relation avec le travail qui en constitue le fondement (18)

B. Des méthodes de mesures

Le stress est connu depuis plus d'un demi-siècle et a fait l'objet de recherches scientifiques. Ainsi plusieurs modèles ont été élaborés et validés, traduisant l'impact du stress sur la santé mentale et physique des individus. Différentes approches et études coexistent.

D'une manière schématique, on peut distinguer un abord *ergonomique* plutôt « collectif » et un abord *médical* plutôt « individuel ».

I Le courant Ergonomique

Deux modèles s'inscrivent dans le courant ergonomique du stress au travail, celui de Karasek et de Siegrist.

1. Le modèle de KARASEK

Conçu en 1979, par le sociologue et psychologue américain Robert Karasek, né en 1944. Dans ce modèle, la demande faite à l'individu est atténuée par le contrôle que peut exercer celui-ci. Les activités les plus dommageables sont celles qui cumulent « forte demande et faible contrôle » et les activités peu contraignantes « faible demande et fort contrôle ». L'association « forte demande, faible contrôle et absence de soutien » est la plus délétère en terme de santé.

2. Le modèle de SIEGRIST

Élaboré en 1996, par le sociologue Johannes Siegrist, né en 1943. La charge de l'effort que fournit l'individu va être atténuée par le sentiment que cet effort est « payé en retour ». Cette reconnaissance n'est pas seulement matérielle mais aussi sociale et symbolique.

II Le courant Médical

D'autres modèles appartiennent plus au courant médical ou à l'approche individuelle du stress.

1. Le modèle de SELYE

C'est le modèle historique, inventé en 1930 par Hans Selye (1907-1982), endocrinologue, qui introduit le mot « stress » en médecine.

Le stress est défini comme la réponse de l'organisme à toute demande qui lui est faite, dans une finalité d'adaptation. Ce n'est que lorsque les capacités de l'organisme sont dépassées qu'apparaissent les phénomènes de désadaptation. Ceux ci sont d'ordres physiques, cognitifs et émotionnels.

2. Le modèle de LABORIT

Proposé par Henri Laborit (1914-1995), chirurgien et neurobiologiste.

La réaction de stress n'a qu'une finalité ; assurer la survie de l'organisme. Les réponses primitives de notre organisme ne peuvent être que l'attaque ou la fuite et lorsqu'elles ne peuvent se réaliser, l'inhibition de l'action prend le dessus et le stress devient pathogène.

3. Le modèle de MASLACH

La psychologue américaine, Christina Maslach née en 1946, propose en 1981, le "Maslach Burnout Inventory" ou MBI, échelle de mesure du "burnout". Elle s'intéresse aux relations interpersonnelles et à l'élaboration de systèmes de défense mis en œuvre par les travailleurs lorsque les résultats escomptés ne sont pas à la hauteur de l'investissement personnel.

Chacun de ces modèles explique une partie, mais jamais la totalité de la problématique du stress. On comprend donc que si l'on privilégie tel ou tel modèle, toute approche évaluative ou préventive sera différente.

Dans un ouvrage publié par l'ANACT en 2007 (19): « Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail », Benjamin Sahler et coll. soulignent que *« les situations pathogènes ne résultent pas d'une seule cause mais toujours d'une série de causes à un moment donné, dans un contexte précis, pour une personne en particulier. Pour une même cause on observe des effets différents d'un individu à l'autre, et différents pour un même individu selon les périodes et les contextes de travail »*.

C. Le choix du mode d'évaluation

Approcher les risques psychosociaux implique donc de tenir compte des aspects organisationnels (abord ergonomique), mais aussi du facteur humain (abord médical). Quand on s'intéresse au domaine des questionnaires, on est confronté à un trop plein plutôt qu'à un manque. Les chercheurs ont élaboré de nombreux outils pour mesurer certains aspects du stress au travail, sans avoir une vision complète et globale de cette problématique°(16)

Pour cette étude, il paraissait important de choisir un questionnaire :

- Qui soit consensuel ;
- Qui puisse être compréhensible par le plus grand nombre ;
- Qui puisse explorer l'aspect environnemental professionnel et l'aspect individuel du risque.

I L'Echelle de Maslach

L'**Échelle de Maslach** ou "**Maslach Burnout Inventory**" (MBI) semble la plus appropriée pour ce travail sur les aides à domicile. Ce questionnaire répond aux critères énumérés.

De part le pragmatisme et la simplicité des questions et des réponses, il permet d'avoir un aperçu global de la perception du travail et de connaître le degré de satisfaction de la salariée.

Remarque : pour alléger la présentation, le mot "burn out" sera écrit dans son acceptation française : burnout.

II Le trépied du burnout

Le processus est d'abord marqué par des signes cliniques avant-coureurs, plutôt lents, comme :

- des oublis fréquents
- une baisse de concentration
- de la fatigue

Puis des signes physiques de type psychosomatique apparaissent tels que des maux de tête, des troubles digestifs, une sensibilité aux maladies bénignes.

La personne va alors accélérer le rythme, dans ses relations et dans le travail afin de tenter, en vain, de retrouver son niveau d'efficacité antérieure.

Lorsque le sujet « craque », les manifestations se caractérisent par des modifications du comportement en milieu professionnel, avec :

- Une impression d'avoir tari son énergie qui va se manifester par une accentuation des signes précédemment décrits auxquels s'ajoutent une baisse de la tolérance aux contrariétés, une irritabilité accrue, une aggravation des manifestations physiques.

C'est l'**Épuisement émotionnel**.

- Face à ces difficultés, le sujet va développer des attitudes défensives qui visent à le mettre à l'abri de l'impact émotionnel. La relation à autrui est conduite de façon froide et distante.

C'est la **Dépersonnalisation**, renommée ***Distanciation***.

- Un tel désengagement ne fait qu'aggraver les difficultés et aboutit à un sentiment d'échec, une perte de l'estime de soi et une dévalorisation de son travail.

C'est la **Réduction de l'accomplissement personnel**.

Le travail, au départ idéalisé, est alors ressenti comme une source de déception, d'injustice et d'attente non comblée.

C'est le regroupement des signes cliniques observés et des composantes du trépied qui permettent d'établir le diagnostic de burnout (18)

Voici un petit schéma qui permet de comprendre l'articulation du phénomène de burnout ou comment les « stressseurs » agissent sur la personne.

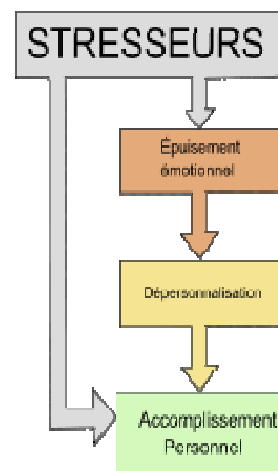


Schéma n°3 : Les stressseurs (2)

Le **MBI**, est conçu en 1981, au départ pour les métiers à forte implication personnelle, comme le secteur social, l'éducation ou en relation avec les secteurs de service. Il est actuellement étendu à d'autres catégories socioprofessionnelles (avocats, police, médecins généralistes...) mais aussi à toute entreprise dont le personnel est soumis à un stress excessif.

Il semble donc adapté à la mesure du travail des aides à domicile, caractérisé par une relation à fort engagement personnel. N'oublions pas que ces personnes sont seules sur le terrain et que dans cette situation, existent deux possibilités :

- Soit les difficultés et les efforts sont reconnus par la direction ou le bénéficiaire ;
- Soit le salarié affronte seul le poids d'une réalité qui le dépasse, au risque de son propre épuisement (20)

C'est ce que nous allons nous attacher à découvrir à travers notre enquête et ses résultats, après l'envoi du questionnaire et son traitement (annexe n°1).

CHAPITRE 4
Enquête : le burnout des aides à domicile en
MSA Midi-Pyrénées Nord

A. La base de données

Notre enquête débute en MSA TAL (Tarn-Aveyron-Lot) avant la fusion le 1^{er} avril 2010 avec le Tarn et Garonne pour constituer la MSA MPN (Midi-Pyrénées Nord). La fusion des bases de la nouvelle entité ne sera effective qu'en fin d'année, nous n'avons donc retenu que les trois départements de la MSA TAL.

I L'organisation des structures d'aide à domicile dans les trois départements

Dans le Tarn, l'ADMR est issue du **Mouvement Familial Rural** et voit le jour en décembre 1949. Elle est constituée de 62 associations, qui regroupent chacune plusieurs communes. Chaque association est gérée par un conseil d'administration composé de deux collèges, un de bénévoles et un de salariés. C'est au niveau de la fédération centrale d'Albi que se trouvent les responsables de secteur. Ils peuvent apporter des conseils et des orientations en cas de difficultés sur le terrain.

Pour l'Aveyron, l'ADMR est fondée à partir de 1949. Elle est issue du **Mouvement des Aides Familiales Rurales** et se compose au départ de **Techniciennes d'Intervention Familiale (TISF)**. Les premières associations d'aides à domicile voient réellement le jour en 1965. Aujourd'hui, il existe 52 structures **ADMR**, réparties sur les différents cantons du département, plus le bureau de la fédération de Rodez qui assure un soutien administratif, juridique et comptable aux associations locales. Chaque association est administrée par un conseil d'administration comprenant deux collèges, l'un est formé de bénévoles et l'autre de **Techniciennes d'Intervention** qui décident des orientations de leur structure.

Dans ces deux départements le suivi, médical et professionnel, est intégralement assuré par la MSA.

La structure du Lot est plus petite et plus récente. Fondée en 1972 au sud du département, sous l'impulsion de la MSA, dans le canton de Castelnau-Montratier, elle s'est rapprochée de deux autres cantons Lalbenque et Montcuq pour former en 2001 l'**ADAR (Aide à Domicile en Activité Regroupée)** du Quercy blanc. A la tête se trouve un conseil d'administration formé de bénévoles et une direction assumée par une directrice, un secrétariat regroupant des responsables de secteur et du personnel de bureau. Le lien est assuré par le CHSCT comprenant outre les instances dirigeantes, deux déléguées du personnel, le médecin du travail et l'inspecteur du travail.

L'ADAR du Quercy Blanc a passé convention avec la MSA pour la surveillance en santé au travail de ses 136 salariés.

II La construction de la base

1. La requête

La liste complète des aides à domicile suivies par la MSA MPN sur les départements du Tarn, de l'Aveyron et du Lot au cours du premier trimestre 2010 constitue la base de données. Elle est recueillie grâce à une requête MSA Infocentre.

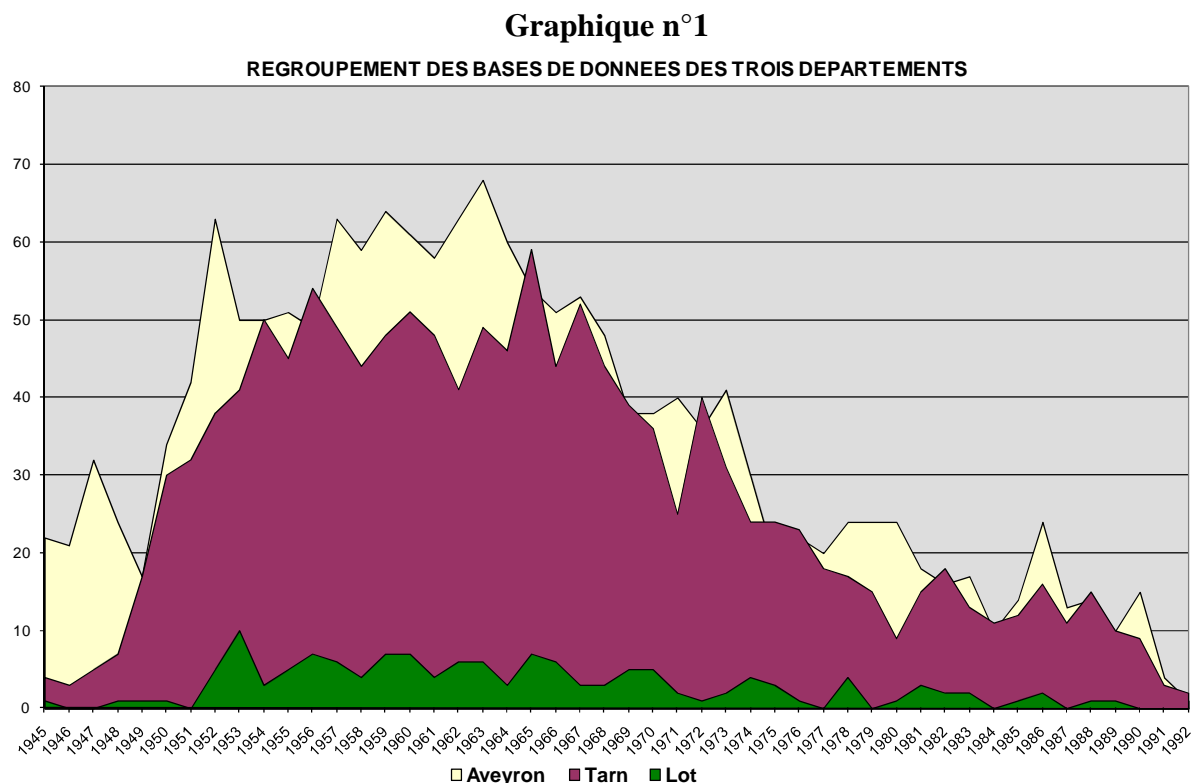
Cette base de données est retravaillée, car il paraît raisonnable de ne retenir que les personnes nées à partir de 1945. Cette date correspond à l'âge légal pour prétendre à une retraite complète, soit 65 ans en 2010.

Dans le Tarn, 7 salariés nés entre 1935 et 1944, sont éliminés.

Pour l'Aveyron, la base comporte des salariés nés, entre autres, en 1921 et 1923 ! Nous avons supprimé 211 salariés de la base.

Le Lot est sous convention de surveillance médicale pour la santé au travail, la base ne comporte aucun salarié en dessous de l'année 1945.

Au total la base de travail est constituée de 3142 salariés.



2. Les critères de sélection pour constituer l'échantillon

Cette étude ne retient que les salariées femmes qui constituent l'essentiel des aides à domicile. Elle ne tient pas compte des hommes, peu nombreux, dont l'anonymat aurait été difficilement préservé. La requête retrouve 40 hommes répartis à raison de 12 dans le Tarn, 24 pour l'Aveyron et 4 dans le Lot.

Par ailleurs, devant la faible représentation de certaines tranches d'âge, il est décidé de ne conserver pour l'échantillon que les femmes nées entre 1950 et 1990.

3. L'échantillon

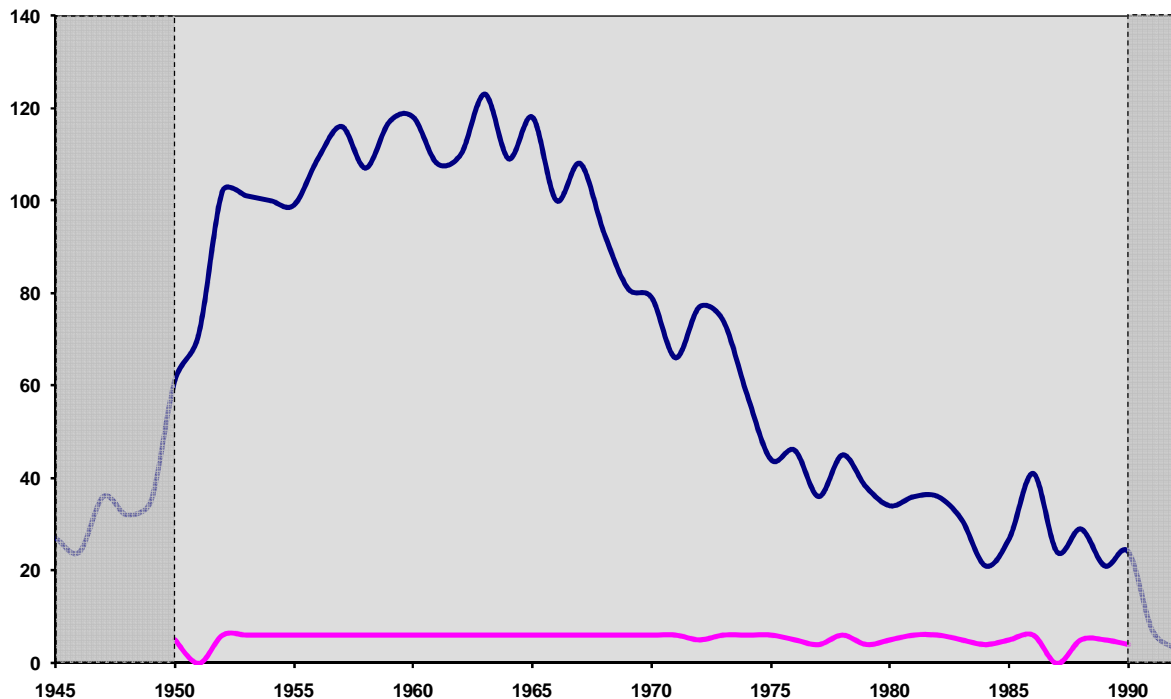
Pour faciliter les comparaisons, un appariement aléatoire des salariées des trois départements est effectué.

Deux personnes par département et par année de naissance, entre 1950 et 1990, sont choisies au hasard.

L'échantillon retenu comprend 218 personnes sur les 3142 salariés de la base de données des trois départements sans les hommes, soit 1325 pour le Tarn et 1645 pour l'Aveyron qui dépendent de l'ADMR et 132 salariés, de l'ADAR du Quercy Blanc, pour le Lot.

Graphique n°2

LA BASE ET L'ECHANTILLON



4. La discussion

Au vu du graphique précédent, il aurait fallu retenir plus de salariées entre 1952 et 1978, pour que l'échantillon soit plus représentatif de la base. Mais le nombre de six questionnaires par année de naissance n'a pas toujours été possible faute d'un nombre suffisant de salariées dans le département du Lot : aucune salariée née en 1951 et 1987, une seule en 1988 et une en 1989. De même qu'il n'y avait pas assez de salariées nées avant 1950 ou après 1990 pour permettre l'appariement entre les trois départements.

Pour créer l'échantillon d'autres choix étaient possibles, comme :

- L'ancienneté au poste, mais comme nous le verrons, la pénibilité n'est pas proportionnelle au temps passé dans l'activité.
- Le niveau d'étude avant d'entrer en fonction, mais la diversité des formations ne nous permet pas de faire une comparaison stricte.
- Le nombre d'heures travaillées par mois est trop variable d'un mois à l'autre puisque tributaire des situations et du nombre de personnes aidées.

Néanmoins ces variables peuvent, au final, avoir une influence sur la pénibilité ressentie.

5. La procédure

Les responsables des organismes fédérateurs des différentes structures départementales ont été informés localement, par lettre, et leur accord donné.

Un questionnaire a été adressé à chaque salariée retenue, en l'avisant du respect absolu du secret médical et de la confidentialité du traitement de sa réponse. En accord avec la direction de la MSA MPN, une enveloppe T a été jointe afin d'avoir un maximum de retour des questionnaires.

B. Le questionnaire

Il comporte : (*annexe n°1*).

Un numéro d'anonymat

Il est constitué en premier lieu du chiffre du département d'exercice de l'aide ménagère, suivi des deux derniers chiffres de son année de naissance et de l'ordre du choix de la personne, 01 ou 02. Par exemple : 128101, correspond à une personne de l'Aveyron, (12), née en 1981 et choisi comme personne N°1.

La situation familiale

On peut supposer que la charge financière et le soutien psychologique sont vécus de façon différente si elles vivent seules ou en couple, si les soucis pécuniaires ou psychologiques sont partagés ... dans le meilleur des cas.

Le nombre d'heures de travail effectué par mois

Il faut savoir que les aides ménagères travaillent la plupart du temps, à temps partiel, désiré ou non et sont tributaires du nombre de personnes dont elles doivent s'occuper. Les organismes prestataires ont établi un système de mensualisation des heures, afin de ne pas les défavoriser en sachant que certains bénéficiaires peuvent être hospitalisés pour une certaine période ce qui réduit le quota d'heures effectuées.

Le niveau d'étude avant d'aborder ce métier

Comme nous l'avons vu dans la formation, le niveau requis pour exercer ce métier est un diplôme de niveau **V**, correspondant au CAP et BEP. Mais elles peuvent exercer aussi avec des diplômes de niveau supérieur **IV**, comme le baccalauréat ou **III** (bac +2) ou ne posséder aucun diplôme professionnel, niveau brevet élémentaire, par exemple.

L'année d'entrée dans cette profession

Une requête informatique de la MSA MPN permet de connaître l'année où elles ont commencé à travailler, s'il y a eu des changements d'orientation ou parfois des reprises. Ceci afin de connaître l'ancienneté d'exercice de ces femmes et leur résistance.

Une question sur l'indice de satisfaction globale sous forme d'une Echelle Visuelle Analogique

Il est demandé aux aides à domicile d'indiquer leur satisfaction globale sur une échelle de 1 à 10. Certaines ont noté un chiffre, d'autres ont tracé un simple trait qui permet de faire une évaluation.

L'ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que les bénéficiaires ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains bénéficiaires de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes des bénéficiaires	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains des bénéficiaires	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les bénéficiaires	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des bénéficiaires	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que les bénéficiaires me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

En additionnant les chiffres des différents items, selon un barème précis, il permet de calculer :

- l' **Epuisement émotionnel**,
- la **Dépersonnalisation** ou **Distanciation**
- l' **Accomplissement personnel**

et d'établir le score de chacune de ces composantes.

Comment se calculent les indices de l'échelle de Maslach

EPUISEMENT EMOTIONNEL

Questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20

Degré de burnout

- Bas = Total inférieur à 17
- Modéré = Total compris entre 18 et 29
- Elevé = Total supérieur à 30

DEPERSONNALISATION

Questions 5.10.11.15.22

Degré de burnout

- Bas = Total inférieur à 5
- Modéré = Total compris entre 6 et 11
- Elevé = Total supérieur à 12

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

Questions 4.7.9.12.17.18.19.21

Degré de burnout

- Bas = Total supérieur à 40
- Modéré = Total compris entre 34 et 39
- Elevé = Total inférieur à 33

Quelques précisions :

Des scores modérés et/ou élevés sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière indiquent qu'il existe un épuisement professionnel en cours.

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière permettent de rejeter à priori l'idée d'épuisement.

En effet, un résultat supérieur à 40 à la troisième échelle signe un accomplissement personnel élevé et corollairement un degré de burnout bas.

CHAPITRE 5

Résultats et commentaires

A. Les résultats

Les **218** questionnaires sont partis début avril. Les premières réponses sont revenues vers la mi-avril. La date limite de retour étant fixée le 31 mai 2010.

Six questionnaires ont été retournés avec la mention : « N’habite pas à l’adresse indiquée ».

Nous avons reçu **110** réponses, soit un retour de **50,5 %**.

Nous n’avons pas retenu **5** questionnaires, car les personnes occupaient un poste d’administratif, de bénévole ou d’aide soignante dans une structure intégrant aides à domicile et aides soignantes.

Au total, **105** dossiers sont exploitables. Ils représentent **48,2 %** des envois.

I Le taux de réponse par département

Échantillon	Tarn	Aveyron	Lot	Total
Nombre de dossiers envoyés	78	78	62	218
% de dossiers par rapport au total envoyé	35,8 %	35,8 %	28,4 %	100 %
Nombre de dossiers retournés et retenus	34	34	37	105
% de réponses retenues par rapport au total envoyé	43,6 %	43,6 %	59,7 %	48,2 %

Tableau VI : Taux de réponses par départements

On constate que les salariées de l’**ADAR** du Quercy Blanc ont répondu de façon conséquente à cette enquête. Pourtant le nombre de dossiers adressés est plus faible que dans les deux autres départements, du fait des choix opérés pour la création de l’échantillon. Le nombre de dossiers reçus est supérieur de **16 %** par rapport aux deux autres départements.

Cela pourrait s’expliquer par le fait :

Que le point de départ de cette enquête se situe dans le département du Lot.

Que le Médecin du Travail qui réalise cette enquête est le Médecin du Travail de l’entreprise.

Qu’une étude générée par la Direction Départementale du Travail de l’Emploi et de la Formation Professionnelle entre 2008 et 2009 a pu sensibiliser les personnes.

L’existence d’un CHSCT, ce qui n’est pas le cas en Tarn et Aveyron, contribue certainement à renforcer l’intérêt des salariés.

II Les données socio professionnelles générales

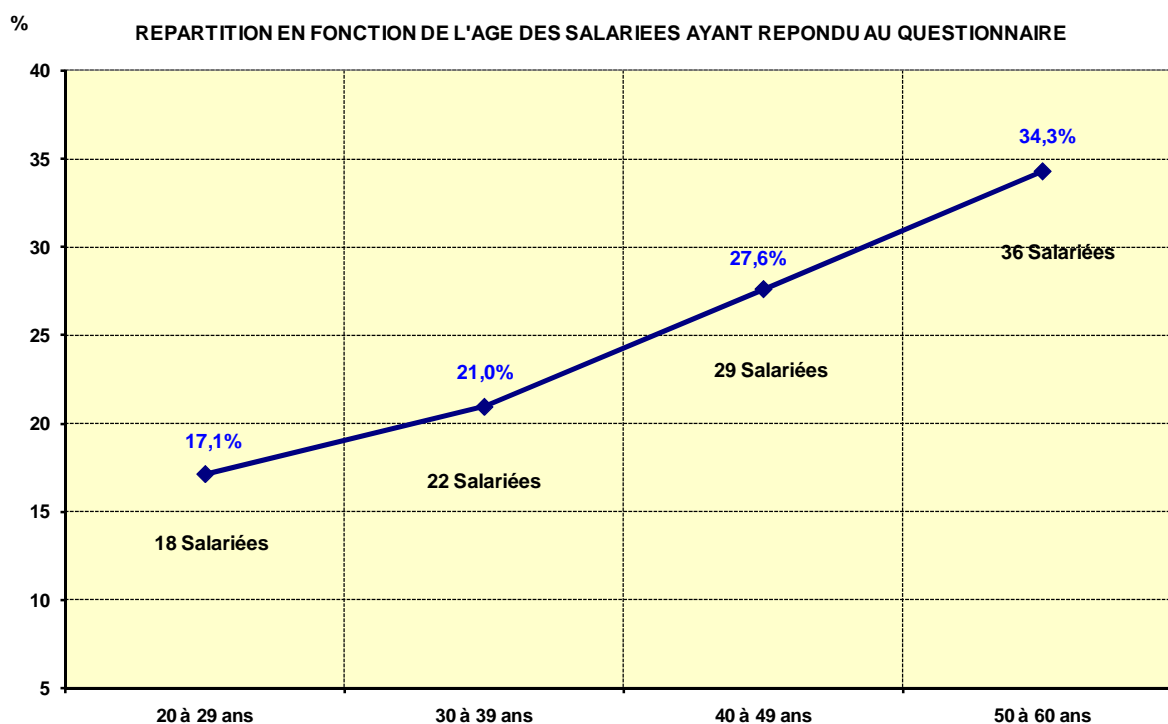
Ces graphiques donnent un aperçu des caractéristiques générales des **105** salariées retenues après avoir répondu à l'enquête.

Ils concernent :

- l'âge,
- l'ancienneté dans la profession,
- le nombre moyen d'heures de travail effectuées par mois,
- le niveau de diplôme lorsqu'elles ont commencé ce métier.

1. L'âge des salariées

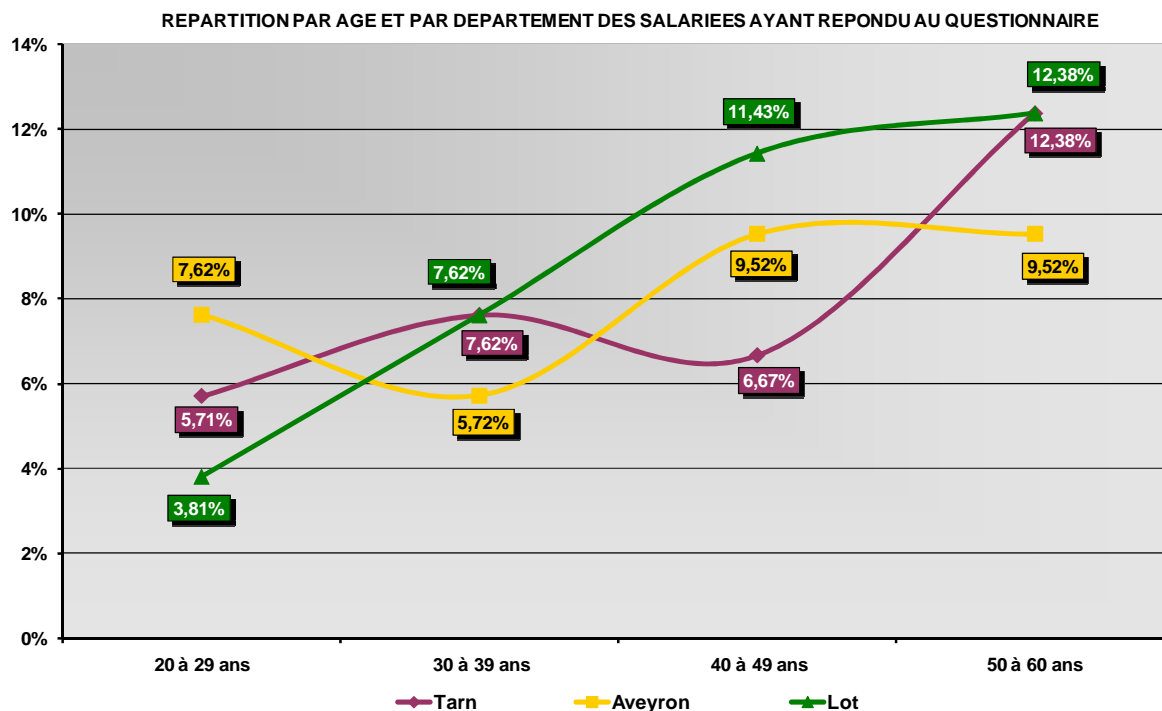
Graphique n°3



Il apparaît que les **plus de 40 ans** ont fortement répondu à cette enquête, soit **61,9 %**, contre **38,1 %** pour la tranche des **20 à 39 ans**.

Les salariées les plus âgées sont-elles plus sensibles aux difficultés de leur métier ?

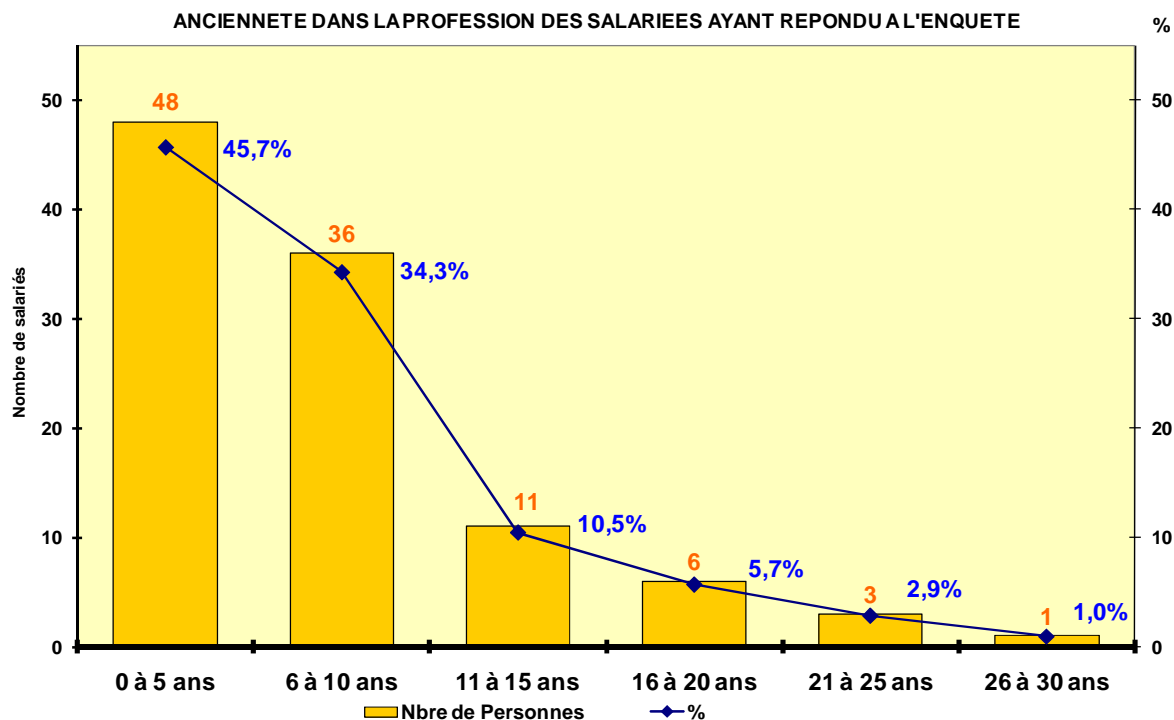
Graphique n°4



Le département du Lot est en tête et contribue au taux de réponse global élevé pour le nombre de salariées de **plus de 40 ans** qui ont répondu : **23,81 %** contre **19,04 %** pour l'Aveyron et **19,05 %** pour le Tarn.

2. L'ancienneté dans la profession

Graphique n°5

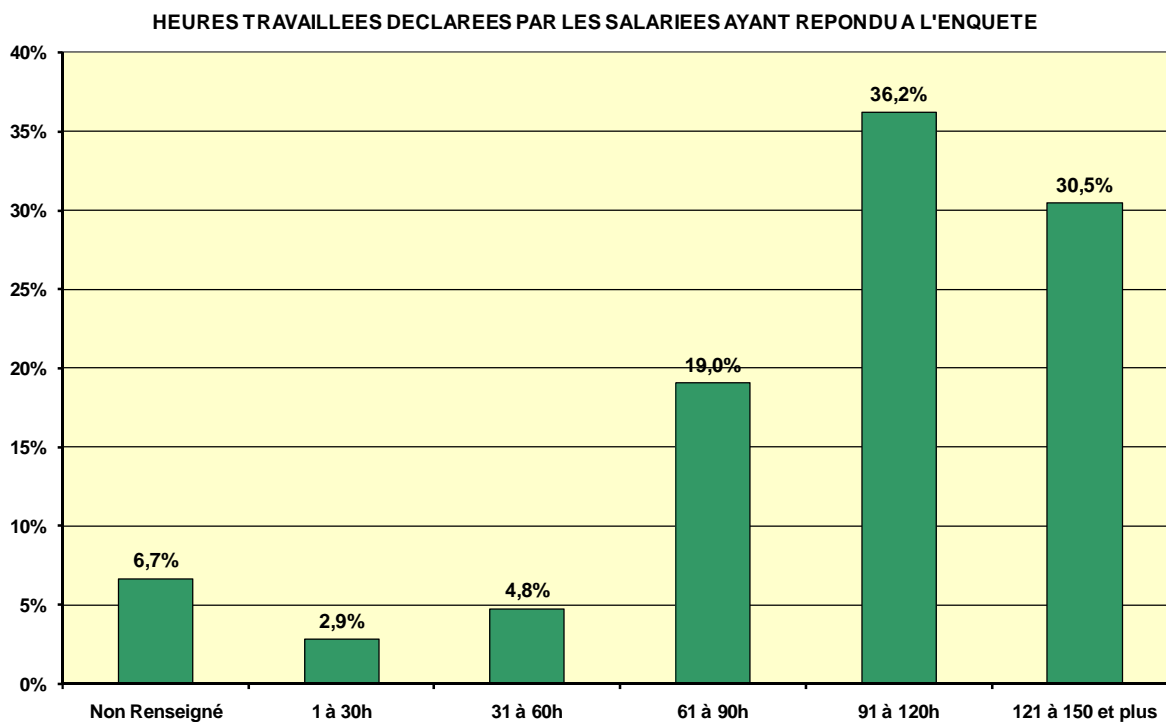


Sur le nombre de réponses renseignées, nous voyons que **80 %** des répondantes travaillent depuis moins de **10 ans** et près de la moitié depuis moins de **5 ans**.

Celles qui travaillent depuis plus de **15 ans** sont-elles des « résistantes ! » ?

3. Le nombre d'heures travaillées

Graphique n°6



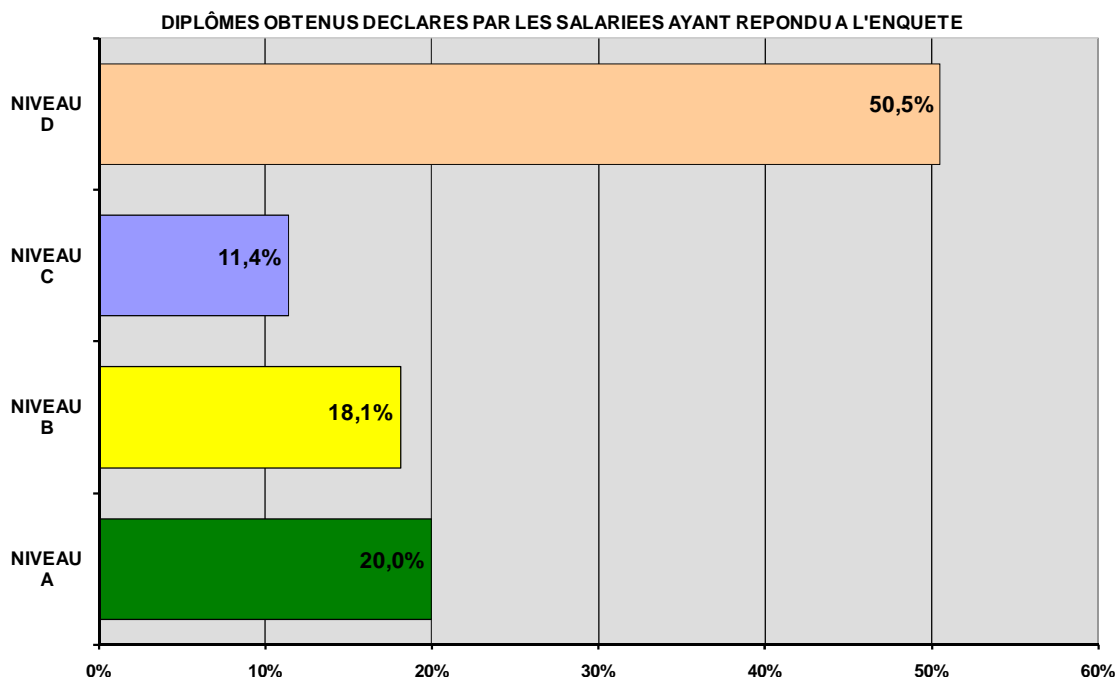
Environ **67 %** des salariées travaillent **plus de 90h** par mois.

Mais **8 %** travaillent **moins de 60h**, s'agit-il de temps partiel désiré ou de remplacements en CDD ?

Près de **7 %** n'ont pas répondu.

4. Le diplôme obtenu avant d'entrer dans la fonction

Graphique n°7



Le diplôme **A** correspond à Bac, Bac+2 ou plus ;

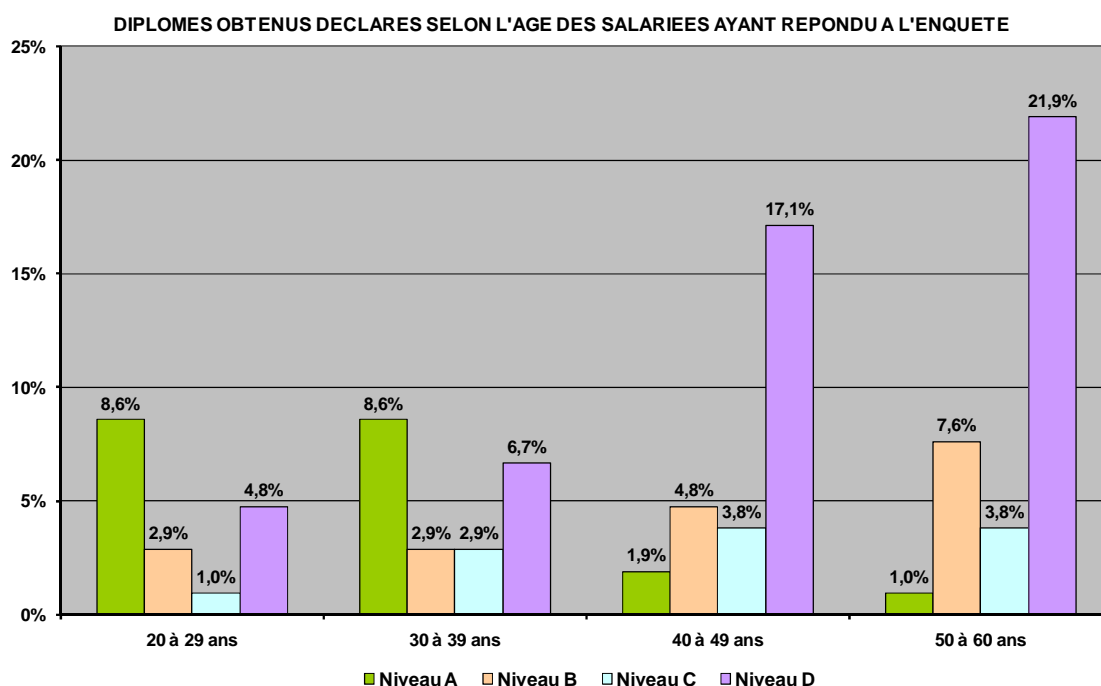
Le diplôme **B** concerne les diplômes du secteur sanitaire et social, BEP, CAP ;

Le diplôme **C** est celui obtenu par le DEAVS, le CAFAD ou l'équivalent BEP avec la mention « aide à domicile » ;

Le diplôme **D** recouvre le niveau école primaire ou CAP coiffure par exemple.

En affinant les résultats, on s'aperçoit que les plus jeunes possèdent des diplômes de niveau A (Bac et Bac+2), alors que les plus de 40 ans, possèdent des diplômes de niveau B (CAP, BEP).

Graphique n°8



B. Le burnout

Selon le barème des scores de Maslach, chaque composante du trépied est calculée pour établir le pourcentage global :

d'épuisement émotionnel
de dépersonnalisation
d'accomplissement personnel

Ce sont les *graphiques 9, 11, 13*.

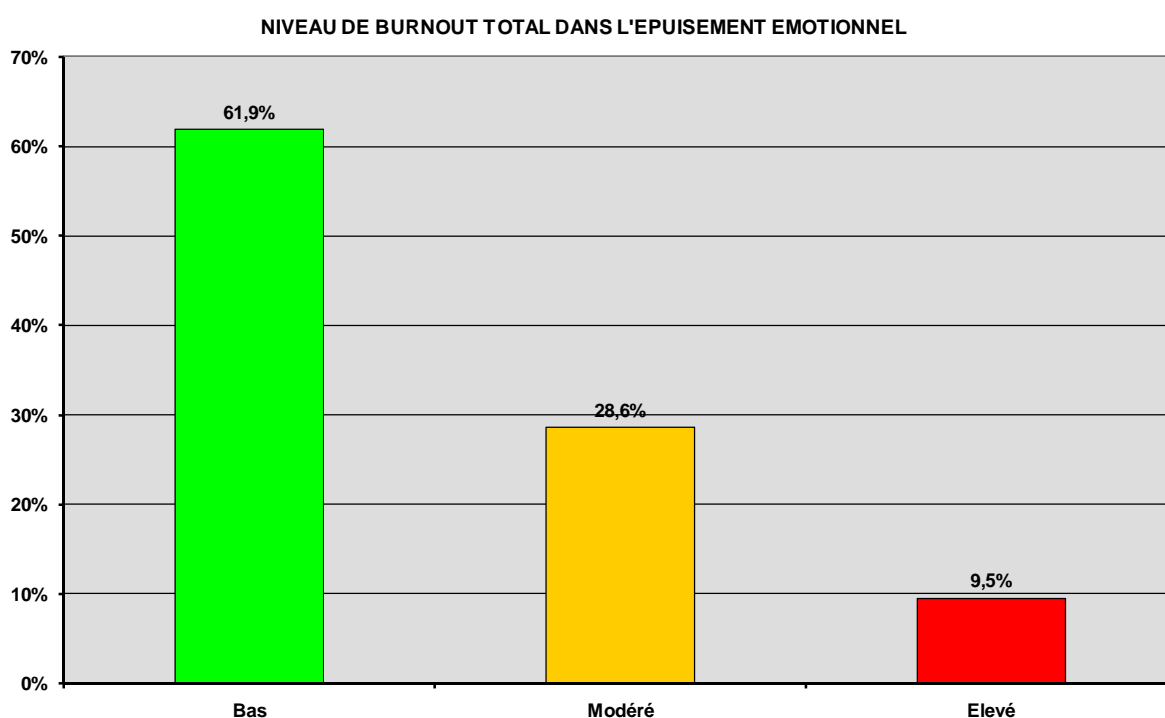
Pour chacune d'entre elles les résultats sont affinés en fonction de l'âge des salariées afin de connaître le ressenti du travail des plus jeunes aux plus âgées.

Ce sont les *graphiques 10, 12 et 14*

I L'épuisement émotionnel

1. Résultat global

Graphique n°9

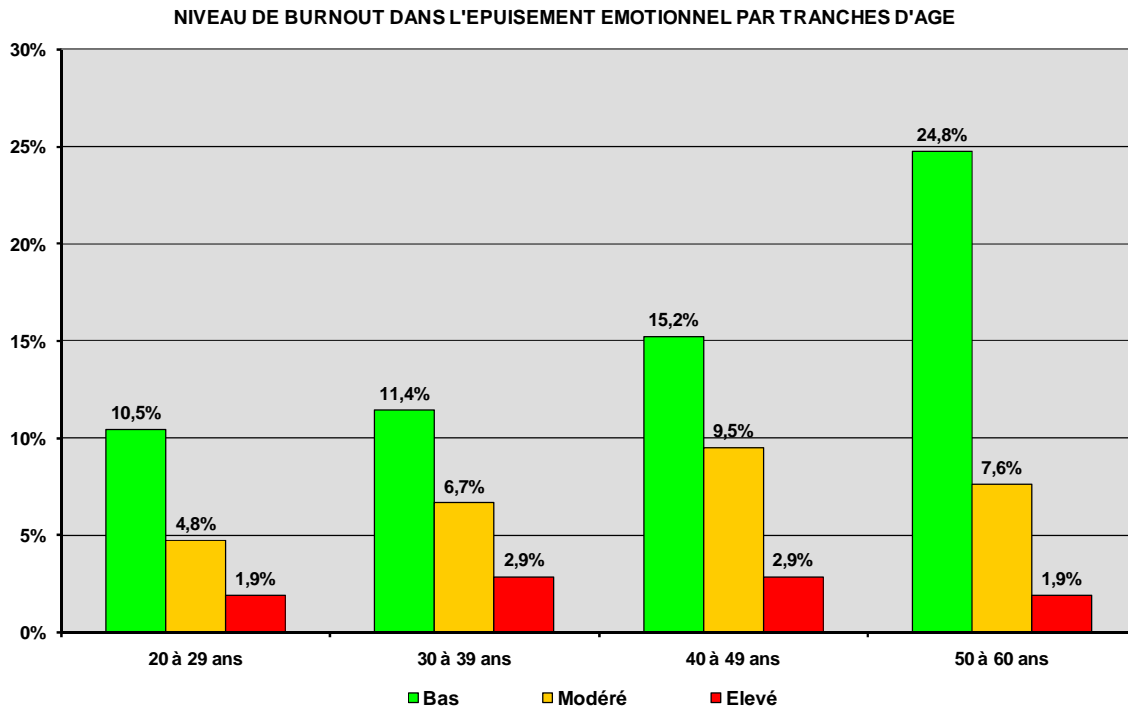


Concernant l'épuisement émotionnel, dans l'ensemble les salariées qui ont répondu au questionnaire paraissent avoir un niveau de burnout relativement bas à 9,5 %. Mais il est difficile de comparer ce résultat à d'autres, car les études sur le burnout font essentiellement référence aux soignants : médecins internes infirmières...

L'épuisement émotionnel moyen s'élève toutefois à 28,6 %.

2. Par tranches d'âge

Graphique n°10



En détaillant les résultats, on constate que plus les salariées avancent en âge, plus le taux de burnout est bas passant de 10,5 % pour la tranche des 20-29 ans à 24,8 % pour les 50-60 ans. Parallèlement le burnout élevé reste stable fluctuant entre 1,9 % et 2,9 %.

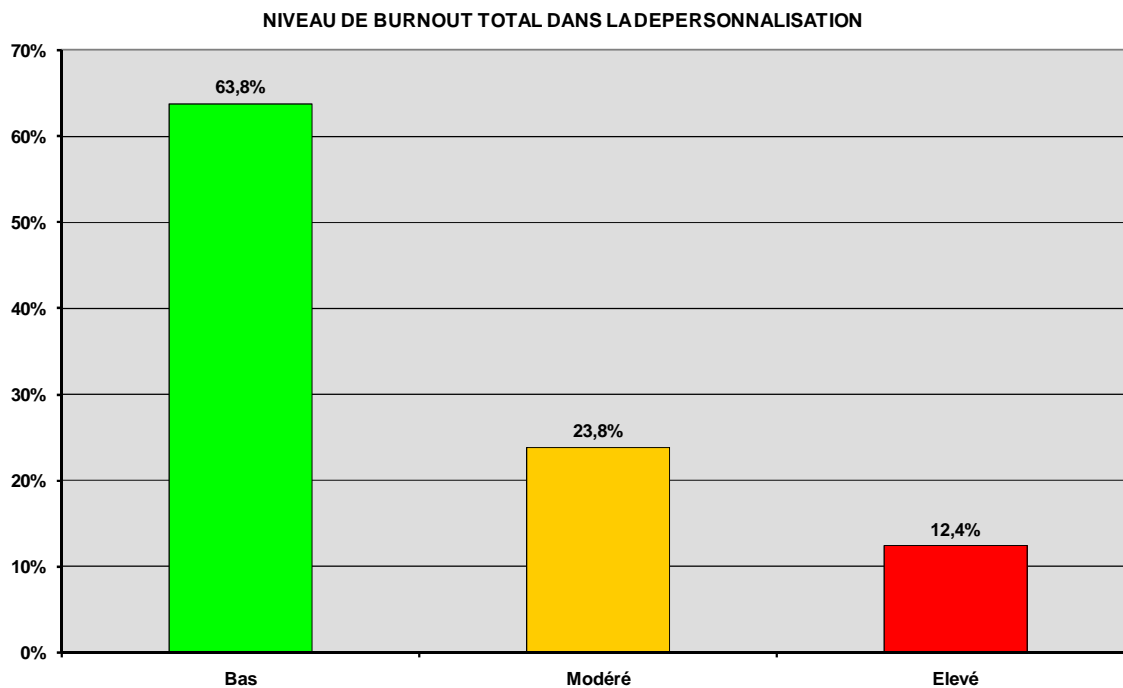
La tranche 50-60 ans présente un écart d'indice suffisamment important pour que l'on puisse estimer le niveau de burnout bas dans cette catégorie.

La tranche 40-49 ans semble montrer le plus de signes d'épuisement émotionnel.

II La dépersonnalisation ou distanciation

1. Résultat global

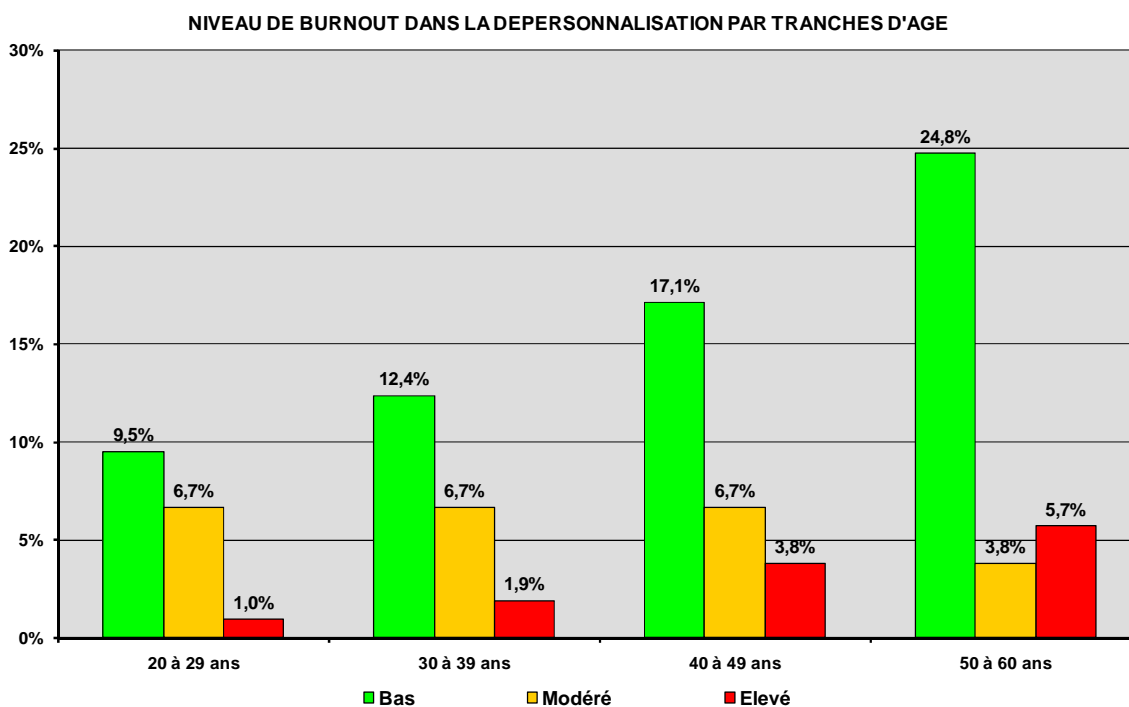
Graphique n°11



Les résultats sont sensiblement identiques, le burnout est un peu plus élevé à 12,4 %. Le résultat est plus tranché, le burnout modéré est moindre.

2. Par tranches d'âge

Graphique n°12

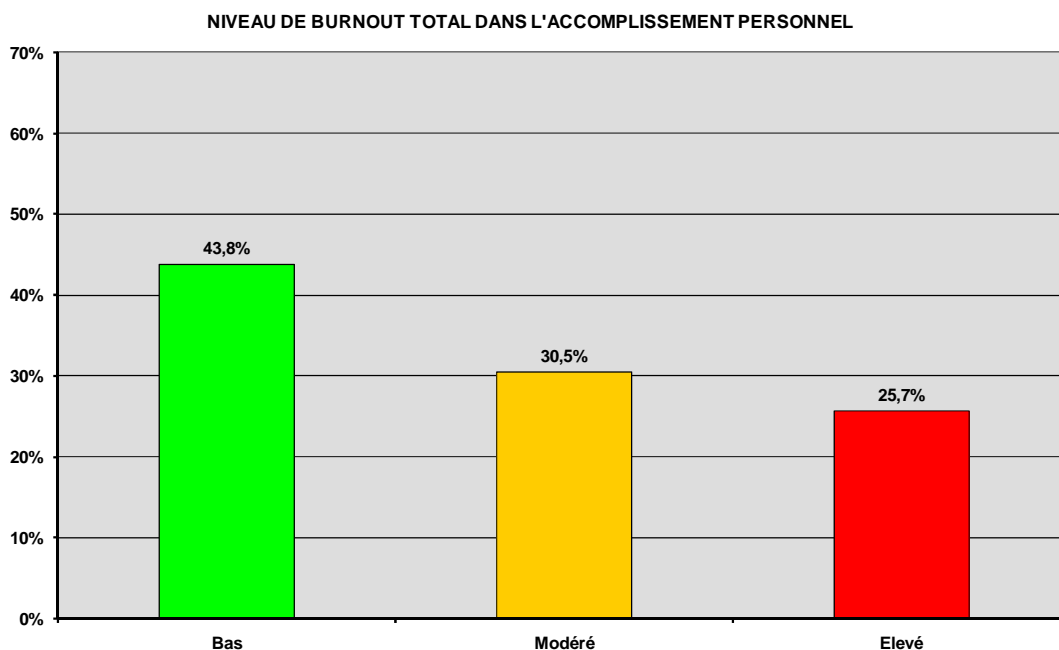


Plus les salariées vieillissent plus elles développent un retrait. Le burnout élevé est en croissance constante entre la tranche 20-29 ans (1 %) et la tranche 50-60 ans (5,7 %). Cela pourrait être interprété comme un début d'usure : ne pas ramener les problèmes à la maison, par exemple.

III L'accomplissement personnel

1. Résultat global

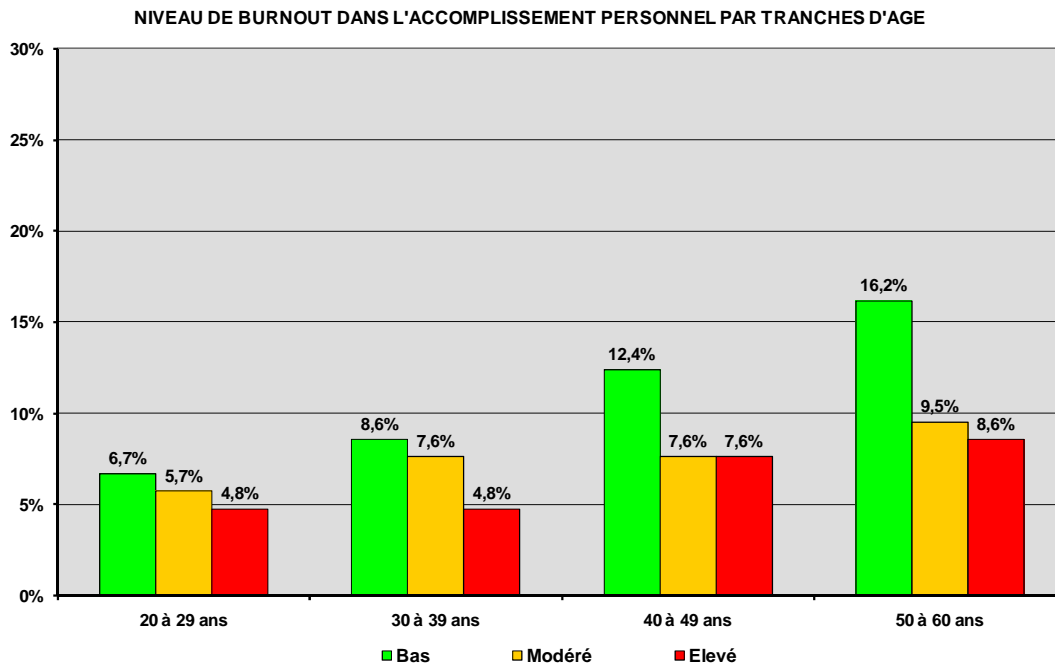
Graphique n°13



Les résultats sont plus contrastés que précédemment. Rappelons que si le taux de burnout est élevé, c'est que l'accomplissement personnel est bas. Un peu plus d'un quart des salariées ont un burnout élevé. Moins de 45 % ont un accomplissement personnel élevé. Le taux de burnout modéré représente presque un tiers des salariées, on peut supposer qu'une situation difficile pourra les faire basculer vers un burnout élevé et donc un sentiment d'accomplissement personnel bas.

2. Par tranche d'âge

Graphique n°14



Là aussi on constate la croissance d'un burnout bas et donc d'un accomplissement personnel élevé au fur et à mesure de la progression des tranches d'âge de 6,7 % pour les 20-29 ans à 16,2 % pour les 50-60 ans, la pente est moins marquée que pour les deux autres branches du trépied de Maslach.

Par contre il existe un clivage entre les tranches 20-39 ans et 40-60 ans. Les salariées mesurent certainement toutes les contradictions de leur fonction et de leur travail, mais leur rôle semble être quand même porteur de sens.

C'est pourquoi il est important de connaître le sentiment des salariées sur la perception de leur métier, grâce à l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) qui nous donne un indice de satisfaction.

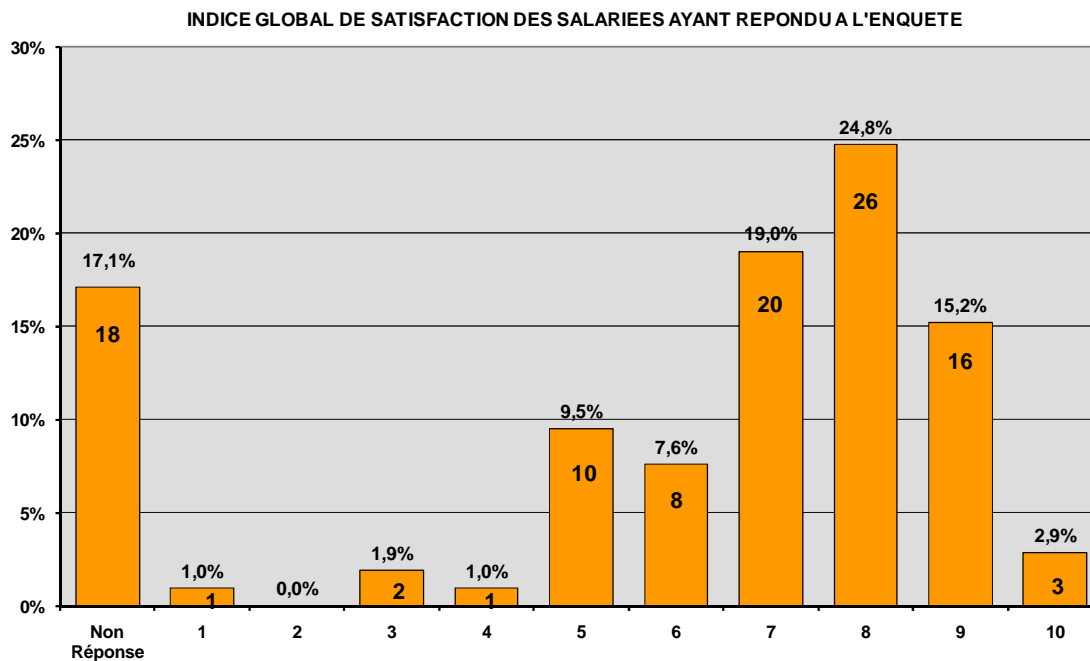
C. L'indice de satisfaction

Pour mesurer l'« impression globale » des aides à domicile vis-à-vis de leur travail, il est proposé aux salariées de noter par un trait sur la ligne d'une EVA leur niveau de satisfaction, de 1 à 10.

Nous estimons que de 1 à 4 la satisfaction est médiocre, de 5 à 7 moyenne, de 8 à 10 satisfaisante.

I Résultats généraux

Graphique n°15

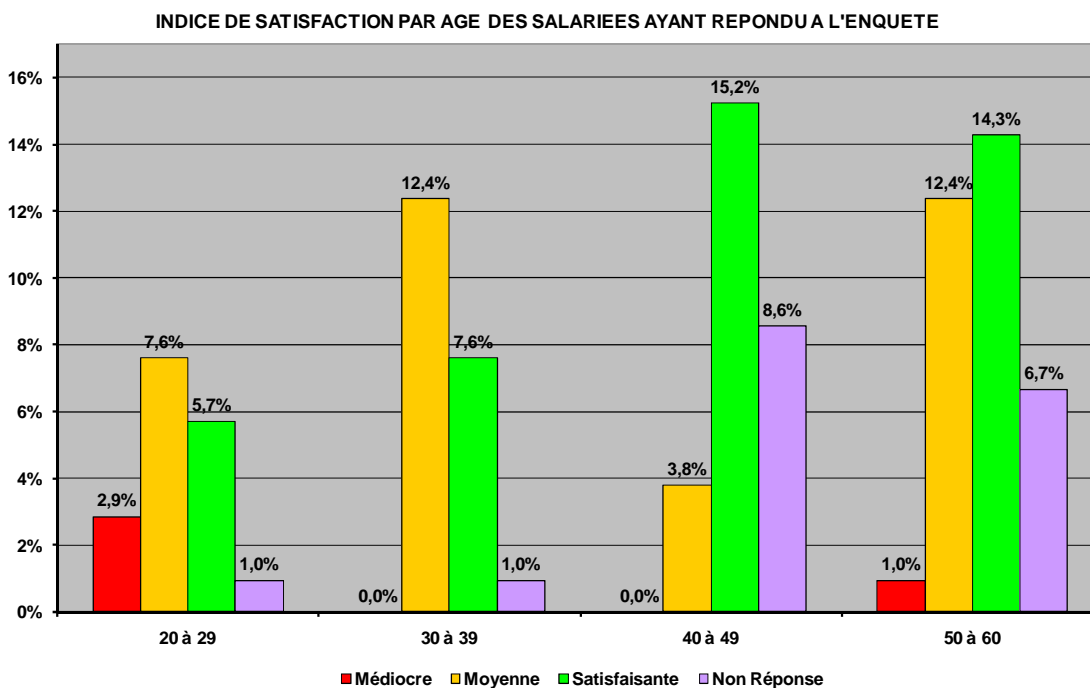


Nous constatons que :

- près de 43 % des salariées sont très satisfaites de leur emploi,
- 36,2% le sont, moyennement,
- 3,9% pas du tout,
- le taux de non réponse est de 17 %.

II Résultats en fonction de l'âge

Graphique n°16



Ce sont les aides à domicile les plus âgées qui présentent les taux les plus significatifs de satisfaction. Peu de ressenti négatif concernant le plaisir à travailler mais un taux de non réponses de 15,3 % émanant des plus anciennes, de la tranche 40 à 60 ans.

Nous pourrions l'interpréter comme une non compréhension de cette question posée sous la forme d'une EVA. Le mode d'emploi ne doit pas être suffisamment explicite.

Les plus jeunes sont peut être plus habituées à répondre à ce type de question.

Eventuellement, certaines salariées ne souhaitent-elles pas se prononcer ?

CHAPITRE 6

Discussion et propositions

A. Discussion

Pour évaluer les résultats obtenus, il apparaît important de comparer cette étude à d'autres travaux.

La seule enquête, à peu près complète et non parcellaire retrouvée, est une recherche réalisée en 1999 par l'ASMT (14), sur le travail d'aide aux personnes âgées.

D'autres résultats peuvent être confrontés à ceux d'un travail effectué, en 2008-2009, par Dupiet et Fastre du cabinet d'Ergonomie AZ Conseil, mandaté par la DDTEFP du Lot, sur les conditions de travail de trois groupes d'aides à domicile lotoises (12).

Il faut noter que l'étude porte sur les conditions générales de travail et non sur le risque psycho social en particulier.

I. Les données socio professionnelles

1. La moyenne d'âge

Dans notre région les salariées concernées par ce travail sont plutôt âgées, 62 % des aides à domicile ayant répondu au questionnaire ont plus de 40 ans.

Le tableau suivant présente les résultats des trois enquêtes (ASMT, AZ Conseil, MSA MPN) :

Année	Enquête	Lieu	40 à 49 ans	46 à 60 ans	< 30 ans
1999	AMST		40 %		20 %
2009	AZ Conseil	ADAR QUERCY BLANC		59 %	
2010	MSA MPN Les bases de Travail	ADAR QUERCY BLANC	35 %	54 %	13 %
		Tarn	34 %	50 %	11 %
		Aveyron	32 %	50 %	11 %
2010	MSA MPN L'enquête	Base totale	33 %	50 %	11 %
		Echantillon	38 %	23 %	28 %
		Résultats	28 %	47 %	18 %

Tableau VII : résultats par tranches d'âges selon diverses enquêtes

Ce tableau montre qu'il est souvent difficile de comparer plusieurs enquêtes. Pour celles-ci, par exemple, les tranches d'âge prises en compte sont différentes d'une enquête à l'autre. Il en ressort toutefois que cette population de salariées est âgée.

Dans notre échantillon, la tranche des moins de 30 ans est certainement trop fortement représentée, d'autant plus que le taux de retour est le plus faible. Aucune réponse des salariées nées en 1986 et 1989.

2. Le statut marital

Un tiers des aides à domicile vivent seules et deux tiers sont en couples. Ces chiffres sont équivalents à ceux de l'enquête de l'ASMT. Cependant, ces informations ne sont pas intégrées dans cette étude, car elles ne paraissent pas avoir d'influence sur le ressenti des salariées.

3. L'ancienneté dans la profession

Dans l'enquête ASMT, en 1999, elle est en moyenne de 7 ans. Dans l'étude MSA MPN, la moitié des salariées ont une carrière qui n'excède pas 10 ans. Seules 10% d'entre elles travaillent au moins 15 ans.

La **pénibilité physique** semble être à l'origine de cette brièveté.

4. Le nombre d'heures travaillées

La plupart travaillent plus de 90h mensuellement (66,7 %) ; un peu plus d'un quart effectue un temps inférieur à ce chiffre.

Il s'agit donc de travail à temps partiel. Est-il subi ou désiré en fonction d'autres obligations, comme s'occuper de l'exploitation agricole, élever ses enfants ou prendre en charge ses propres parents âgés ?

Déjà en 1999 (ASMT), 65 % des salariées travaillent à temps partiel et 24 % ont une durée de travail non choisie.

Dans notre enquête, près de 7 % n'ont pas répondu à la question. Peut-être s'agit-il d'un oubli ou d'une méconnaissance du temps réel passé ? Une autre explication peut tenir au fait que nous avons omis d'interroger les salariées sur leur statut : CDI ou CDD ?

5. La qualification des aides à domicile

L'enquête de l'ASMT de 1999 retrouve les caractéristiques suivantes :

52 % n'ont aucune qualification spécifique

28,6 % ont obtenu le CAFAD, le BEP sanitaire et social ou le CAP employé de collectivité

Selon une étude du CERC sur l'Emploi 2003-2005 :

57 % des aides à domicile ont un niveau BEPC

33,3 % ont un niveau CAP, BEP

9,7 % Bac et Bac +2

Dans l'enquête MSA MPN 2010, les résultats sont un peu différents en ce qui concerne le niveau A :

50,5 % ont une qualification non spécifique (Niveau D)

29,5 % ont un niveau BEP, DEAVS ou CAP « services » (Niveau B+C)

20 % ont un niveau Bac ou plus (Niveau A)

Le plus fort taux de diplômes de catégorie A (correspondant à Bac et Bac +2), est prépondérant chez les salariées les plus jeunes, mais il ne leur permet pas d'être mieux rémunérées. C'est lorsqu'elles auront passé le DEAVS que leur rémunération sera plus forte. L'enquête effectuée en 1999, par l'ASMT ne tient pas compte des diplômes de niveau supérieur au BEP, car elle est antérieure à la mise en place de la VAE, effective en 2005. C'est grâce à cette valorisation que les aides à domicile peuvent acquérir une formation, tout en travaillant.

II. Le risque psycho social

Les enquêtes ayant pour support le "Maslach Burnout Inventory" ou "MBI" concernent, pour la plupart, des professions d'aide. Mais elles sont en général axées sur les soignants des structures hospitalières : aides soignantes, infirmiers (ères), médecins...

Aucune étude comparative n'a pu être trouvée concernant strictement les aides à domicile et le burnout.

1. Des enquêtes

Les différentes enquêtes effectuées abordent la pénibilité dans le travail, liée à :

- l'environnement et aux contraintes physiques
- l'état de santé des personnes aidées : détérioration intellectuelle et approche de la mort pour les plus âgées.

Dans le travail réalisé par l'ASMT en 1999, les enquêteurs ont interrogé des aides à domicile et des aides soignantes sur la perception de leur **propre santé** selon l'échelle de Nottingham qui sépare les composantes physiques (mobilité, douleur, tonus) et les composantes psychiques (troubles du sommeil, isolement social et réactions émotionnelles) (*14*).

Les résultats donnent pour chaque dimension, le pourcentage de salariées pour lesquelles existe une altération de la santé perçue **pour elles-mêmes** :

- Isolement social : 31 %
- Réactions émotionnelles : 52,3 %
- Troubles du sommeil : 45,7 %
- Douleurs : 43,7 %
- Tonus : 29,5 %

Il faut remarquer que les sociologues actuels considèrent les TMS comme une composante des risques psychosociaux, en faisant le parallèle entre tensions physiques et psychiques. (*17*) Sans peut-être aller jusque là, il faut reconnaître que la constatation d'une pathologie musculo-squelettique recouvre souvent un malaise lié aux conditions de travail.

2. Le trépied de Maslach

Pour le risque psychosocial, l'enquête MSA MPN reprend les éléments du trépied du "MBI", à savoir le niveau de burnout dans l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

Toutefois, n'ayant pas retrouvé de valeurs de référence ciblées sur les aides à domicile, nous avons interprété les résultats de notre enquête en fonction de notre ressenti et de notre expérience.

a. L'épuisement émotionnel

A priori la possibilité d'être épuisée émotionnellement est relativement faible, 10 salariées sur les 105 présentent un risque de burnout élevé (9,5 % du total). Cependant 28 % des personnes présentent, tout de même des signes modérés d'épuisement émotionnel, ce qui peut nous faire craindre une aggravation, d'autant plus qu'elles avancent en âge. En effet les taux les plus forts apparaissent dans la tranche 40-49 ans (*Graphique 10*).

Des éléments extérieurs, tels que concilier vie familiale et professionnelle, peuvent, sans doute, expliquer ce chiffre.

b. La dépersonnalisation

Le score global de dépersonnalisation semble faible, autrement dit seulement 12,4 % des salariées ont un score de burnout élevé (13 salariées sur 105). Rappelons qu'il s'agit d'un système de mise à distance des soucis d'autrui afin de préserver sa propre personne.

Ce sont les salariées les plus âgées qui se distancient le plus dans leur travail. Dans la tranche des 40-50 ans et des 50-60 ans, respectivement 17,1 % et 24,8 % ont un score de burnout faible. On peut donc penser que c'est une réaction de protection afin de supporter les contraintes dans le temps (*Graphiques 11 et 12*).

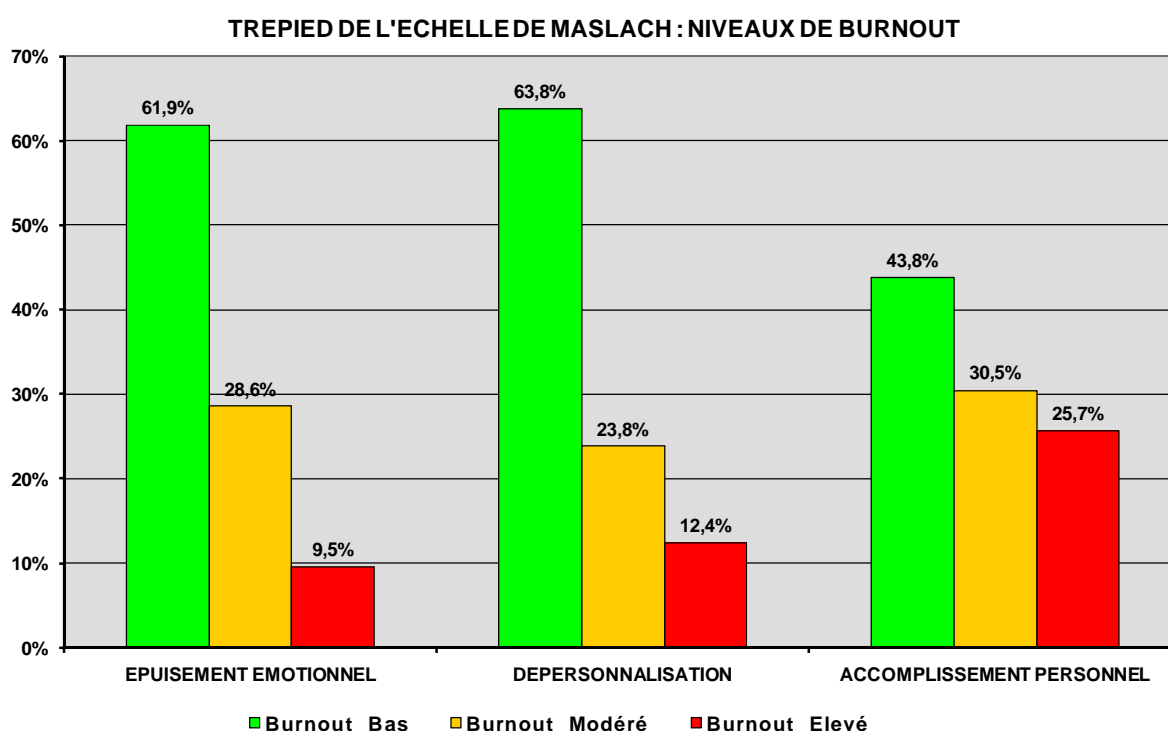
c. L'accomplissement personnel

Globalement, il est élevé. C'est-à-dire que 43,8 % des salariées, qui ont répondu, ont un score de burnout faible.

Ce sont les salariées les plus âgées, qui semblent « s'accomplir », 16,2 %, alors que les plus jeunes ne sont que moyennement satisfaites, 6,7 % pour les 20-29 ans et 8,6 % pour les 30-39 ans. On peut donc penser que les difficultés, hors vie professionnelle, ainsi que le manque d'expérience, peuvent influencer sur leur travail. L'expérience et le savoir faire ne s'acquiert qu'avec le temps et expliquent, peut être, l'image négative des plus jeunes^o (*Graphiques 13 et 14*).

Au total si l'on considère les 3 composantes de l'échelle de Maslach il ressort le tableau suivant.

Graphique n°17



Les scores de burnout pour l'épuisement (9,5 %) et la dépersonnalisation (12,4 %) sont bas. Mais celui de l'accomplissement personnel est élevé, 25,7 % des salariées ne se sentent pas efficaces ou accomplies professionnellement.

Il semble néanmoins que cette dernière composante du trépied de Maslach soit remise en cause par certains auteurs (21) qui critiquent cette dimension d'accomplissement personnel. Cette valeur est celle qui obtient toujours les résultats les plus faibles par rapport aux deux

autres variables du burnout. Cette baisse de l'accomplissement personnel ne serait-elle pas le produit de l'épuisement professionnel au même titre que l'apathie est un produit de la dépression ? Ce qui amène les chercheurs à considérer l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, comme les deux seuls facteurs du burnout (22).

Bien que cette analyse parcellaire permette de penser que l'épuisement professionnel ne semble pas toucher particulièrement ces salariées, il est bon d'aller au bout de la démarche en appliquant les recommandations de Christina Maslach :

« Si vous avez obtenu un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière, vous vous sentez épuisé(e) professionnellement en ce moment » et vice versa (cf. page 42).

3. Le score d'épuisement professionnel

La nécessité d'un score global d'épuisement professionnel s'est imposée, composé d'un score d'épuisement avéré et d'un score d'épuisement latent :

Le score d'épuisement avéré correspond à :

Score 1 > 30 (Epuisement émotionnel)

Score 2 > 12 (Dépersonnalisation)

Score 3 < 33 (Accomplissement personnel)

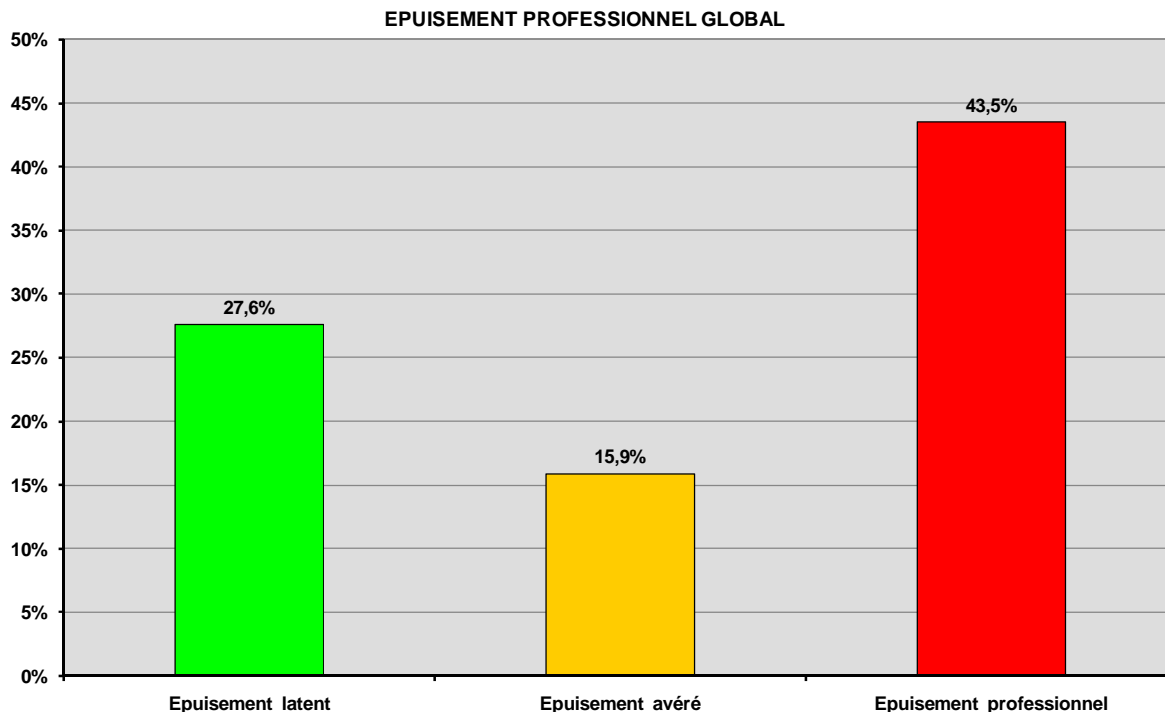
Le score d'épuisement latent se calcule ainsi :

Score 1 : compris entre 18 et 29 (Epuisement émotionnel)

Score 2 : compris entre 6 et 11 (Dépersonnalisation)

Score 3 : compris entre 34 et 39 (Accomplissement personnel)

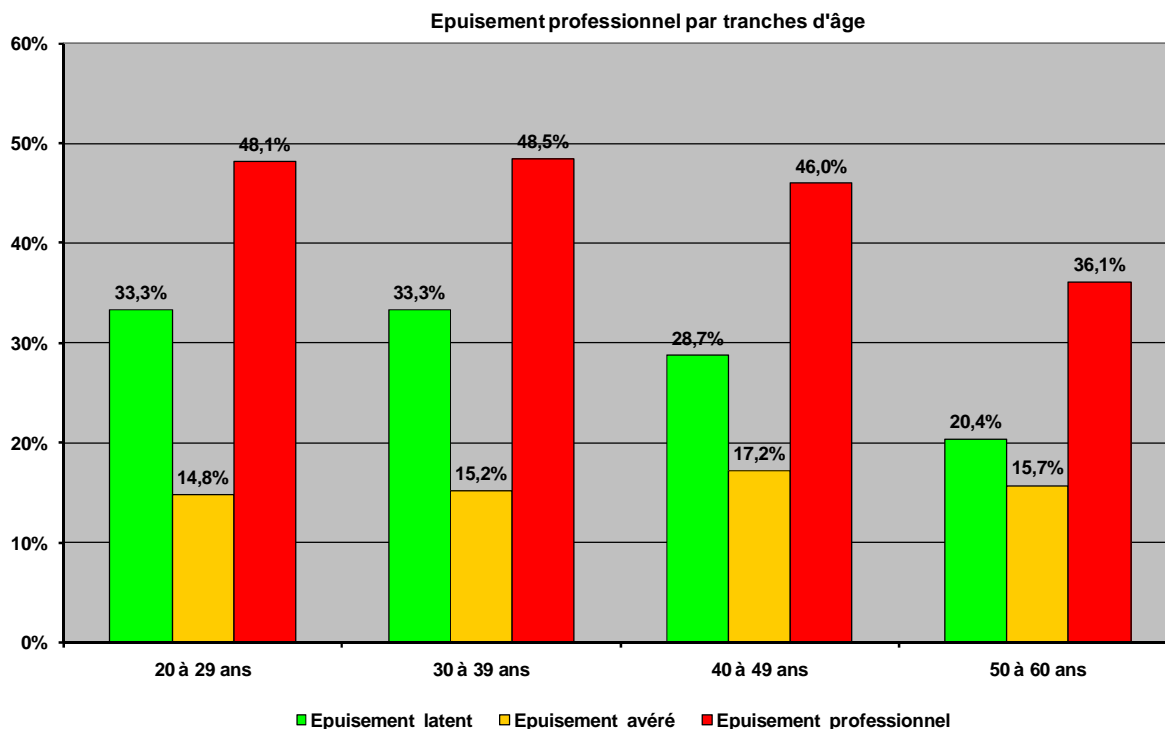
Graphique n°18



Il semble donc que le score d'épuisement professionnel dans ce métier d'aide à la personne s'élève globalement à 43,5 %.

Quand on observe ces résultats pour les différentes tranches d'âge, on constate que les salariées les plus jeunes (de 20 à 39 ans) présentent un épuisement professionnel important. On peut penser que ces salariées ont du mal à concilier leur vie familiale et ménagère avec leur vie professionnelle.

Graphique n°19



Cependant la méta analyse de Lourel et Guegen (22) précise qu'« il n'y a pas de score global d'épuisement professionnel. Chacune des sous échelles fait l'objet d'un score qui lui est propre. Ainsi un score élevé sur les deux premières dimensions correspond à un burnout important, tandis qu'un score faible sur la troisième dimension équivaut à un non accomplissement au travail ».

Les études retrouvées dans la littérature concernant le burnout dans les métiers de service privilégient les médecins et les infirmières avec des cohortes conséquentes, sans rapport avec notre échantillon. Il ressort que l'épuisement émotionnel se situe autour de 20 %, la dépersonnalisation à 9 % et l'accomplissement autour de 33 %.

	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Echantillon normatif Nord-Américain (3 982 professionnels de l'aide)	20,3	8,7	34,5
Echantillon normatif Hollandais (11 067 professionnels de l'aide)	17,8	7,3	30,9
Echantillon Faculté de Médecine de Créteil (692 internes de médecine générale)	22,1	10,6	33,7
Réponses à l'enquête MSA MPN (105 aides à domicile)	9,5	12,4	25,7

Tableau VIII : d'après la Thèse de Médecine de GUINAUD M. – 2006 (23)

En étudiant les valeurs de ce tableau, on peut constater que l'échantillon de l'enquête MSA MPN est peu important. Nos résultats font ressortir des chiffres d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel plus faibles, mais par contre un niveau de dépersonnalisation plus élevé paraissant correspondre à notre vécu sur le terrain.

Ceci est la photographie d'un état à un moment donné, d'une personne qui dit « je veux mais je ne peux plus ». Il faut savoir en tenir compte car cela peut être annonciateur d'une « décompensation ».

Elle ne surviendra pas tout de suite car elle sera précédée de signes physiques déjà évoqués comme irritabilité, maux de tête, manifestations gastriques ou troubles du sommeil. Ce sont d'ailleurs les premiers signes qui apparaissent lorsque les salariées parlent de leurs difficultés. Il est rare d'avoir le tableau complet de l'épuisement professionnel.

III. La satisfaction générale

Cependant ce risque de "burnout" est tempéré par la notion de satisfaction au travail, puisqu'elles le sont pleinement pour 42,8 % et moyennement pour 36,2 % (*Graphique n°16*). Les plus âgées (40 à 60 ans) présentent un indice de satisfaction autour de 15 % en moyenne. Mais la tranche d'âge 50 à 60 ans montre les résultats les plus marqués avec près de 14 % satisfaites de leur travail et 12 % moyennement satisfaites. Toutefois, ces chiffres doivent tenir compte du taux élevé de non réponses chez les plus âgées, pratiquement de 7 à 9 %. Il se pourrait que ces résultats soient liés à une incompréhension de la question ou à un droit de réserve ?

Les plus jeunes 20 à 39 ans représentent la proportion des moins comblées. Il semblerait que cette insatisfaction soit en rapport avec le décalage entre leur niveau d'instruction et leur métier (8,4% ont un niveau Bac et plus). Globalement les plus âgées ont des diplômes de niveau inférieur et semblent mieux adaptées à leur tâche.

B. Propositions

Ces constatations plutôt positives ne doivent pas nous faire oublier le vécu des aides à domicile.

I. Les signaux d'alerte

Il est très instructif de regarder les réponses obtenues par le docteur Françoise de Meixmoron, ancien Médecin du Travail à la MSA du Lot qui avait commencé, en 2007, à recueillir des données sur le travail d'aide à domicile. Cette action n'a pas été finalisée, cependant voici quelques réponses révélatrices du vécu des salariées.

Avez-vous le sentiment d'avoir un métier reconnu ?

- « Non ; nous sommes des femmes de ménage ou des aides ménagères »
- « Ce métier est trop dur et sans avenir »
- « C'est une profession médiatisée mais sans suite : pas de reconnaissance professionnelle »

Quels problèmes rencontrez-vous dans votre travail ?

- « Manque de respect ou agressivité des bénéficiaires »
- « Manque de dialogue ou de contacts avec les autres intervenants »
- « Manque de formation, manque de dialogue avec le responsable de secteur »

Quelles interrogations avez-vous par rapport à votre travail ?

- « Y a-t-il des réelles possibilités d'évoluer ou serons nous toujours considérées comme des femmes de ménage ? »
- « Qu'en est-il de notre avenir et de celui des associations qui nous emploient ? »
- « Quelle est la latitude des associations face aux financeurs ? »

Quelles pistes d'amélioration avez-vous ?

- « En temps qu'auxiliaire de vie, j'aurais voulu avoir du travail approprié, c'est-à-dire aide à la personne et bien souvent on vous prend pour des femmes de ménage »
- « Donner son avis sur les besoins des personnes aidées, le nombre d'heures par exemple »
- « La reconnaissance du travail par un salaire adapté, hausse du coût du véhicule et faible rémunération des indemnités kilométriques »

D'autres remarques apparaissent dans les réponses et concernent des préoccupations d'ordre matériel : « Les produits d'entretien mis à notre disposition ne sont pas adaptés ». Elles posent aussi des questions organisationnelles concernant l'hygiène des bénéficiaires : celle-ci devrait être assurée par des aides soignantes qui faute de temps délaissent ce travail.

Mais leurs préoccupations majeures tournent autour du manque de reconnaissance de leur métier ; certaines suggèrent d'« adresser une charte aux familles qui devra être validée afin de respecter le travail de l'aide à domicile » et surtout, les concernant, un très grand sentiment de précarité.

Page suivante, le fac-similé de la réponse d'une salariée qui résume parfaitement les préoccupations de ces professionnelles.

4.9. pour chaque personne, quantifiez la pénibilité de votre travail

personne	dur	moyen	faible
1		X	
2			X
3	X		
4		X	
5		X	
6			
7			
8			
9			
10			
11			

5. Question ouverte

5.1. Avez-vous le sentiment d'exercer une profession reconnue? Non, du tout. C'est à nous, je pense, de se convaincre de l'utilité de notre travail, car personne ne le fait (ni bénéficiaire, ni famille... juste quelques personnes dans le bureau de l'association nous soutiennent un peu). Personnellement je me plie en 4 et je m'active toute la journée (c'est dans mon caractère...) pour le bien-être des personnes; mais en échange, jamais, j'ai une parole gentille...

5.2. Quels problèmes rencontrez-vous dans votre travail?

- un temps de trajet trop long! plus de 2 heures chaque jour, plus de 160 km/j; donc 200€/mois d'essence + l'usure du véhicule + de 25.000 km en 2 ans!
- un salaire trop bas (= 600€/mois!) moins les 200€ d'essence moins les 200€ de frais de garde des enfants, ce qui nous fait 200€/mois pour travailler du lundi à vendredi de 8h00 à 17h00. Je me doute bien que ce n'est pas votre domaine, mais je vous assure ça joue énormément sur le moral...
- un quotidien où il faut gérer constamment les caractères (saute d'humeur des bénéficiaires, famille mécontente des horaires d'intervention, concordance...)

5.3. Quelles interrogations avez-vous par rapport à votre travail?

Quelle avenir pour notre profession? Sera-t-elle amenée à s'intensifier (du au vieillissement de la population) ou à diminuer (étant donné le manque de moyen accordé à notre secteur)

5.4. Quelles idées d'amélioration avez-vous?

Que l'on insiste auprès des bénéficiaires pour le fait que nous ne sommes pas que des femmes de ménage! et qu'ils ont de la chance de nous avoir, (au lieu de critiquer le fait que l'on ait rangé la soupe 3 cms trop à droite, par exemple...). Et peut-être un peu plus de formations, car elles sont toujours intéressantes. Un véhicule de fonction ??? (je sais, je rêve, mais quand-même...)

Comment prendre en compte cette usure et y remédier ?

II. L'aspect organisationnel

Les associations prestataires sont très conscientes des difficultés rencontrées sur le terrain par les aides à domicile et ont largement travaillé sur l'aspect organisationnel de la profession. Elles mettent l'accent sur le soutien apporté à leurs salariées, par la création des responsables de secteur, la formulation de plannings adaptés à la fois aux personnes aidées et aux aidants, la possibilité de rencontrer un psychologue ou des formations plus spécifiques du métier d'aide à domicile (gestes et postures, aide à la toilette, maladie d'Alzheimer...) ou une aide à l'obtention du DEAVS par la VAE.

En matière de prévention, la priorité est accordée à l'organisation du travail, par un pré diagnostic, une évaluation de la dimension collective et un « pilotage » du projet par une personne fortement impliquée dans cette réalisation, avec évaluation de l'efficacité à moyen et long terme (24).

Mais, cette approche très louable, ne peut se concevoir que dans les grandes structures, car comment faire dans les petites entreprises, comme les associations d'aide à domicile où la direction doit avoir un œil sur la comptabilité et le juridique et prendre en compte le « pouls » des salariées, où les responsables de secteur sont aussi, aides à domicile et où les administratifs sont souvent des bénévoles qui ne perçoivent pas toutes les difficultés de la base ?

L'apport de prestataires extérieurs paraît souhaitable. En 2008, les ergonomes du Cabinet AZ Conseil, ont pu étudier les conditions de travail en se rendant au domicile des personnes aidées avec leur accord et celui des familles.

La restitution de leur analyse auprès de la DDTEFP, compte rendu du 23 octobre 2009, avait conclu :

- Au besoin d'organiser un forum qui permettrait de mieux faire connaître le métier d'aide à domicile. Ce forum s'est déroulé en 2010.
- A la nécessité de mettre en place un outil d'identification des risques professionnels pour les responsables de secteur.
- A la création de pochettes informatives qui seraient remises aux personnes aidées afin de définir le travail de l'aide à domicile.

III. La mise en commun des savoirs

Toutes les enquêtes sur le risque psycho social parlent très justement de complémentarité des approches avec mise en commun des savoirs entre sociologues, ergonomes, médecins... « Cette pluridisciplinarité est d'autant plus cruciale que la part subjective et émotionnelle des facteurs joue un rôle non négligeable dans les tensions » (25).

IV. L'engagement

En matière de recherche d'une solution au risque psychosocial, le mot le plus souvent employé, notamment par les sociologues est le mot : **Engagement**. Il permet de mobiliser les différents acteurs de l'entreprise du simple salarié à l'administrateur. Mais tous s'accordent à dire que c'est un processus qui demande du temps.

Mot couramment employé dans la culture anglo-saxonne, comme le soulignent Maslach ou Brun (Université de Laval au Québec) (26), cet "*organizational commitment*" commence à apparaître dans nos propos et ouvre certainement une piste de travail (27).

Sous l'impulsion du docteur Marc Delanoë, Chef du Service de Santé au Travail et avec l'accord de la direction de la MSA MPN, j'ai pu assister à une conférence, le 1^{er} avril 2010, donnée par Madame Christina Maslach, professeur de psychologie et vice doyenne de l'université de Berkeley (Californie). A l'invitation de l'Université des Sciences Sociales de Lyon, elle est venue présenter ses recherches.

Il ressort de son discours que ce terme d'engagement permet de dynamiser la vision du travail, en essayant de prendre le contre-pied du burnout et en valorisant trois variables :

- L'énergie à opposer à l'épuisement
- L'efficacité à opposer à l'inefficacité
- L'implication à opposer à la distanciation.

Elle a parlé aussi des six domaines d'intervention où l'on peut agir afin d'éviter le burnout, c'est-à-dire :

- La charge de travail : elle doit rester acceptable.

- Le contrôle que l'on a sur ce travail : tout ce qui limite l'action est un facteur de stress.

- La récompense : elle peut être pécuniaire ou symbolique.

- L'entourage, surtout professionnel : attention à la concurrence ou à la méfiance.

- La justice sociale ou équité : l'injustice conduit à la distanciation.

- Les valeurs qui donnent du sens à la vie : il faut tenir compte de ses propres valeurs et de celles qui sont véhiculées au travail, il faut une congruence entre les deux.

Comme tous les autres acteurs de prévention, elle insiste sur le fait que l'intervention au niveau de l'organisation est supérieure à l'intervention individuelle. Elle doit être précoce et les deux symptômes à rechercher en premier, prédictifs d'un burnout, sont la distanciation et l'achoppement ou désaccord dans l'un des six domaines énoncés ci-dessus.

« Ce qui frappe » dit-elle « lorsqu'on interroge les salariés, ce n'est pas temps la charge de travail dont ils se plaignent, mais le manque de justice et le problème des valeurs ».

Ces considérations nous rapprochent plus d'une vision philosophique que technique mais permettent de remettre l'homme au cœur du sujet :

« Adapter le travail à l'homme [...] en vue notamment de limiter le travail monotone et cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé » (Article L 4121-1 du Code du Travail).

CONCLUSION

La profession d'aide à domicile est un métier de la relation et de la communication à l'autre qui se caractérise par une forte implication personnelle. L'appellation d'« aide ménagère » devrait donc être bannie du langage courant.

L'accent doit être mis sur leurs formations, sachant qu'elles sont souvent mal préparées en abordant ce métier, pensant qu'il s'agit surtout de faire du ménage. Il faut valoriser le versant « aide à la personne », qui ne consiste pas uniquement à aider une personne à faire ses courses et à se déplacer, mais comme elles le disent, elles même, « à les aider à vivre ».

Elles ont un rôle éminent dans le maintien à domicile et participent à la conservation du lien social des personnes aidées.

Les décideurs devraient considérer cette dimension humaine et ne pas voir seulement dans ce métier une facilitation d'accès à des emplois pour personnes en difficulté.

« Ce ne sont pas tant les tâches ménagères qui font la richesse de ce métier mais bien l'aide à la personne et le lien qui se tisse au fil des ans avec les personnes âgées, qui leur permettent de se sentir utiles » (7).

Bref que ces personnes ne sont pas seulement « utiles » au sens premier, mais qu'elles font « œuvre d'utilité », au sens noble du terme ; elles sont la principale source de sociabilité des personnes âgées (28).

L'aspect économique est également important comme nous l'avons vu à propos des témoignages recueillis et la marge de manœuvre financière est en train de se réduire. Ce sont le Conseil Général et les caisses qui financent les aides à domicile par l'intermédiaire de l'APA. Leur financement propre se dégrade lui aussi.

Un salaire correct permettrait certainement de diminuer leur niveau de stress.

Petit encart publié par l'ANSP en mai 2010. « En France 2 millions de personnes sont employées dans les services à la personne. [...] Le salaire mensuel net est de 690€ en raison du temps partiel très répandu dans ce secteur. La moitié des salariés souhaiteraient travailler dix heures de plus par mois, pour atteindre l'équivalent d'un Smic. [...] A noter que 75% des salariés ne souhaitent pas travailler dans un autre secteur d'activité. Cependant la pénibilité physique reste une difficulté pour 41% des salariés ».

Comme pour les autres professions, le médecin du travail participe à la prévention des risques professionnels des aides à domicile. La difficulté réside dans l'impossibilité de se rendre sur le terrain pour étudier le poste de travail. Il doit donc prendre en compte les signaux d'alerte, comme les témoignages des salariées, afin d'éviter le basculement vers une pathologie constituée. A la MSA MPN, la majorité des inaptitudes prononcées dans ce secteur, concerne les pathologies musculo-squelettiques et les troubles psychologiques.

Le risque psycho social est en germe dans toute profession, notamment lorsque la dimension relationnelle est importante. Mais il ne faut pas oublier que ce sont les facteurs individuels qui vont conduire les personnes à développer ces symptômes. Pour minimiser ce risque plusieurs pistes d'actions sont possibles :

Adapter le travail aux capacités des employés et leur donner l'opportunité d'utiliser leurs compétences,

Définir le rôle et les responsabilités de chacun,

Donner la possibilité de participer aux décisions,

Améliorer la communication et les interactions sociales entre les différents acteurs.

En somme rendre le travail stimulant.

C'est au contact de ces femmes et de ces hommes que j'ai compris leurs difficultés quotidiennes, leur courage et leur attachement au métier. Certaines m'ont dit « s'éclater », grâce à la relation instaurée auprès de leurs bénéficiaires et ne pas regretter leur fonction précédente. Mais je déplore aussi que certaines n'osent s'exprimer par peur de perdre leur emploi.

Comme le dit le sociologue Yves Clot (29) : « Le stress, ce n'est pas seulement l'intensification de ce qu'on fait, c'est l'accumulation de tout ce qu'on ne peut pas faire... »

J'abonde dans ce sens car je pense qu'il est bon de parler, d'agir, de contredire...

BIBLIOGRAPHIE

1- MAINGUET (A.CI.) - 1995

Maintien à domicile des personnes âgées.
Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Médecine Agricole.
INMA, TOURS, 63p.

2- Encyclopédie Wikipedia

Le syndrome d'épuisement professionnel.
<http://fr.wikipedia.org>

3- NOGUES (H) - 1999

De l'aide ménagère à la PSD : les avatars des prestations à domicile.
Séminaire International, Rennes, 19-20 juin 1999

4- CERC - 2008

Les services à la personne.
Rapport n°8, Paris, La documentation Française, 147 p.

5- EVEREST RESEAU – 2005

Evaluation et prévention des risques chez les aides à domicile.
INRS, *Dossier Médico- Technique n°102*, 2^{ème} tr 2005, p161-189.
<http://www.inrs.fr>

6- VEROLLET Yves - 2007

Le développement des services à la personne.
Rapport du conseil économique et social
La documentation française, 150p.

7- ROCHER (M), LANGEVIN (V), CASTEJON (C), FRACHON (M), POETE (V), VILLATTE (R) - 2005

Regard sur le travail ; quand les aides à domicile deviennent « auxiliaires de vie sociale »
Pour agir sur leurs conditions de travail et leur santé.
INRS, *Note Scientifique et Technique 257*, décembre 2005, 84 p.

8- Communication du Réseau UNA

Le financement du secteur de l'aide et des soins à domicile- Février 2009
<http://www.una.fr>

9- LABRUYERE(C) - 2006

La VAE, quels candidats, pour quels diplômes ?
Bref n°230, 1-4.
<http://www.cereq.fr>

10- PERSONNAZ (E), QUINTERO (N), SECHAUD (F) - 2005

Parcours de VAE, des itinéraires complexes, longs, à l'issue incertaine.
Bref n°224, p. 1-4.
<http://www.cereq.fr>

11-MARQUIER (R)- 2008

Préparer le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale par la validation des acquis de l'expérience.

DRESS, *Etudes et résultats*, n°58, 09, p. 1-4.

<http://www.sante.gouv.fr/etude-resultat>

12- FASTRE (S), DUPIET (A), Cabinet AZ conseil - 2009

Etude sur les conditions de travail des aides à domicile du LOT.

Rapport d'étude remis à la DDTEFP du Lot, 73 p.

13- PEYRON (M), GILLARDO (P) - 2005

Evaluation des risques et facteurs psychosociaux dans une association d'aide à domicile.

Cahier des fps, n°1, p. 4-6

<http://www.cateis.fr>

14- Groupe épidémiologique du département ASMT – 1999

Conditions de travail et santé perçue [...] chez les aides ménagères des maisons de retraite et de structures d'aide à Domicile.

In : Le travail d'aide aux personnes âgées

Document n°17, CISME, Paris, p. 61-93

15- GILLARDO (P) - 2007

L'organisation préventive des facteurs psychosociaux.

Cahier des fps, n°4, p. 7-11.

<http://www.cateis.fr>

16-NASSE (P), LEGERON (P) - 2008

Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail.

Rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité., 42 p.

<http://cisme.org>

17- SARDAS (J C).- 2007

L'approche des sciences de gestion.

In : Prévention du stress et risques psychosociaux au travail

Réseau Anact, Séminaire scientifique, Paris 26-27 et 28 novembre 2007, p 11.

<http://www.anact.fr>

18-MASLACH (C) - 2009,

A future of possibilities.

Carnet du GRePS, 2009, 2, p. 30-31

<http://univ-lyon2.fr/greps>

19- SAHLER (B), BERTHET (M), DOUILLET (P), MARY- CHERAY (I) – 2007

Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail.

Editions de l'ANACT, Lyon, 268 p.

20- DAVEZIES (P) - 1992

L'épuisement professionnel ; le Burnout.

Santé et travail, 3, p. 45

21- CHEVRIER (N) - 2009

Adaptation québécoise de l'Oldenberg (OLBI).

Thèse de doctorat en psychologie

Université de Québec, Montréal

<http://www.archipel.uqam.ca>

22- LOUREL (M), GUEGEN (N) – 2007

Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument du MBI.

L'encéphale 33, 947-953.

23- GUINAUD M. – 2006

Evaluation du burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés.

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine – Université Paris Val de Marne – Faculté de Médecine de Créteil

24- INRS

Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention.

ED 6011, 31 p.

25- MARY- CHERAY (I) - 2009

Les acteurs d'une prise en charge pluridisciplinaire.

In : Risque psychosocial au travail

Colloque INMA, TOURS, 23 janvier 2009

26- BAYEUX (M-C), BIJAOU (A), GANEM (Y), KRIVOCHIEV (M), LAFON (D), PELTRE-FLEURIET (B), SIANO (B) - 2007

Le stress au travail, une réalité.

Colloque, Nancy, 1-2 février 2007

INRS, *Dossier Médico-Technique* n 110, p. 199-223

27- MORIN (E) - 2008

Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel.

Etude et Recherche, Rapport R-543

IRSST, Montréal, 62 p.

<http://www.irsst.qc.ca>

28- GOTMAN (A) – 2010

Héritage : le point de vue d'une sociologue

In : LE FIGARO MAGAZINE – 24 juillet 2010 p. 22 et 23

29- CLOT (Y) - 2007

Psychologie du travail

In : Prévention du stress et risques psychosociaux au travail

Réseau ANACT, Paris, Novembre 2007, Collection étude et document, 106 p.

30- REFERENTIEL d'ACTIVITE (annexe 1 de l'arrêté du 26 03 2002 relatif au DEAVS)

In : NST 257 Regard sur le travail... ; p. 84.

Autres références bibliographiques

INRS ED 6066

Obligations et responsabilités des employeurs, 22p.

DEBONNEUIL Michèle.- 2008

Les services à la personne, bilan et perspectives.

Rapport remis au Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Emploi, 34p.

<http://www.una.fr/rapports-etudes-sur-le-secteur-des-services-a-la-personne.html>

DAVEZIES (PH). - 2001

Le stress au travail ; entre savoirs scientifiques et débat social

Performances .Stratégies et facteur humain, n°1, p. 4-7

Livres :

PEZE (M).- 2008

Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés.

Journal de la consultation « souffrance et travail »

PEARSON, Paris, 214 p.

MASLACH (Ch), LEITER (M) - 2002

Banishing Burn out. Six strategies for improving your relationship with work.

JOSSEY-BASS, 196 p.

RECAPITULATIF DES TABLEAUX, SCHEMAS ET GRAPHIQUES

TABLEAUX

Tableau I	: Les grandes fédérations d'aide à domicile
Tableau II	: L'agrément
Tableau III	: Les différents modes de fonctionnements
Tableau IV	: Les modules du DEAVS
Tableau V	: Principaux diplômes et titres dans le secteur de l'aide à domicile
Tableau VI	: Taux de réponses par départements
Tableau VII	: Résultats par tranches d'âges selon diverses enquêtes
Tableau VIII	: D'après la Thèse de Médecine de GUINAUD M. – 2006

SCHEMAS

Schéma n°1	: Travail prescrit et Travail réel
Schéma n°2	: Relation entre les déterminants et les facteurs de risques
Schéma n°3	: Les stressseurs

GRAPHIQUES

Graphique n°1	: Regroupement des bases de données des trois départements
Graphique n°2	: La base et l'échantillon
Graphique n°3	: Répartition en fonction de l'âge des salariées ayant répondu au questionnaire
Graphique n°4	: Répartition par âge et par département des salariées ayant répondu au questionnaire
Graphique n°5	: Ancienneté dans la profession des salariées ayant répondu à l'enquête
Graphique n°6	: Heures travaillées déclarées par les salariées ayant répondu à l'enquête
Graphique n°7	: Diplômes obtenus déclarés par les salariés ayant répondu à l'enquête
Graphique n°8	: Diplômes obtenus déclarés selon l'âge des salariés ayant répondu à l'enquête
Graphique n°9	: Niveau de burnout total dans l'épuisement émotionnel
Graphique n°10	: Niveau de burnout dans l'épuisement émotionnel par tranche d'âge
Graphique n°11	: Niveau de burnout total dans la dépersonnalisation
Graphique n°12	: Niveau de burnout dans la dépersonnalisation par tranche d'âge
Graphique n°13	: Niveau de burnout total dans l'accomplissement personnel
Graphique n°14	: Niveau de burnout dans l'accomplissement personnel par tranche d'âge
Graphique n°15	: Indice global de satisfaction des salariées ayant répondu à l'enquête
Graphique n°16	: Indice de satisfaction par âge des salariés ayant répondu à l'enquête
Graphique n°17	: Trépied de l'échelle de Maslach : niveaux de burnout
Graphique n°18	: Épuisement professionnel global
Graphique n°19	: Épuisement professionnel par tranche d'âge

ANNEXE I°: Le questionnaire

N° de questionnaire : _____

Année de naissance _____

Situation familiale

Département du lieu de travail

Nombre d'heures de travail par mois

Dernier diplôme obtenu avant l'entrée dans l'emploi

Merci de répondre avant le

<input type="checkbox"/>	Seule	<input type="checkbox"/>	En couple
<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	46
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	81

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque phrase. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse

		Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1	Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2	Je me sens "à bout" à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3	Je me sens fatiguée lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4	Je peux comprendre facilement ce que les bénéficiaires ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5	Je sens que je m'occupe de certains bénéficiaires de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6	Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7	Je m'occupe très efficacement des problèmes des bénéficiaires	0	1	2	3	4	5	6
8	Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9	J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10	Je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12	Je me sens pleine d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13	Je me sens frustrée par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14	Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15	Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains des bénéficiaires	0	1	2	3	4	5	6
16	Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les bénéficiaires	0	1	2	3	4	5	6
18	Je me sens ragaillardie lorsque dans mon travail j'ai été proche des bénéficiaires	0	1	2	3	4	5	6
19	J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20	Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21	Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22	J'ai l'impression que les bénéficiaires me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Évaluez votre satisfaction au travail par une échelle de 1 à 10

Mettez un trait sur cette ligne

Sachant que 1 correspond à la satisfaction la plus faible et 10 à la plus forte

1 _____▶10

ANNEXE II : (30)

Référentiel professionnel des auxiliaires de vie sociale (référentiel d'activités)
(Annexe 1 de l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale)

Fonctions clés d'aide aux personnes	Activités
Accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Stimule les activités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne ☞ Aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne ☞ Aide à l'habillage et au déshabillage ☞ Aide seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale ☞ Aide une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée ☞ Aide, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soin : <ul style="list-style-type: none"> - à l'alimentation - à la prise de médicaments lorsque cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage - aux fonctions d'élimination
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Aide à la réalisation ou réalise des achats alimentaires ☞ Participe à l'élaboration des menus, aide à la réalisation ou réalise des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits ☞ Aide à la réalisation ou réalise l'entretien courant du linge et des vêtements, du logement ☞ Aide à la réalisation ou réalise le nettoyage des surfaces et matériels ☞ Aide ou effectue l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Participe au développement et/ou au rétablissement et/ou au maintien de l'équilibre psychologique ☞ Stimule les relations sociales ☞ Accompagne dans les activités de loisirs et de la vie sociale ☞ Aide à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives
Diagnostic de la situation et de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Observe et participe à l'analyse de la situation sur le terrain ☞ Fait preuve en permanence de vigilance et signale à l'encadrant et aux personnels soignants, tout état inhabituel de la personne aidée ☞ Organise et ajuste son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrant, en fonction du plan d'aide initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien

<p>Communication et liaison</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↵ Ecoute, dialogue, négocie avec la personne en situation de besoin d'aide et les aidants naturels ↵ Sécurise la personne en situation de besoins d'aide ↵ Travaille en équipe ↵ Rend compte de son intervention auprès des responsables du service, fait preuve de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée ↵ Repère ses limites de compétences et identifie les autres partenaires intervenants à domicile à solliciter ↵ Intervient en coordination avec les autres intervenants au domicile
----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I - LES INTERVENANTES A DOMICILE ADMR

A – Le rôle des intervenantes à domicile ADMR :

Le domicile est un lieu privé qui abrite l'existence familiale et intime des personnes. Cela implique un positionnement déontologique générant une attitude de respect, de réserve et de discrétion à tout moment de l'intervention :

- Respect de la personne de ses droits fondamentaux
- Respect de ses biens, de son espace privé
- Respect de sa vie privée, de son intimité
- Respect de sa culture, de son choix de vie
- Respect des choix éducatifs des parents

Elles travaillent en équipe avec les collègues au sein du service, font le lien avec les autres intervenants (sociaux ou médicaux-sociaux) et les familles. Elles connaissent et respectent les compétences des autres intervenants.

Elles planifient l'organisation du travail en accord avec la personne aidée.

Elles contribuent à l'amélioration de la qualité des services et se situent en professionnelles.

Les services d'aide à domicile font maintenant partie des institutions sociales et médico-sociales. Les personnes aidées sont de plus en plus dépendantes. La profession d'aide à domicile doit s'adapter aux nouveaux besoins sur plusieurs plans :

- horaires d'intervention (présence au moment des repas, en tout début de matinée ou en fin de soirée, plusieurs interventions dans la journée chez la même personne, travail jours fériés etc...)
- nature de l'intervention (de plus en plus orientée vers l'aide pour les actes essentiels de la vie et moins vers le ménage)

Les intervenantes à domicile doivent rendre compte systématiquement de leur travail aux responsables ADMR.

1 – Accompagnement et aide dans les activités ordinaires de la vie quotidienne :

LES TACHES MENAGERES

Dans tous les cas : connaître et utiliser correctement les produits et matériels adaptés

A l'intérieur :

Petit ménage courant

- Vaisselle
- Entretien courant des sols (balayage, passage serpillière, aspirateur)
- Dépoussiérage
- Entretien appareils ménagers (nettoyage régulier du réfrigérateur)
- Entretien et détartrage des sanitaires, de la salle de bain, des seaux hygiéniques
- Sortie des poubelles
- Réfection du lit (quotidienne ou intégrale)
- Désinfection
- Nettoyage des poignées de porte, interrupteurs
- Aération de l'habitat (10 minutes minimums)

Gros ménage

- Entretien des sols
- Nettoyage des vitres
- Ménage à fond

A l'extérieur :

- Nettoyage accès principal et abords
- Dégel devant de porte

L'ENTRETIEN DU LINGE :

- Laver le petit linge à la main
- Faire la lessive avec machine à laver
- faire l'étendage, le repassage
- Faire le raccommodage, les petits travaux de couture

L'ALIMENTATION:

- **Préparer** (ou aider à la préparation) les repas en respectant les choix de la personne aidée, soin de la présentation
- **Elaborer des menus** équilibrés ou conformes aux régimes prescrits
- **Aider à la prise** des repas (sauf prescription médicale)

LES COURSES :

- **Faire les courses** avec ou sans la personne et, si besoin, **planifier les achats** et/ou gérer les réserves

LE CHAUFFAGE

- **Approvisionner** et/ou vérifier le gaz, le bois, le charbon, le fuel et **surveiller** les stocks
- **Entretien** la cuisinière

LES SURVEILLANCES DE PREVENTION :

Prévention des accidents domestiques, des chutes, des intoxications alimentaires par la surveillance des :

- Date de validité des médicaments ⇒ vérifier le contenu de la pharmacie
- Vigilance par rapport à la prise de médicaments avec information des responsables si problème
- Date de péremption des aliments ⇒ vérifier le contenu du frigo, du congélateur et des placards
- Alimentation équilibrée, appétit, prise régulière des repas
- Hydratation des personnes âgées ou des enfants
- Surveillance des tuyaux de gaz (date de sécurité), du besoin de ramonage des cuisinières ou chaudières
- Hygiène (de l'évier, des sanitaires, de la salle de bain).
- Aide, effectuée ou propose l'aménagement du logement dans un but de confort, de sécurité, de fonctionnalité :
 - Réorganisation des placards (accessibilité),
 - Eclairage plus fonctionnel
 - Déplacements d'objets pouvant provoquer des chutes (fils électriques, tapis, etc)
 - Proposition de petits aménagements (par exemple fixation de pastilles antidérapantes)

2 – Accompagnement et aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne :

L'AIDE à l'HYGIENE :

Les intervenantes à domicile ne doivent pas faire de soins médicaux, ni de toilettes médicalisées, ni de soins de pédicure.

Elles peuvent aider la personne à effectuer

- La **toilette simple** (lorsque celle-ci est assimilée à un acte essentiel de la vie et n'a pas fait l'objet de prescription médicale)
- Le **shampooing**, Le **coiffage**
- Le changement de **couches** (sauf si la personne a des escarres)
- L'**aide aux professionnels**, si nécessaire, (infirmiers, aides soignants) pour la toilette d'une personne très dépendante.
- L'**aide à la prise de médicaments**, lorsque cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable de gérer seule, et, lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage

L'AIDE A L'HABILLAGE:

- Habillage et déshabillage total ou partiel (sauf les bandes de contention)

L'AIDE A LA MARCHE

- **Surveillance et accompagnement** physique de la personne qui effectue le déplacement avec ou sans aide matérielle : canne, déambulateur, etc..., à l'intérieur ou à l'extérieur.

L'AIDE AUX TRANSFERTS

- **Soutien pour levers, couchers, déplacements** (du lit au fauteuil, installation dans un fauteuil, sur les toilettes, etc...), en respectant les **règles d'ergonomie**.

LE SOUTIEN DE L'AUTONOMIE

A travers **toutes les tâches de la vie quotidienne, pour les accompagnements ou gardes de jour**, et dans la mesure du possible, l'intervenante veillera à **faire participer** la personne aidée afin de lui **conserver ou redonner son autonomie** (autonomie gestuelle, sens de l'organisation, sentiment d'utilité, goût de vivre etc...)

- **Stimuler les capacités intellectuelles, sensorielles, motrices :**
 - Stimulation de la **mémoire**
 - Stimulation des échanges par l'**écoute, la conversation, la lecture**
- **Prévenir l'isolement**
- **Stimuler l'appétit** (présentation, choix des menus ...)
- **Informer et encourager** à utiliser divers matériels pour compenser le manque d'autonomie (cannes, déambulateur, appareils auditifs, enfile-bas, pelles à long manche, ramasse objet, téléalarme, loupes etc...)

LES SURVEILLANCES DE PREVENTION

Préventions des conséquences relatives à l'état de santé, la cohérence mentale par une vigilance constante des situations et des évolutions

- **Evaluer les risques liés aux problèmes de santé** (par exemple pour des personnes seules difficultés de se nourrir, importants risques de chutes, douleur difficilement supportable etc)
- **Evaluer les risques liés au manque de cohérence** pouvant générer des dangers (par exemple les risques d'oubli d'éteindre le gaz, la perte de repères dans le temps et dans l'espace, les achats inconsidérés)
- Prévoir les adaptations nécessaires en cas d'urgence

3 – Accompagnement et aide dans les activités de la vie sociale et les activités relationnelles

LA RELATION D'AIDE, L'ECOUTE ACTIVE :

Pour une relation professionnelle, il est recommandé que l'intervenante **n'ait pas de lien de parenté avec la personne aidée**.

L'intervenante à domicile doit exiger d'être respectée par la personne aidée (ne pas accepter de gestes ou paroles inconvenantes) et signaler tout problème au responsable ADMR

- **Créer un climat de confiance** propice aux échanges.
- Ecouter avec **bienveillance et attention :**
 - En **respectant** les choix de la personne, sans juger, sans a priori,
 - En **reformulant** pour vérifier la bonne compréhension ou ce que les paroles entendues signifient réellement (avec un vocabulaire et un mode de communication adapté)

LA STIMULATION DES RELATIONS SOCIALES :

- **Inciter la personne à développer des relations** avec son entourage, son voisinage, à participer à des activités de groupe (clubs, associations..)
- **Etre le lien** avec l'entourage pour favoriser des relations
- **Accompagner** la personne et stimuler par des activités de loisirs, des jeux

LES ACTIVITES DIVERSES :

- Aide administrative (feuilles de maladie, documents administratifs et courriers divers)
- Aide à la gestion quotidienne du budget (sans se substituer à la personne aidée ou à sa famille)

LES SURVEILLANCES DE PREVENTION :

- Evaluer les risques de repli sur soi, d'isolement, d'exclusion des personnes fragilisées
- Evaluer les risques de négligence ou de maltraitance par l'entourage (maltraitements d'ordre physiques, psychologiques, financières, médicamenteuses, civiques) avec signalement aux responsables ADMR et :

Pour les personnes âgées à ALMA 81 (TEL : 05 63 43 69 92)

Pour les enfants à SOS ENFANT MALTRAITE (TEL : 0 800 81 00 81)

4 – Les tâches qui ne relèvent pas du rôle des intervenantes à domicile

L'INTERVENANTE A DOMICILE

Les intervenantes à domicile ne doivent pas, en principe, effectuer les tâches suivantes :

Lessiver les plafonds

Peindre, tapisser

Débarrasser les greniers, les caves, les sous-sols, les garages et annexes

Jardiner, bêcher, cultiver, récolter

Lessiver, peindre les grilles, les volets, les clôtures

Fendre du bois

Ramoner les cheminées

La législation interdit aux femmes qui travaillent de porter des charges supérieures à 25 kgs.

Les listes ci-dessus ne sont pas exhaustives

Pour toute questions concernant son rôle, l'intervenante à domicile devra en référer aux responsables ADMR.

RESUME

La profession d'aide à domicile s'est développée depuis une cinquantaine d'années, afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante.

La multiplicité des acteurs, la diversité des fonctionnements et l'impossibilité de faire une étude sur le terrain, rendent difficiles une approche objective du travail.

C'est pourquoi nous avons cherché à connaître leur métier, le rôle des différents partenaires sociaux et à évaluer les risques professionnels. A cette fin, le risque psychosocial nous semblait intéressant à analyser, sachant que la pénibilité physique est grande, que le travail est solitaire et que le retentissement psychologique est de ce fait majoré.

L'enquête menée auprès des aides à domicile de la MSA MPN (Midi-Pyrénées Nord) est basée sur le Maslach Burnout Inventory (M.B.I.). Ce questionnaire, employé dans les métiers de service, semble le plus approprié pour rechercher un épuisement professionnel ou burnout. Même si l'étude ne permet pas de conclure à un épuisement élevé, elle permet d'attirer l'attention sur un risque potentiel d'effondrement. Le MBI est à ce titre un outil d'analyse utile dans le suivi de ces populations précaires.

C'est grâce à la prise en compte des susceptibilités individuelles, mais aussi des conditions globales de travail que le risque psycho social sera minoré. La mise en commun des compétences, l'organisation de travail et l'engagement de tous les acteurs de la profession sont des pistes pour y remédier.

Mots-clés : Epuisement professionnel, Aides à domicile, Maslach Burnout Inventory

ABSTRACT

ARE HOMEWORKERS PROBE TO A SPECIFIC PSYCHOSOCIAL RISK AS "BURNOUT"

Housework helper is a new job, developed since about fifty years to help older people to stay home as long as possible. There are so many partners and associations with very different functions that make the study and supervision of workers difficult for the occupational practitioner.

This study tried to know the duty of home workers, to understand the role of the different social partners and try to assess the professional risks. So, it seems for us interesting to study the psychosocial risk, knowing it is a physically hard and lonely work with easier psychological effect.

The study concerns home workers supervised by the MSA-MPN (Midi-Pyrenees North) and it is based on Maslach Burn-out Inventory (M.B.I.). This questionnaire, used in "help services" seems the most appropriate to look for a professional exhaustion or "Burn-Out".

Even if the study does not allow us to conclude for a high level exhaustion, it draws us attention to a possible collapse. The M.B.I. is quite rightly, an helpful instrument for the follow-up care for this precarious people.

Including the individual touchiness and also the general conditions of work, the psychosocial risk can be reduced.

Gathering together the skills, the work management and the commitment of all the actors of the profession are tracks to solve it.

Key words: Burnout, Home workers, Maslach Burnout Inventory