

A close-up photograph of an ant and a snail on a green leaf. The ant is positioned above the snail, both facing towards the left. The background is a soft-focus green with bokeh light effects.

# LA POLITIQUE “RESSOURCES HUMAINES” AU CŒUR DES ORGANISATIONS

*Focus sur des actions menées au sein de services  
d'aide à domicile*

# Unooas

*Ont contribué pour l'UNCCAS*

Valérie **GUILLAUMIN**, Responsable "Innovation et Expérimentations sociales"  
*vguillaumin@unccas.org*

Jeanne **MALASSIS**, Chargée de mission "Innovation sociale"  
*jmalassis@unccas.org*

Frédéric **BODO**, Responsable "Organisation des CCAS/CIAS et Petite Enfance"  
*fbodo@unccas.org*



## LES AGENTS DES CCAS/CIAS, DES ACTEURS CLÉS AUPRÈS D'UN MONDE QUI BOUGE

L'accompagnement global des personnes, dans une logique de parcours plutôt que de guichet par type de dispositifs, est aujourd'hui primordial. Dans ce cadre, les agents des CCAS/CIAS jouent un rôle clé au regard de la pluralité des modalités d'intervention de l'établissement public, et cela auprès de publics très divers. La qualité et l'efficacité de cet accompagnement global repose sur le maintien d'une forte implication des agents - laquelle est aujourd'hui réelle, tant les agents sont attachés à leurs missions - sur leur qualification, sur la reconnaissance de leurs missions au quotidien. Ainsi, l'ensemble des agents des CCAS/CIAS contribuent pleinement à l'attractivité et au développement social durable de leur territoire.

Mais des agents sous pression : nouvelles exigences, nouveaux comportements, poids de la finance...

Face à ces évolutions socio-économiques, de nouvelles formes d'organisation, de nouveaux défis en matière de professionnalisation, de management, de mutualisation sont nécessaires. Ces défis, s'ils sont connus, nécessitent de nouvelles approches qui réinterrogent inmanquablement les pratiques et les parcours professionnels de chacun.

### Passer d'une gestion des ressources humaines à une politique des ressources humaines

Les CCAS/CIAS peuvent mettre en œuvre une politique RH à la hauteur des défis auxquels ils sont confrontés et de la pression grandissante de la demande sociale, dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées comme de la lutte contre la précarité ou l'isolement, la petite enfance, jeunesse, etc.

Mener une véritable politique de ressources humaines, fondée notamment sur la qualité de vie au travail agit fortement sur la lutte contre l'absentéisme, la valorisation des métiers.

La qualité de vie au travail est enjeu de performance. Elle est aussi un levier de remobilisation des équipes.

### S'engager dans une démarche de qualité de vie au travail au cœur des organisations

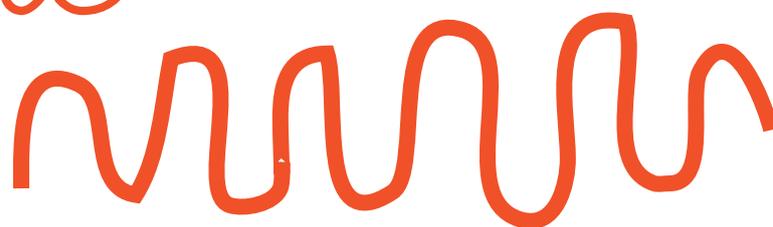
Chaque employeur a sa part de responsabilité dans la qualité de vie au travail. Vous retrouverez différentes actions menées par différents CCAS/CIAS en ce sens, et plus particulièrement auprès des services d'aide à domicile.

En effet, les services d'aide à domicile sont exposés à une forte pénibilité, à des phénomènes d'usures professionnelles importantes pouvant entraîner des troubles musculo-squelettiques (TMPS) voire conduire à des risques psycho-sociaux (RPS). D'ailleurs, le taux de sinistralité-accident du travail est d'ailleurs bien plus important dans le secteur social, médico-social que le bâtiment .

C'est pourquoi, l'UNCCAS tenait à illustrer par la présentation de ces différentes actions menées au sein des services d'aide à domicile l'importance de mettre en place une politique "Ressources humaines".

**En conclusion, les principales conditions de réussite reposent sur un pilotage par la direction générale, un fort soutien politique, et le fait d'associer les agents en les rendant acteurs à la démarche.**

# Sommaire



Une équipe référente sur les questions liées à l'ergonomie .....	6
Prendre soin de soi en prenant soin de l'autre.....	9
Accompagner, soutenir et adapter l'environnement et le poste de travail des intervenant(e)s à domicile.....	13
La mise en place d'une équipe dépendance.....	18
L'apport des connaissances en gérontologie dans la pratique quotidienne des intervenant(e)s à domicile et des aidants.....	22
Santé et sécurité au travail : de la prévention à la reconversion professionnelle .....	25
Agents du service à domicile et horaires élargis .....	30
Mutualisation des services du pôle de soutien à l'autonomie.....	34
Prévention des TMS avec un ergonomiste.....	40
Un temps de coordination incontournable et obligatoire pour les aides à domicile.....	44
Prise en charge multidimensionnelle de la qualité de vie au travail .....	45

# TYOLOGIE DES ACTIONS ENTREPRISES POUR RÉPONDRE AUX DIFFÉRENTES PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES

NOM DE L'ACTION	PROBLÉMATIQUES										PUBLICS CONCERNÉS						RÉPONSES				
	ARRÊT DE TRAVAIL	TMS	RPS	ACCIDENT DU TRAVAIL	ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	AMÉLIORATION DU SERVICE	PERSONNEL TERRAIN	ENCADRANTS	USAGERS	FORMATION	MANAGEMENT ORGANISATION	GROUPE DE PAROLE	RECONVERSION RECLASSEMENT	ADAPTATION DU POSTE DE TRAVAIL	BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL						
UNE ÉQUIPE RÉFÉRENTE SUR LES QUESTIONS LIÉES À L'ERGONOMIE		●		●			●														
PRENDRE SOIN DE SOI EN PRENANT SOIN DE L'AUTRE	●	●					●		●												
DIVERSES ACTIONS POUR ACCOMPAGNER, SOUTENIR ET ADAPTER L'ENVIRONNEMENT ET LE POSTE DE TRAVAIL DES INTERVENANTS À DOMICILE		●	●		●		●	●	●	●	●		●								
LA MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE DÉPENDANCE						●	●			●			●								
L'APPORT DES CONNAISSANCES EN GÉRONTOLOGIE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DES INTERVENANTS À DOMICILE ET DES AIDANTS		●	●		●	●	●	●	●												
UNE ÉCHELLE D'ACTIONS CONCERNANT LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL : DE LA PRÉVENTION À LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE	●	●	●	●			●		●			●	●								
L'INTERVENTION DES AGENTS DU SERVICE À DOMICILE EN HORAIRES ÉLARGIS						●	●	●		●			●								
MUTUALISATION DES SERVICES DU PÔLE DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE						●	●			●	●										
PRÉVENTION DES TMS AVEC UN ERGONOME		●					●	●	●					●							
UN TEMPS DE COORDINATION INCONTOURNABLE ET OBLIGATOIRE POUR LES AIDES À DOMICILE			●		●		●	●													
PRISE EN CHARGE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	●	●	●		●				●		●				●						

# Prévention des troubles musculo-squelettiques, ergonomie, formation entre pairs

## Résumé

Dans le cadre de leur activité professionnelle au domicile des bénéficiaires, les aides à domicile sont amenées à effectuer quotidiennement des gestes répétitifs ayant un impact sur leur santé. Afin de prévenir ces risques professionnels (syndrome du carpien, maux de dos, chutes...), le CIAS de Seignanx a mis en place une équipe référente sur les questions liées à l'ergonomie.

### Une équipe référente sur les questions liées à l'ergonomie.

CIAS de SEIGNANX – 24 160 habitants - 8 communes SAAD : 100 agents - Depuis 2014

#### CONTEXTE

- **L'évaluation des risques professionnels**, réalisée en 2012 par le CIAS dans le cadre de son travail préalable au DUERP, a mis en exergue un développement de l'usure professionnelle et des accidents de travail liés aux TMS. À cela s'ajoute, un isolement des agents qui interviennent sur un territoire rural composé de 8 communes.
- **Le projet de service** est notamment axé sur la prévention des troubles musculo-squelettiques avec la formation "*d'agents tuteurs en ergonomie*" qui vient en complément d'actions déjà mises en œuvre par le service ou en projet (modification de l'organisation et aménagement des plannings des agents, mise en place d'un groupe de soins palliatifs, développement d'outils pour mieux communiquer avec les usagers...).

#### OBJECTIFS ET RÉSULTATS

##### Objectif stratégique

- Prévenir l'usure professionnelle et réduire les accidents de travail

##### Objectifs opérationnels

- Transmettre aux agents des informations et les bons gestes et postures sur la prévention des TMS
- Apporter une aide concrète face à des situations de travail à domicile (notamment de manutention de personnes ou de charges) perçues comme difficiles
- Conseiller les usagers sur les adaptations du domicile (matériels, réaménagement des chambres...)

##### Résultats

- **Réduction du nombre d'accidents de travail lié aux TMS de 70% en 2014, de 100% en 2015.**
- **Coût évité des arrêts de travail : 325 jours d'arrêts pour 8 agents, soit 26 571 € d'absentéisme**
- Evolution de la relation agents/usagers avec davantage de dialogue et d'écoute.
- Amélioration de la cohésion d'équipe et moindre isolement des aides à domicile.
- Valorisation et responsabilisation des personnels référents. Intégration facilitée et opérationnalité immédiate des nouveaux agents.

## DESCRIPTION

CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE RÉFÉRENTE

FORMATION DE L'ÉQUIPE RÉFÉRENTE

MOBILISATION DES AGENTS

FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE RESSOURCE

COMMUNICATION AVEC LES USAGERS

### Constitution de l'équipe référente

Sur le principe du volontariat, 9 agents se sont positionnés sur l'action, dont 8 disposent d'une compétence en auxiliaire de vie. En majorité, ces agents correspondent à ceux pré-identifiés pour cette action. Une information et une sensibilisation des agents ont été réalisées en amont. Cette initiative représente une opportunité d'évoluer dans leur carrière et de valoriser leur métier (valorisation non-monétaire).

Deux référents sociaux (assistantes sociales du service) ont également suivi la formation afin d'identifier les situations lors de leur visite à domicile.

### Formation de l'équipe référente

La formation réalisée par un ergonome s'est déroulée en 3 temps, étalés sur 9 jours pendant 6 mois :

■ 1<sup>er</sup> temps : analyse du fonctionnement du CIAS (2 jours)

Il s'agit de recueillir et d'analyser, avec la direction et le service administratif et d'encadrement, des informations sur le fonctionnement du CIAS en lien avec la problématique de prévention des TMS.

■ 2<sup>ème</sup> temps : formation des participants à la prévention des TMS (5 jours)

Il s'agit de développer les capacités des participants à analyser les situations de travail d'aide à la personne et de manutention, de savoir informer et aider les autres agents du service sur le champ des TMS (comment encadrer, quelle posture vis-à-vis de ses collègues, comment repérer les alertes...).

Des situations de travail au domicile de bénéficiaires volontaires ont été filmées, afin d'analyser les gestes et postures des professionnels de terrain. Par ce biais, l'équipe a été sensibilisée aux petites erreurs et maladresses du quotidien pouvant entraîner, sur le long terme, des troubles musculo-squelettiques.

Des ateliers de mises en situations diverses (port

de charge, lavage du sol, aide au lever et au coucher...) ont permis d'adopter de nouveaux réflexes.

■ 3<sup>ème</sup> temps : évaluation, suivi et réajustement (2 jours)

Ce dernier temps consiste à évaluer les retombées des deux premiers temps, de proposer des réajustements pédagogiques et méthodologiques ou des compléments d'apports de connaissance sur certains points.

### Mobilisation des agents

Les agents sont venus par groupe sur une demi-journée de formation à l'ergonomie. Des postures et gestes simples ont été abordés pour prendre conscience de l'importance de ces pratiques dans l'exercice de leurs missions auprès des bénéficiaires. Une partie des agents a accueilli favorablement la démarche d'avoir une personne sur qui s'appuyer sans jugement et sans lien hiérarchique ; pour d'autres, il a fallu davantage de pédagogie pour inciter au changement ("*J'ai toujours fait comme ça*").

### Fonctionnement de l'équipe ressource

Après cette période d'apprentissage, les 9 agents de la formation sont devenus "*personne ressource*", chacune étant référente d'environ 10 agents pour leur venir en soutien.

### Le référent en ergonomie

Un référent en ergonomie a été désigné parmi elles :

- il coordonne l'action ;
- il est disponible à la demande en cas de difficultés des personnes ressources ;
- il réunit les personnes ressources une fois par mois pour entretenir et approfondir leurs connaissances et travailler sur des projets visant à optimiser les conditions de travail et la qualité du service ;
- il apporte un appui technique aux assistantes sociales dans l'analyse des situations confiées ;
- il a une mission de tutorat auprès de tous les nouveaux agents : il les accompagne pendant deux jours au domicile, évalue leurs difficultés

et leurs acquis et transmet les informations à un référent en ergonomie qui réajustera avec lui les pratiques.

### La personne ressource et son groupe d'agents

Dans le planning de chaque personne ressource, une demi-journée par semaine est consacrée à l'accompagnement des agents. Chaque aide à domicile bénéficie de l'accompagnement d'une personne ressource en ergonomie qu'elle peut solliciter pour échanger sur une situation. La personne ressource peut se déplacer au domicile des bénéficiaires à la demande de l'auxiliaire de vie ou de l'aide-ménagère et soumettre quelques conseils et préconisations pour améliorer les interventions.

### Le tableau de bord

Un tableau de suivi rempli par la personne ressource permet de référencer la typologie des interventions, de réaliser des statistiques sur les sollicitations qui reviennent fréquemment.

### L'atelier ergonomie

Le CIAS a mis à disposition une salle avec du matériel spécifique ("*chambre d'ergonomie*") : lit médicalisé, déambulateur, chaise percée... Cet équipement permet de reprendre avec les agents les difficultés rencontrées en termes de postures, de transferts et d'aménagement de l'environnement de travail.

### Communication avec les usagers

L'information des bénéficiaires et de leur famille s'est faite par le journal intercommunal et par les agents eux-mêmes afin d'expliquer en quoi la démarche est importante pour les bénéficiaires et pour prévenir de la possibilité d'une intervention à deux personnes.

Cette initiative met également en avant le développement de l'écoute et du dialogue de l'agent avec les usagers : comprendre le besoin, expliquer les gestes, informer et sensibiliser à l'aménagement du logement (petits équipements...).

### PERSPECTIVES DE L'ACTION

- Réalisation d'une enquête auprès du personnel deux ans après le début de l'action.
- Développement d'ateliers ergonomie sur des thématiques identifiées par les agents.
- Formation sur le tutorat avec un lycée professionnel pour les personnes ressources.
- Mutualisation de cette approche avec d'autres collectivités du territoire.

### MOYENS MOBILISÉS ET PARTENAIRES

#### Quel coût ?

Ergonome : 9 750 € (formation de 6 mois, réunion d'information d'une demi-journée, 3 sessions d'une fois/semestre).

Mise à disposition des agents référents : 16 254 €

annuel (½ journée par semaine par agent référent).

### Quels partenaires ?

- EHPAD (mise à disposition d'une salle et de matériels pour la formation).
- Pharmacie, entreprise locale et familles des bénéficiaires (donation de matériels et d'équipements pour l'atelier ergonomie).

### Qui finance ?

La Caisse des Dépôts et Consignations - Le Fonds national de solidarité dans le cadre du DUERP.

### CONSEILS DU CCAS

- S'appuyer sur une équipe référente pour former les agents sur la prévention des TMS (formation entre pairs).
- S'appuyer sur le principe du volontariat et de la démarche participative.
- Associer l'initiative à une démarche plus globale de projet de service.
- Prendre le temps d'informer et sensibiliser les agents, mais aussi les usagers sur la démarche, les bénéfices pour chacun.
- Généraliser la formation aux travailleurs sociaux du service (AS, CESF...).

### PAROLE D'ACTEURS

*"Toutes ces connaissances sont des outils pour prévenir au maximum les maladies professionnelles et les accidents du travail ; elles participent également au bien-être des bénéficiaires en optimisant la qualité des interventions".*

*"Le fait de pouvoir appeler à tout moment son référent pour poser une question sur une situation concrète reste très rassurant".*

*"L'intérêt de cette formation est la diminution des risques de blessures et également la sécurité du bénéficiaire. Le confort de chacun est amélioré ; c'est gagnant-gagnant".*

CIAS de SEIGNANX - 05 59 03 35 38  
Personne ressource : Emilie BARROMES,  
Directrice générale des services  
direction@cias-seignanx.fr

# Prévention des risques psycho-sociaux, troubles musculo-squelettiques, formation

## Résumé

Le parcours de formation mis en place avec une psychomotricienne vise à donner des outils aux aides à domicile afin de réduire les risques psychosociaux et les troubles musculo-squelettiques en adoptant des postures et des savoir-être adaptés aux situations rencontrées à domicile. C'est aussi un moyen de transmettre ses acquis à d'autres agents, aux personnes aidées et à leur famille dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie.

### Prendre soin de soi en prenant soin de l'autre.

CCAS de LESCAR - 10 517 habitants - SAAD : 29 agents. Septembre 2014 / Mars 2015

#### CONTEXTE

- **L'évaluation interne menée en 2012** a mis au cœur de la démarche le personnel qui a participé au partage des attentes des usagers et de ses propres attentes. Le recueil des éléments à améliorer le concernant a été décliné en plusieurs fiches actions. Ces dernières visaient notamment la qualité de vie au travail, la reconnaissance institutionnelle, la valorisation du métier d'aide à domicile et l'intégration dans le service. Les constats et les axes de travail ont constitué une première étape préfigurant le chemin à parcourir pour construire un programme d'amélioration dans un échéancier à court et moyen terme, en tenant compte des exigences réglementaires et des contraintes économiques.
- **L'état des lieux et l'anticipation des besoins futurs** alimentent la réflexion sur les compétences à développer. Les projections de l'INSEE pour le territoire de Lescar annoncent une progression de près de 20% de la population de + de 60 ans d'ici 2020. Actuellement 38% des usagers du service ont plus de 85 ans et les interventions réalisées pour des situations de grande dépendance sont en augmentation. A cela s'ajoutent les situations complexes, de plus en plus nombreuses, où l'agent doit trouver le bon positionnement (troubles cognitifs, maltraitance, relation aidants-aidés...).

Un premier travail en agissant sur des actions rapides, concertées, en interne ou en transversalité avec les services communaux a été mené en priorité. Puis la phase de concrétisation s'est construite chaque année en structurant les réponses pour une mise en cohérence entre les problématiques relevées et les réalités du moment.

C'est ainsi que **le concept de "prendre soin"** a émergé dans deux directions : des agents vers

les personnes aidées comme du service vers ses agents.

Ainsi l'existant apporte déjà des éléments concrets sur la technicité à acquérir, mais aussi la projection sur l'avenir et sur les situations que le service à domicile devra être en capacité de prendre en charge. **Elles imposent de former le personnel avec des outils modernes, adaptés**, en innovant vers des démarches "à la carte".

Par ailleurs, le CCAS a fait le choix d'inscrire dans le projet du service toute action participant à la prévention de la perte d'autonomie sur le

territoire et à l'adaptation des réponses aux besoins des personnes âgées.

- **Le bilan social du CCAS** fait apparaître un vieillissement du personnel intervenant à domicile (en 2014, une moyenne d'âge de 49 ans et 56% des agents sociaux de 50 ans). Cet état des lieux impacte les heures dites "*non productives*" par une augmentation des arrêts de travail liés à des troubles musculo squelettiques et une fragilité accrue face à la maladie. En outre, l'impact psychologique sur les agents des missions particulières vers des personnes en fin de vie ou présentant des handicaps importants augmente et se traduit par un besoin de soutien accru.

- **Le projet de service** a notamment été axé sur la prévention des risques psycho-sociaux avec la construction d'un parcours de formation adapté aux besoins des aides à domicile qui vient en complément d'actions déjà mises en œuvre par le service (modification de l'organisation et aménagement des plannings en conciliation avec les agents et les usagers et leurs habitudes de vie, intervention d'une psychologue, l'accès à des formations proposées par le CNFPT...).

## OBJECTIFS

- Acquérir et améliorer les techniques pour mobiliser les personnes aidées à domicile.
- Prévenir l'usure professionnelle.
- Prévenir l'aggravation de la dépendance des personnes vivant à domicile.
- Favoriser la relation de confiance et de sécurité lors de l'accompagnement à domicile.
- Renforcer la cohésion de l'équipe.

## DESCRIPTION

### La préparation

Une rencontre préalable à la formation entre la responsable du CCAS et la formatrice psychomotricienne a porté sur les attentes par rapport à cette formation, les besoins et les problématiques de santé des agents. La définition des objectifs à atteindre a permis la construction d'un programme adapté en tenant compte des contraintes organisationnelles du service, du nombre d'agents mobilisables et du budget pouvant être consacré à cette action.

La capacité d'accueil des sessions étant au maximum de 18 stagiaires et le CCAS de Lescar ne pouvant libérer autant d'agents sur une après-midi, un rapprochement a été opéré avec le CCAS de Lons, commune voisine de Lescar et dont les caractéristiques sont similaires.

### Le choix des stagiaires

Pour cette première formation, les stagiaires ont été choisis par l'équipe d'encadrement suivant des profils définis comme prioritaires et aussi des besoins et des axes d'amélioration résultant des évaluations annuelles :

- la charge de travail hebdomadaire (un agent à temps plein) ;
- des troubles musculo squelettiques à répétition (2 agents) ;
- les missions confiées qui présentent des facteurs de risque (2 agents) ;

- se reconnaître dans l'appartenance à un groupe, une équipe (2 agents) ;
- poursuivre sa formation et enrichir ses acquis (1 agent en contrat d'avenir).

### Planification retenue

■ Étape 1 : soirée de présentation à destination de l'ensemble des personnels des 2 CCAS concernés (encadrement et agents) participant ou non à la formation. Des élus du Conseil d'administration étaient également présents. L'objectif était de présenter la formatrice, d'expliquer le contenu de la formation, ses objectifs et d'illustrer par la mise en pratique quelques exercices simples.

■ Étape 2 : déroulement de 4 sessions auprès des participants sur les gestes favorisant le respect des règles d'ergonomie.

■ Étape 3 : appropriation des techniques de mobilisation et transmission en réseau (2 sessions).

■ Étape 4 : validation des acquis à + 3 mois (Quels changements ont eu lieu dans les gestes quotidiens, analyse des freins et des aides au changement, reprise de la gestuelle acquise).

■ Étape 5 : soirée de restitution pour clôturer la formation au cours de laquelle formateur et participants ont présenté le bilan de leur session aux

encadrants, agents, élus et toute personne intéressée. Les agents formés ont été acteurs de cette réunion en s'exprimant sur le contenu, sur les apports et en présentant des exercices sur les postures ainsi que les bonnes pratiques envers les personnes aidées. Certains ont pu verbaliser le chemin parcouru et faire état de leurs difficultés.

### Réalisation d'un livret

La transmission des savoirs a été imaginée par la réalisation d'un livret visant les professionnels, les personnes accompagnées et les aidants. Ce livret a été conçu sur la base de photos prises lors de la formation puis ordonnées par thématiques. Les photos ont été triées par les professionnels et leurs responsables lors de 2 réunions post-formation.

### L'évaluation de l'action

Un questionnaire de satisfaction élaboré par les formatrices a été rempli par les participantes à l'issue de la formation. Le questionnaire se présente en 2 parties : une grille d'évaluation avec différents items et une cotation de 1 à 6 (satisfaction croissante) puis des questions et commentaires personnels.

## MOYENS MOBILISÉS ET PARTENAIRES

### Quels bénéficiaires de la formation ?

- 8 agents et une animatrice du CCAS de Lescar, assurant le service de transport accompagné pour les animations, soit 176 h réparties sur les mois de septembre, octobre, décembre 2014 et mars 2015.
- 2 agents sociaux pour le CCAS de Lons, soit 40 h pour la durée de la formation.

### Quel coût ?

4 300 € pour 11 agents en formation (soit 391 €/agent) incluant :

- 1 soirée de présentation à l'ensemble de l'équipe ;
- 7 demi-journées de formation de 3 h mobilisant 2 formatrices ;
- 1 soirée de restitution ;
- la conception d'un livret ;
- la mise à disposition de la salle et du matériel ;
- les rencontres avec les responsables des CCAS pour la préparation.

3 002 € de coût salarial relatif aux heures mobilisées pour le CCAS de Lescar.

### Quels partenaires ?

Le CCAS de Lons, le réseau gérontologique du territoire de Lescar (SSIAD, EHPAD...)

### Qui finance ?

Le Conseil départemental 64, dans le cadre de la convention conclue avec la CNSA pour le soutien aux services à domicile.

Le Conseil départemental 64 sur les heures de remplacement des agents en formation.

Le CCAS de Lescar à hauteur de 10% du coût total.

## RÉSULTATS

### Un bilan réalisé qui dépasse les attentes par :

- l'implication des agents formés qui ont totalement adhéré à la démarche de leurs formatrices ;
- une mise en pratique immédiate des compétences acquises : les agents ont gagné en assurance dans les transferts et gestes techniques ;
- leur souhait de valoriser leurs acquis et d'en faire profiter des tiers ;
- la reconnaissance institutionnelle que ces agents ont obtenu en démontrant leur professionnalisme ;
- les usagers font la différence entre les pratiques des agents formés et ceux qui ne le sont pas encore. *"Plusieurs personnes ont pu exprimer et relever des changements et des différences entre les gestes et pratiques des agents"*.

## PAROLE D'ACTEURS

*"Un membre du Conseil d'administration a fait part de son admiration et du regard différent qu'elle porte maintenant sur ce métier".*

*"On est presque arrivé à un stade où les personnes aidées deviennent des promoteurs de la formation auprès des agents encore non formés".*

## PERSPECTIVES

- Poursuivre et étendre la mutualisation des formations inter-CCAS : un 3<sup>ème</sup> CCAS a été intégré pour la session de 2016 amenant des échanges plus riches.
- Intégrer les aidants : la soirée de restitution s'est déroulée en présence notamment de personnes aidées et de leur famille. Leur témoignage a apporté une reconnaissance supplémentaire aux agents.
- Modifier le format des prochaines sessions : les agents formés pourraient devenir à leur tour les acteurs principaux de la future formation. La transmission de leurs savoirs conjuguée à l'expérience du terrain apporterait une reconnaissance supplémentaire de leur professionnalisme.
- Renforcer la communication autour de l'action auprès de la population.
- Adapter le contenu de la formation à d'autres professionnels.
- Mettre en place 2 fois par semaine un cours de gymnastique d'entretien, fréquenté notamment par des aides à domicile sensibilisées à la nécessité de prendre soin de soi.

## CONSEILS DU CCAS

- Conjuguer bien-être au travail des aides à domicile l'acquisition de techniques et de savoir-être facilitant l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.
- Impliquer les agents dans l'identification des besoins et la construction de l'action.
- Élaborer un cahier des charges suffisamment exhaustif, définissant les attentes et les prérequis, pour arriver à trouver un prestataire en capacité d'y répondre.
- Communiquer sur la démarche auprès du Conseil d'administration, voire l'impliquer.
- Construire l'action en mutualisant avec d'autres services ou CCAS, source d'économies et d'enrichissement du groupe par des expériences différentes, des parcours variés.
- Composer le groupe avec des agents expérimentés, comme débutants ; des aides à domicile détenant un diplôme et celles sans formation n'effectuant que de l'entretien : cette mixité favorise le partage, la reconnaissance professionnelle et renforce l'équipe.

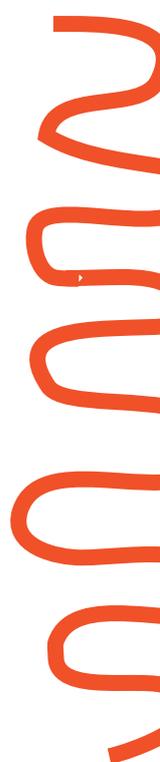
## PAROLE D'ACTEURS

*"Je pensais que je n'étais pas capable, j'ai découvert que je pouvais faire autre chose que du ménage".*

*"J'ai compris l'intérêt de la communication et d'expliquer ce que l'on fait aux personnes aidées".*

*"J'ai découvert mes collègues et les compétences que certaines ont".*

*"Je réfléchis à ce que je peux mettre en place pour sécuriser mes interventions".*



## CONTACT

CCAS de LESCAR - 05 59 81 57 27  
Personne ressource : Catherine DEVILLE  
Responsable du CCAS de Lescar  
[c.deville@lescar.fr](mailto:c.deville@lescar.fr)

# Prévention des risques psycho-sociaux et des troubles musculo-squelettiques, outils de management

## Résumé

Dans un contexte où la prise en charge des bénéficiaires du service nécessite de plus en plus de technicité, les agents du CCAS de Cenon se voient proposer plusieurs actions permettant de favoriser la qualité de vie au travail :

- favoriser les échanges pour rompre l'isolement et ainsi renforcer le sentiment d'appartenance à une équipe ;
- prévenir l'épuisement professionnel et les risques physiques et psycho-sociaux.

## Accompagner, soutenir et adapter l'environnement et le poste de travail des intervenant(e)s à domicile

CCAS de Cenon - 22 485 habitants - 130 agents au CCAS - 80 agents dans le SAAD. Depuis 2008.

### CONTEXTE

#### L'activité du service SAAD en augmentation

- Depuis sa création (en 1969) et particulièrement depuis que le service a été autorisé puis certifié AFNOR, **son activité ne cesse de croître**. Il a réalisé plus de 70 000 heures en 2014.
- Les interventions au titre de l'APA ont progressé de 150 % depuis la date d'autorisation (2007).

#### Les évolutions de l'activité du service et leurs conséquences sur l'activité des agents

- L'accroissement de l'activité s'est accompagné **de l'augmentation de l'effectif des intervenants** (68 agents en 2014).
- Les intervenants à domicile ont dû s'adapter à **une mutation profonde du service et du secteur** dans lequel ils évoluent. Les problématiques sont nombreuses : sentiment d'isolement accru, évolution des missions, contraintes différentes liées à l'intervention en soirées et le week-end, charges émotionnelles plus élevées (du fait de l'intervention chez un nombre plus important de personnes en situation de dépendance et/ou en fin de vie).
- Les intervenants à domicile sont parfois en

**manque de repères dans l'exercice de leur fonction** : intensification et diversification des tâches demandées sur des temps raccourcis, moins de temps pour l'aspect relationnel et l'établissement du climat de confiance avec les personnes, pénibilité du travail...

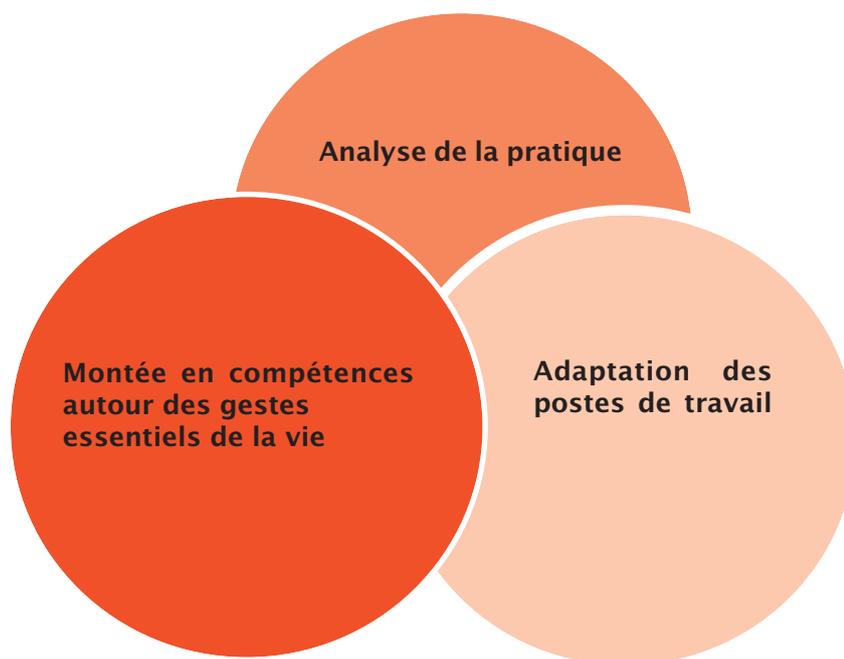
- Face à ces difficultés, les élus et responsables du CCAS ont décidé de mettre en place diverses actions de prévention des risques professionnels.

### OBJECTIFS

- Rompre l'isolement et confronter les pratiques et les situations afin d'impulser un esprit collectif.
- Prévenir l'épuisement professionnel et les risques psycho-sociaux.
- Professionnaliser les pratiques auprès des publics.
- Favoriser le bien-être au travail et tendre vers une meilleure qualité de vie au travail.
- Anticiper du mieux possible les évolutions futures des bénéficiaires.

## DESCRIPTION

3 actions de prévention des risques socioprofessionnels à destination des intervenant(e)s à domicile



### 1. Analyse de la pratique

**Pour qui ?** Tous les agents du SAAD. Ils bénéficient d'une régulation collective animée par une psychologue gérontologue, intervenante extérieure. Ces groupes mensuels réunissent 10 à 15 intervenant(e)s à domicile maximum à chaque séance (tous les agents y participent, par roulement).

**Par qui ?** Ces rencontres sont animées par une psychologue et en individuel pour ceux qui le souhaitent.

**Origine :** afin de pallier les difficultés rencontrées par les agents d'intervention à domicile, les managers et les élus du CCAS ont décidé en 2008 de mettre en place des instances collectives d'échanges de pratique ou des groupes de parole animés par des professionnels psychologues et médecins gériatres.

**Objectifs :** ces rencontres permettent de travailler sur l'échange des pratiques à travers l'analyse de situations concrètes. Les groupes d'analyse de la pratique (anciennement groupes de paroles) apportent un cadre propice pour favoriser la réflexion, la coopération et la cohésion des personnes autour de thématiques communes. Le groupe de parole permet aux agents de verbaliser leur ressenti, leurs idées, leurs expériences et leurs émotions ; de les partager et de se porter conseil.

**Fréquence :** deux instances (de deux heures men-

suelles) sont proposées à l'ensemble des intervenantes à domicile.

Les séances individuelles : animées par la même psychologue, ces régulations permettent à des agents plus réservés, ou peu à l'aise en groupe, d'évoquer individuellement des problématiques. Cette instance individuelle permet aussi d'aborder pour des agents en souffrance des difficultés personnelles ou professionnelles.

### 2. Formation autour des gestes essentiels : montée en compétences

**Pour qui ?** Tous les agents du SAAD.

**Par qui ?** Une infirmière libérale.

**Objectif :** cette formation permet d'améliorer et sécuriser les gestes et postures des intervenant(e)s à domicile (techniques de transfert, changements et postures selon les besoins exprimés par les agents, techniques de prévention des chutes et des transmissions ciblées). Ces gestes requièrent une technicité importante et une pratique adaptée. Cette formation très pratique n'est pas dispensée par l'organisme de formation des collectivités territoriales.

**Description :** des groupes de 6 à 20 aides à domicile accèdent à cet atelier pratique dans un appartement inoccupé de la résidence pour personnes âgées, aménagé pour l'occasion à l'aide du matériel suivant :

potence, lit médicalisé, verticalisateur, fauteuil roulant.

**Fréquence :** séances d'une journée par mois. L'idée est que chaque année, chaque intervenant ait bénéficié d'une journée de formation.

**Perspectives :** former un aide à domicile qui pourrait prendre le relai de l'infirmier et assurer tout au long de l'année la formation relai auprès des autres intervenant(e)s.

### 3. Adaptation des postes de travail

**Pour qui ?** Individuellement, l'ergothérapeute intervient de manière curative, pour les agents rencontrant des difficultés physiques, orientés par un médecin ou bien selon la décision ou l'accord de la responsable de service. A la marge, l'ergothérapeute cible également son intervention sur le personnel ne présentant aucune difficulté physique, dans une dimension préventive.

Collectivement, il intervient sur des séances avec des supports pédagogiques : plaquettes, petits films, mises en situation, en prévention.

**Par qui ?** Un ergothérapeute.

**Objectifs :** diminuer et prévenir les douleurs physiques rencontrées par les intervenant(e)s lors de la réalisation de certaines tâches au domicile des usagers.

#### Déroulement :

- Pour la prise en charge individuelle : le médecin du travail préconise des adaptations ou des restrictions. Suite à ces consignes, le service propose un accompagnement par l'ergothérapeute. L'ergothérapeute procède à un premier entretien avec l'agent pour cerner les difficultés et suit l'agent au domicile pour établir des préconisations concrètes : adaptation du logement, achat de matériels, conseils de posture. Le service peut être amené à proposer un accompagnement à des agents sans que ceux-ci n'aient forcément rencontré le médecin du travail. Le choix est fait par les responsables en fonction de certains indicateurs (augmentation de l'absentéisme, plaintes récurrentes de l'agent, souhait formulé par l'agent, verbalisation de difficultés par l'agent...).
- Pour la prise en charge collective : une première phase consiste à définir avec le formateur les priorités des agents, découlant de leurs tâches quotidiennes. La seconde étape permet la mise en situation professionnelle des difficultés soulevées lors de la première étape (aspect pratique). Ainsi il sensibilise le personnel et les personnes âgées aux différentes aides techniques possibles, à l'évaluation des risques au domicile, ainsi qu'aux aménagements néces-

saies (risques de chutes...). Enfin, en 2015, une action préventive a également été mise en place auprès des agents n'ayant pas de difficulté physique.

**Fréquence :** l'accompagnement individuel par l'ergothérapeute dure 6 heures en moyenne par agent. Une dizaine d'accompagnement est effectuée par an. Pour l'accompagnement collectif, il est prévu que chacun y participe au moins une fois, sur plusieurs années.

### MOYENS MOBILISÉS ET PARTENAIRES DANS LES ACTIONS DE PREVENTION (POUR 2014)

#### Quels moyens humains ?

- 40 agents, dont 35 intervenants à domicile et 5 personnels administratifs.
- 35 intervenants à domicile : 850 heures de formation liées à cette action, soit 0.47 ETP sur l'année.
- 5 personnels administratifs : 10 heures de formation liées à cette action, soit 0.05 ETP sur l'année.

#### Quels moyens matériels ?

- Mise à disposition par le propriétaire d'un appartement d'un EHPA (appartement équipé : douche, ...).
- Équipements permettant la mise en situation professionnelle : lit médicalisé, fauteuil roulant, fauteuil coquille.

#### Quel coût ?

L'opération ne nécessite pas de dépenses d'investissement. Les seuls coûts engendrés par cette action sont les frais pédagogiques ainsi que les dépenses de personnel (en effet, la formation des agents nécessite une flexibilité afin de pallier leur temps d'absence).

Il est également à rappeler que certaines actions sont menées à titre gratuit.

Cela se résume ainsi :

- Frais pédagogiques : 4 760 €.
- Frais de personnel : 13 932 €. Les frais de personnel correspondent au frais de remplacement des agents en formation ou en réunion ou groupes de travail.

Soit un total de 18 692 € pour l'année 2014. Une légère hausse budgétaire est prévue pour l'année 2015 due à augmentation du nombre de séances.

Cela représente 18% des dépenses totales de fonctionnement en 2014.

#### Qui finance ?

En 2014 :

- Subvention de la CNSA : 6 992 € (37% de l'action) : promotion d'une action innovante menée auprès des bénéficiaires.

- Budget du CCAS (permettant d'équilibrer le financement de l'action) : 11 700 € (63%).

En 2015, le budget alloué à cette action était de 22 000 €. La collectivité seule finance.

### Quels partenaires ?

- OAREIL : animation effectuée par une psychologue.
- Réseau gérontologique de la Rive Droite de Bordeaux : réunions animées par un médecin gériatre.
- Association sadiracaise de Yoga, sous la houlette d'une infirmière libérale.
- Ergo 33 : intervention d'un ergothérapeute diplômé.
- Logévie : mise à disposition d'un appartement permettant la mise à disposition d'un logement pour la réalisation des actions.

### LES OUTILS POUR EVALUER L'ACTION

- Questionnaire de satisfaction non systématique.
- Suivi individuel au niveau du plan de formation et des entretiens professionnels.
- Évaluation de l'évolution de l'absentéisme prévue dans les objectifs Qualité 2016 afin de cibler des nouveaux agents à prioriser.

### BILAN ET PERSPECTIVE

Plus de quarante agents ont été concernés par l'intervention de l'ergothérapeute en 2014, soit 65% de l'ensemble des intervenant(e)s à domicile. L'action a été reconduite en 2015.

Les retours des agents sur l'ensemble des actions sont positifs et mettent notamment en avant l'importance de l'esprit collectif qui en découle ainsi que l'amélioration de leurs conditions de travail au quotidien. Le fait de concilier instants de parole avec

prises en situations pratiques permet une prise en compte globale de la situation de chaque agent. Outre l'amélioration des conditions de travail, l'avantage est également constaté du côté du bénéficiaire.

Les actions sont pérennisées : tous les agents vont pouvoir en bénéficier par roulement.

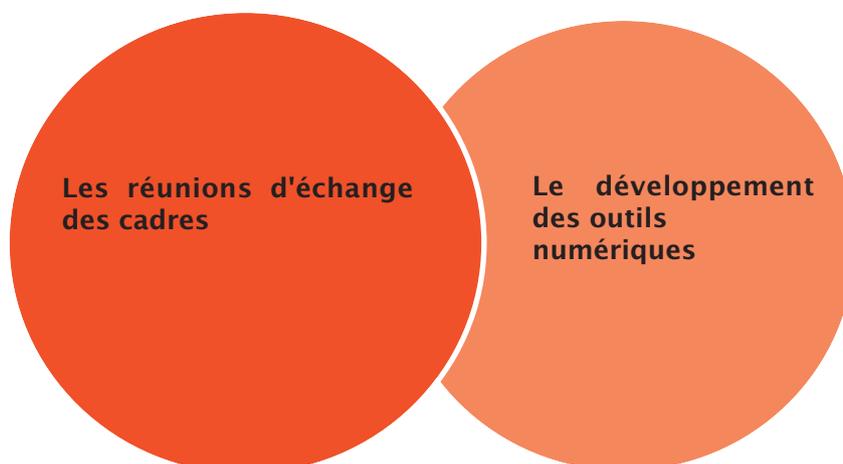
### CONSEILS DU CCAS

Cette action a vocation à exister pour d'autres services. L'analyse des besoins du personnel constitue bien entendu l'étape essentielle afin de développer une action pertinente, notamment dans le choix des interventions.

Le projet a été initié en même temps que l'impulsion de la démarche qualité concernant le service d'aide et d'accompagnement à domicile qui est certifié AFNOR depuis 2010. La directrice pilote ce projet avec la participation de tous les cadres du CCAS (management transversal) et en collaboration étroite avec la Direction des Ressources Humaines. La démarche qualité donne de la force au projet puisqu'elle permet de questionner en continu les pratiques du service et, au travers des indicateurs, d'évaluer, de détecter les dysfonctionnements, les difficultés et de proposer des actions correctives et préventives.

La question du portage politique et du pilotage est essentielle.

*En parallèle, 2 actions du service pour améliorer le management du SAAD*



## 1. Des Réunions d'Echange des Cadres ( REC ) :

**Qui ?** Tous les cadres du CCAS (les chefs de service et responsables) se réunissent. La directrice participe à ces rencontres à différents stades de l'avancement des projets pour soutenir les démarches, valoriser et parfois valider ou réorienter la réflexion.

**Objectif :** cela permet une meilleure connaissance des services (leurs organisations, leurs problématiques...) et d'améliorer la fluidité des services du CCAS (l'échange d'informations, l'orientation des publics, le développement d'actions en commun, etc.)

**Description :** ils travaillent tous ensemble sur des sujets communs aux différents secteurs qui vont de la formation des agents du CCAS, à la tarification des prestations... Une première liste de tous les thèmes à aborder a été proposée par l'ensemble des cadres et la direction. Une priorisation est proposée en fonction de l'actualité ou des échéances (ex : vote des budgets, conseils d'administration, orientations politiques, ...).

**Fréquence et durée :** la REC a lieu une fois par mois pendant 2 heures. Des groupes de travail entre les REC peuvent être organisés avec quelques membres de la REC.

## 2. Développement des outils numériques sur le secteur de l'aide à domicile

### LES TABLETTES NUMÉRIQUES :

**Pour qui ?** Pour les agents du service de courses à domicile.

**Origine :** avant l'équipement des agents concernés en tablettes numériques, ils allaient seuls dans les magasins faire les courses pour les usagers. Cela représentait un temps important où ils n'étaient pas auprès de l'utilisateur. Aujourd'hui, grâce aux tablettes connectées, le professionnel peut commander avec la personne les produits en ligne et les courses sont récupérées rapidement le jour même ou le lendemain au drive-in.

### Objectifs :

Cela permet :

- pour les usagers : que l'aide à domicile consacre plus de temps avec les bénéficiaires ; qu'ils choisissent eux-mêmes leurs produits et qu'ils soient donc acteurs de leur prise en charge et de leur vie.
- pour l'aide à domicile : d'être valorisé dans cette tâche par l'échange avec la personne et le temps gagné.

**Financement :** par la collectivité.

### LES SMARTPHONES DOTÉS DU MODULE DE GESTION (ACTION EN PROJET POUR 2016) :

**Pour qui ?** Pour les agents du service de courses à domicile.

**Objectif :** c'est un outil de management qui permet de fluidifier le service et d'évaluer la charge de travail de chacun. Ainsi les plannings mis à jour en direct sont affichés sur les téléphones. Chaque professionnel voit en temps et en heure la file d'intervention.

**Financement sollicité auprès du département et la CNSA (pas de réponses à ce jour) :** 20 000 euros d'investissement.

### CONTACT

CCAS de Cenon, 05 47 30 50 60

Personnes ressource :

Leveau Pierre, responsable de secteur SAAD

Laborde Stéphanie, responsable de secteur

SAAD [stephanie.laborde@ville-cenon.fr](mailto:stephanie.laborde@ville-cenon.fr) ;

Huteau Anne, Directrice.

[anne.huteau@ville-cenon.fr](mailto:anne.huteau@ville-cenon.fr)

Girard Guillaume, responsable financier

[Guillaume.girard@ville-cenon.fr](mailto:Guillaume.girard@ville-cenon.fr)

# Situations complexes, adaptation des horaires de travail

## Résumé

Afin d'améliorer l'accompagnement des usagers les plus fragilisés du SAAD tout au long de la journée et de la semaine, une équipe dédiée a été mise en place : "l'équipe dépendance". Son mode d'organisation propre facilite notamment la coordination entre des intervenant(e)s et améliore la qualité du service rendu aux usagers.

### La mise en place d'une équipe dépendance

CCAS de Fougères - 21 790 habitants - 116 agents au CCAS - 56 agents dans le service d'aide à domicile. Depuis février 2007.

### CONTEXTE

La population aidée et accompagnée dans le service est composée majoritairement de femmes.

80% des bénéficiaires vivent seules au domicile et pour 60% de ces personnes, elles présentent une perte d'autonomie de niveau GIR 1 à 4.

Depuis 2001 et jusqu'à l'action présentée ici, les interventions se faisaient en soirée et le week-end sous forme de roulement. Cependant, cette organisation a eu pour effet d'augmenter le nombre d'intervenant(e)s par situation (jusqu'à 20), le nombre de remplacements sur la semaine et pour les bénéficiaires les plus dépendants, ayant des interventions en soirée et/ou le week-end, ces interventions étaient effectuées par un intervenant différent chaque semaine.

Les conséquences négatives étaient diverses :

- **pour les usagers** : une impression de changement permanent d'interlocuteur et une baisse de la qualité des interventions par manque de coordination. Or cela est d'autant plus dommageable que ce sont, dans les situations les plus difficiles, qu'il y a le plus besoin de cohérence dans l'accompagnement.
- **pour les aides à domicile** : des difficultés à s'approprier les nouvelles missions et une

mauvaise coordination des missions (malgré le développement d'outils de suivi et des réunions d'équipe).

Par ailleurs, plusieurs intervenants à domicile souhaitent passer à **un temps plein**.

### OBJECTIFS

#### 1. Construire une cohérence d'intervention auprès des usagers les plus fragiles

Objectifs opérationnels :

- Faire en sorte que chaque usager soit accompagné par une équipe (et pas seulement par une personne référente et ses remplaçants).
- Diminuer le nombre d'intervenant(e)s par usager.
- Assurer un suivi et une cohérence de l'accompagnement.
- Positionner des intervenant(e)s motivés et compétents sur ce type de situation.
- Proposer des temps pleins aux intervenant(e)s concernés.
- Prendre en compte les temps de déplacement dans les interventions des intervenant(e)s.

## 2. Construire une identité professionnelle pour les intervenant(e)s à domicile

### LES ACTEURS DE L'ACTION

- Les usagers les plus fragiles du service d'aide à domicile (les bénéficiaires ayant des interventions tous les jours, voire plusieurs fois par jour, des personnes présentant des troubles cognitifs, des situations complexes,

des situations où personne n'assure de coordination des soins au domicile ...).

- Les intervenants à domiciles salariés du CCAS, en priorité ceux volontaires, intégrés à une équipe dédiée aux situations les plus difficiles.

### DESCRIPTION



#### Analyse préalable

- **Étude d'échantillons représentatifs** des usagers sur un mois test. Il est apparu que, pour améliorer la prise en charge des usagers, l'accompagnement des professionnels vers un travail d'équipe était important, ainsi que développer une nouvelle organisation du temps de travail des intervenantes, notamment pour les bénéficiaires les plus fragilisés.
- **Recueil des attentes** des professionnels et **travail sur les outils de coordination.**

#### Préparation de l'expérimentation

1- **Construction d'un comité de pilotage (COPIL)** composé de l' élu aux affaires sociales, de l' élu au personnel, du directeur des ressources humaines, de la directrice du CCAS et de la responsable du service SAAD. Un groupe de travail a été mis en place avec des aides à domicile, un agent administratif, un représentant du personnel.

Une **étude de faisabilité avec plusieurs scénari** de planning de travail pour les intervenant(e)s a été effectuée : 3 scénari ont été élaborés avec prise en compte des forces et freins de chacun. Les intervenant(e)s à domicile ont été informés simultanément de la tenue de ce groupe de travail et de l'étude de faisabilité.

2- **Lorsque le scénario est retenu par le groupe de travail :**

- Une note de présentation au CTP a été préparée pour valider un temps d'expérimentation.
- Simultanément, une stratégie de présentation du projet aux intervenant(e)s et de la façon de les associer a été élaborée.

- Des intervenant(e)s ont été sensibilisés à participer au projet lors d'un temps de rencontre collectif.
- Une information syndicale a été organisée pour ceux qui avaient des questions et/ou des inquiétudes à transmettre.

3- **Validation de l'expérimentation au CTP** (avec une acceptation de changement d'un paramètre du scénario originalement retenu, qui comportait aux yeux des intervenant(e)s trop de travail en soirée. Une compensation a alors été envisagée).

4- **Décision d'engagement du conseil d'administration du CCAS :** une note de délibération du projet a été présentée au Conseil d'Administration. Celui-ci a donné un avis favorable. Le projet pouvait donc démarrer.

5- **Information des usagers concernés par l'expérimentation :** par courrier suivi d'une visite à domicile faite par la responsable de service.

#### Expérimentation

1- **Démarrage de l'expérimentation :**

- Mise en place du nouveau planning.
- Composition définitive de l'équipe des intervenant(e)s (volontaires).

2- **Évaluation de l'expérimentation à court terme** (+2 mois) avec les intervenant(e)s et les bénéficiaires, au CTP.

#### Réajustements et pérennisation

1- **Ajustement de certains paramètres** ne remettant pas en cause le projet : départ de 2 intervenant(e)s de l'expérimentation pour reprendre le fonctionnement normal, celui-ci

comprenant selon eux trop de travail en soirée. Simultanément : échanges en équipes et point avec l'ensemble du personnel.

**2- Projet validé** au CTP et définitivement validé au CA du CCAS.

**3- En 2008, il a été question de revoir le mode de calcul du temps de déplacement** : il a alors été mis en place un forfait de 10 mn de déplacement entre chaque intervention, les déplacements se faisant uniquement sur la commune de Fougères. La mise en place de la télégestion montre la pertinence de ce temps.

## BILAN ET PERSPECTIVES

**Les effets pour les bénéficiaires (données de 2008) :**

Dans la nouvelle organisation, au moins 4 agents sont intervenus à domicile mais aucun bénéficiaire n'a eu plus de 8 intervenant(e)s. Pour rappel, dans l'étude de juin 2006, le nombre d'intervenant(e)s s'échelonnait de 6 à 23 intervenant(e)s dans le mois, et 75% des bénéficiaires voyaient plus de 8 intervenantes par mois. L'amélioration est donc nette.

En revanche, pour les bénéficiaires de cette équipe qui n'avaient pas d'intervention en soirée et le week-end, le nombre d'aides à domicile a augmenté, puisqu'il est pour eux aussi de 4 à 8 au lieu de 2 à 3.

L'ensemble des intervenant(e)s est au même niveau, et non un intervenant attitré et des remplaçants, ce qui était un des objectifs.

**Ce que disent les aides à domicile :**

- Au fur et à mesure des différentes actions, des temps de recueil de la parole des intervenant(e)s ont été mis en place. Ceux-ci n'avaient pas l'habitude d'un planning de travail avec des repos en semaine.
- Après quelques semaines, ils ont déclaré être moins fatigués que dans l'ancienne organisation. Les raisons évoquées : le temps de déplacement comptabilisé qui crée moins de stress entre deux interventions. Ils disent également apprécier le recul sur la situation qui est apporté par le roulement chaque semaine. Cela leur permet de ne pas "porter" seuls une situation.
- Aujourd'hui : **les agents qui se sont engagés dans l'équipe dépendance y restent.** Quelques nouveaux agents s'y intéressent et assurent des remplacements. La charge psychologique s'avère beaucoup moins lourde que pour les accompagnements traditionnels du fait d'un roulement sur les interventions

et d'une prise en charge en équipe.

**Du point de vue de la responsable de service :**

Les réunions sont réellement des temps d'échanges de recherche de solution à plusieurs pour apporter un mieux être à la personne aidée et accompagnée : par exemple les agents ont mis en place des accompagnements extérieurs chez deux bénéficiaires dont un qui n'était pas sorti en ville depuis deux ans.

Ils ont une vision plus globale du temps d'intervention et ensemble, répartissent et organisent les tâches. Peu à peu se met en place un travail en concertation dans cette équipe. Les bénéficiaires deviennent des personnes accompagnées par l'équipe. La crainte, présente au démarrage, d'être trop pris en soirée ou le week-end, s'est apaisée avec l'investissement que l'aide à domicile trouve dans cette forme de travail. Ils disent : *"avec cette organisation, nous faisons notre métier. Nous accompagnons les personnes"*.

**Aujourd'hui :** les partenaires sociaux relatent le bénéfice de cette équipe et la compétence des accompagnements qui y sont faits. Les aides à domicile sont en lien avec de nombreux partenaires dans l'accompagnement.

**Les perspectives actuelles :** la question aujourd'hui, du fait de plans d'aide plus conséquents des bénéficiaires de l'APA ou la PCH, est plutôt de généraliser le fonctionnement en équipe pour l'ensemble du personnel. Cela n'était pas possible il y a quelques années car la plupart des personnels venait d'un service d'aides ménagères et ne pouvait s'investir sur de l'accompagnement de situations plus complexes, et n'était pas qualifié. Ce n'est plus le cas actuellement.

## MOYENS MOBILISÉS ET PARTENAIRES

**Quels moyens humains ?**

L'équipe habituelle du SAAD, soit l'ensemble des intervenant(e)s à domiciles titulaires et remplaçants ; la directrice du CCAS ; le DRH ; les élus du personnel aux affaires sociales ; le CA du CCAS.

**Quel coût ?**

Le financement des temps de déplacement pour la nouvelle organisation de l'augmentation de l'indemnité dimanche et déplacement est inscrit au budget en 2007, c'était la première année de tarification du service : le tarif GIR était de 21,57€ pour 24,87€ en 2016.

Les déplacements représentent 6 000h/an et la revalorisation de l'indemnisation du travail de dimanche représente 5,24€ par heure travaillée le dimanche.

### Qui finance ?

- Une subvention de la CNSA de 3 500€, pour les temps d'analyse de pratiques.
- Les frais liés à l'augmentation du financement des temps de déplacement pour la nouvelle organisation ainsi que l'augmentation de l'indemnité dimanche et déplacement sont pris en charge dans la négociation budgétaire annuelle avec le conseil départemental.

## CONSEILS DU CCAS

### Au niveau du management :

- Passer du temps à écouter les intervenants encadrés pour comprendre ce qu'ils vivent au travail, où sont leurs motivations, pour connaître leurs limites et pour ne pas mettre d'objectifs irréalisables.
- Savoir refléter les réussites des uns et des autres dans l'accompagnement des usagers.
- Encourager les points forts.
- Faire des retours positifs.
- Réaliser que la mission du service n'appartient pas seulement au responsable de service mais est à mener par l'ensemble du service, chacun dans son domaine de responsabilité.
- Avoir le sens autocritique.

**Au niveau des usagers :** informer et assurer le bénéficiaire qu'il bénéficiera d'un meilleur suivi de l'accompagnement et qu'il se sentira en sécurité grâce à une équipe dédiée.

### CONTACT

CCAS de Fougères - 02 99 94 82 00

Personne ressource : Catherine DUHAMEL  
responsable du service de maintien à domicile

[c.duhamel@fougeres](mailto:c.duhamel@fougeres)

# Situations complexes, risques psychosociaux, formation, épuisement professionnel.

# R

## ésumé

Ce dispositif a pour objectif de maintenir un dialogue et un équilibre à domicile, grâce à une formation par une gérontologue, un suivi de visites à domicile avec l'aide personnel ou professionnel. Des groupes de coordination et d'analyse des pratiques pour les aides à domicile sont également mis en place.

## L'apport des connaissances en gérontologie dans la pratique quotidienne des intervenant(e)s à domicile et des aidants

CCAS de Meudon - 45 877 habitants - 23 agents dans le service d'aide à domicile. avril 2013 - Décembre 2014

### CONTEXTE

Les prises en charge de personnes présentant des troubles cognitifs sont de plus en plus importantes. Les aidants sont souvent en difficulté face aux situations complexes et par conséquent s'épuisent.

### OBJECTIFS

- Améliorer la prise en charge de la personne âgée qui a perdu ses repères, en lui proposant un interlocuteur privilégié (une psychologue gérontologue) qui prenne le temps de comprendre ses difficultés, ses choix, ses craintes, et puisse s'en faire le porte-parole auprès de ses aidants professionnels et personnels.
- Améliorer les conditions de travail des intervenant(e)s et des aidants qui le souhaitent en leur proposant des solutions concrètes

adaptées à chaque situation.

- Prévenir les risques psycho-sociaux professionnels et l'épuisement des aidants personnels.
- Réduire le nombre d'arrêts de travail des agents.

### LES CIBLES DE L'ACTION

- Les personnes âgées désorientées (les situations complexes de manière générale).
- La gérontologue et les intervenant(e)s en difficulté dans leur pratique avec les personnes désorientées, concernant les visites à domicile.
- Tous les agents du SAAD concernant la formation et les groupes d'analyse de la pratique.

### DESCRIPTION

CONTEXTE  
DE LA FORMATION  
THÉORIQUE

DE LA THÉORIE À LA  
PRATIQUE

BILAN DE L'ACTION

### Contexte : la formation théorique

L'action découle de la réponse à un appel à projet de la Fondation Médéric Alzheimer sorti en mars 2013 sur le thème : "favoriser les bonnes pratiques des interventions de l'aide à domicile". Les aides à domicile du service ont alors bénéficié pour la plupart d'une formation théorique sur "un autre regard sur le vieillissement" et "comment mieux communiquer avec la personne âgée désorientée". Cette formation a été dispensée par une psychologue gérontologue qui, au cours des dernières années a assuré des formations du personnel et connaît bien le contexte des interventions à domicile.

### De la théorie à la pratique

Au-delà de la théorie, face à certaines difficultés rencontrées avec les personnes désorientées, il paraissait important d'avoir un regard expert sur des situations de terrain.

#### 1. Les visites à domicile

Pour qui ? Pour les aidants professionnels et personnels, à la demande. Ceux-ci sont présents autant que possible lors des visites de la gérontologue (ou à défaut de la responsable du service de maintien à domicile).

#### Par qui ?

La même gérontologue que pour la formation théorique.

#### Objectif

Ces visites permettent d'instaurer un équilibre à domicile et de garantir à la personne de pouvoir demeurer chez elle dans de bonnes conditions. Elles constituent un plus par rapport aux visites d'évaluation et de suivi "classique" dispensées par le service d'aide à domicile.

#### Description

La gérontologue utilise des techniques issues de la méthode de Naomi Feil (*la thérapie par empathie - ou la méthode de la Validation*®) pour comprendre la situation de la personne, déchiffrer les symboles, entrer en communication avec elle ou encore outiller les intervenant(e)s dans leur pratique (reformulation, technique de questions ouvertes, empathie, effet miroir, etc.). En la présence de l'aidant, elle va entrer en communication avec le bénéficiaire du service.  
Fréquence : 1 à 3 visites par usager.

#### 2. Les réunions d'échanges et des groupes de réflexion

##### Pour qui ?

Pour les intervenant(e)s à domicile du CCAS et les chargés de visite et de suivi.

Par qui ? La même gérontologue.

#### Objectif

Ces réunions permettent d'échanger sur les difficultés, réflexions, solutions rencontrées notamment pour les situations les plus difficiles. L'animation par une professionnelle spécialisée permet d'apporter un aspect qualitatif aux réponses apportées.

Fréquence : 4 réunions par an.

Au-delà de la communication orale, une plaquette a été envoyée avec les factures aux usagers et leurs proches.

#### BILAN DE L'ACTION

Cette action a duré environ un an. Tous les agents du service ont été formés théoriquement et pour certains accompagnés par la gérontologue en situation réelle.

#### Points positifs

**Au niveau de la formation théorique :** pour les agents formés, la satisfaction est générale.

**Au niveau des visites à domicile :** la présence des aides à domicile lors des visites de la gérontologue est jugée positive. Ses attitudes, postures, discours à l'intention des bénéficiaires sont efficaces et servent de "modèle" aux agents.

Les réunions d'échanges ont permis de mettre en commun des observations sur les situations des bénéficiaires, de juger de l'efficacité du suivi, de le réajuster et d'améliorer leur méthode de travail. La gérontologue a rappelé certains outils de communication, mais en règle générale, les aides à domicile les utilisent de plus en plus à bon escient. Ce groupe de réflexion confirme leur progrès et leur bien-être. Les intervenant(e)s ont moins peur de certaines situations, comprennent mieux la désorientation et savent gérer les situations difficiles.

Au final, les interventions ont été grandement facilitées. Les encadrants du service constatent une plus grande autonomie des aides à domicile. Une amélioration notable des compétences pratiques est constatée. Les signes de désorientation sont plus facilement et rapidement repérés par les aides à domicile. Leur comportement professionnel est plus adapté. Elles font également le relais avec les familles pour tenter d'expliquer aux proches comment appréhender la communication avec la personne.

#### Point de vigilance

Il est plus difficile aux aidants familiaux, qui sont souvent eux-mêmes âgés, d'intégrer ce mode de communication et d'avoir un regard différent et une prise de recul vis-à-vis de leur proche, l'affect étant omniprésent. On constate toutefois que cet accompagnement permet a

minima de donner confiance en l'aidant et de le déculpabiliser quant à son mode de prise en charge.

### Les suites de l'action

désorientées ou pas, il est difficile pour les intervenant(e)s d'entrer dans le domicile et d'établir une relation avec la personne. De plus, beaucoup souffrent d'isolement social. Ainsi, depuis cette action, **des ateliers de prévention et de lien social** ont été créés à domicile auprès de tous les usagers du service. Des techniques apprises avec la gérontologue, comme la reformulation, sont utilisées avec tous les bénéficiaires et pas seulement avec ceux souffrant de troubles cognitifs.

### PARTENAIRES ET MOYENS MOBILISÉS

#### Quels moyens humains ?

1 cadre administratif et 10 aides à domicile ont participé aux visites à domicile avec la gérontologue, 1 psychologue-gérontologue-formatrice clinicienne (vacataire).

#### Quel coût ?

- Coût global : 10 600 euros dont 6 400 euros pour les interventions de la gérontologue.
- Le reste correspond au temps de travail des intervenant(e)s à domicile alloué à ces visites.
- La plaquette de communication a été financée par AG2R.

#### Qui finance ?

- Le projet est subventionné par la Fondation Médéric Alzheimer à hauteur de 5 500 euros.
- La ville participe à hauteur de 5 100 euros.

#### CONTACT

CCAS de Meudon - 01 41 14 80 81

Personnes ressource : Christelle FRUGIER,  
directrice

[christelle.frugier@mairie-meudon.fr](mailto:christelle.frugier@mairie-meudon.fr)

Valérie BENOIT, responsable du service  
maintien à domicile

[valerie.benoit@mairie-meudon.fr](mailto:valerie.benoit@mairie-meudon.fr)

# Troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux, adaptation des postes, reconversion professionnelle

## Résumé

Afin de favoriser le mieux-être au travail par la prévention des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux induits par l'activité professionnelle et de faciliter la reconversion professionnelle en cas de troubles chroniques, le CCAS de Niort a mis en place une série de formations destinées aux agents des services de soins infirmiers à domicile et du service d'aide à domicile.

## Santé et la sécurité au travail : de la prévention à la reconversion professionnelle

CCAS de Niort - 60 000 habitants. Depuis Septembre 2013.

### CONTEXTE

De façon globale, entre 2009 et 2013, les atteintes ostéo-articulaires ont représenté 3 468 jours d'arrêts pour 96 accidents de service. 16 maladies professionnelles ont été déclarées entre 2010 et 2013.

Sur le SAAD, il a été relevé ces dernières années (2012-2013-2014) un absentéisme lié à la maladie professionnelle assez important : 4 agents ont été en arrêt de travail sur de longue période (2 ans). De plus, 3 agents ont eu un arrêt long en maladie ordinaire.

Sur le SSIAD, un agent a eu un arrêt long en maladie ordinaire.

L'ensemble de ces professionnels a été accompagné afin de les repositionner sur un autre poste que le précédent ou sur le même poste avec des aménagements.

L'absentéisme et le repositionnement des agents sur un autre poste ont entraîné une dépense importante en termes de remplacements.

## OBJECTIFS ET ACTIONS

### Objectif stratégique

- Favoriser le mieux-être au travail et l'efficacité du service

### Objectifs opérationnels

- Diminuer le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles
- Améliorer les conditions de travail
- Accroître la motivation des agents
- Faire des économies

### Actions

- Actions de prévention des risques professionnels : formation Geste et Posture (uniquement pour le service SAAD) ; Formation en interne "échanges de pratiques SAAD-SSIAD" ; mise en place d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail
- Analyse de la pratique
- Adaptation de certains postes
- Accompagnement à la reconversion professionnelle

## DESCRIPTION

NIVEAU 1 :  
LA PRÉVENTION DES  
RISQUES  
PROFESSIONNELS

NIVEAU 2 : L'ADAPTATION  
DES POSTES DE TRAVAIL

NIVEAU 3 : L'ACCOMPAGNEMENT À  
L'ADAPTATION PROFESSIONNELLE  
ET VERS LA RECONVERSION  
PROFESSIONNELLE

### 1. Formation gestes et postures - manutention

#### Pour qui ?

Uniquement les agents du service d'aide à domicile. La moitié de l'équipe a été formée en juin 2015, l'autre moitié devrait l'être en 2016. Afin que les automatismes ne se perdent pas et que les nouvelles directives soient connues des agents, cette formation sera reconduite tous les deux ans à minima.

#### Par qui ?

Cette formation a été établie en lien avec la cellule Formation du service Ressources Humaines. Elle se fait au sein du centre hospitalier de Niort via la formation continue.

#### Fréquence

Elle s'effectue sur 2 jours organisés par demi-journée de formation.

### 2. Formation en interne "échanges de pratiques SAAD-SSIAD"

#### Pour qui ?

Cette action est menée auprès de chaque agent du SAAD arrivant dans le service.

**Constat de départ :** la manutention du matériel mis

à disposition au domicile (lève personne, verticalisateur...) est difficile pour les auxiliaires de vie : mauvaise utilisation, mauvais positionnement, méconnaissance du matériel...

Les aides-soignant(e)s ont acquis dans leur formation initiale une manipulation adéquate du matériel. Au cours de leur cursus professionnel, ils ont développé des astuces afin de se préserver et de manipuler les usagers le plus confortablement possible.

Il a alors été organisé, en collaboration avec les coordinatrices du SAAD et SSIAD des échanges de pratique : les auxiliaires de vie sociale ont suivi pendant 2 jours les aides-soignant(e)s pendant 2 heures 30 minutes environ.

**Objectif :** manipuler le matériel mis à disposition au domicile en toute sécurité et conserver de bons réflexes de manutention.

**Par ailleurs, le service a mis en place un fonctionnement de Service Polyvalent Aide et Soins à Domicile (SPASAD).** Les agents sont amenés à travailler ensemble, en binôme, ce fonctionnement permet un transfert de compétences aides-soignantes

- auxiliaires de vie. Les situations les plus complexes à gérer portant sur un binôme de professionnels, les charges physiques et mentales s'en trouvent allégées.

### 3. Actions dans le cadre du contrat local d'amélioration des conditions de travail

**Pour qui ?** Uniquement les intervenant(e)s du SSIAD.

**Par qui ?** Intervention d'un professionnel possédant à la fois des compétences en manutention et en kinésithérapie alliant ainsi l'approche collective et individuelle.

**Cadre de l'action :** le SSIAD a répondu à un appel à projet de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) en 2014 dans le cadre du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail en SSIAD (CLACTION).

**Description :** le dispositif consiste en l'intervention d'un professionnel. Il vise à réduire l'apparition des troubles musculo-squelettiques, **couplant une approche collective** (évaluer, à domicile, des situations de manutention complexes et les réajuster avec l'équipe ; reprendre des techniques de manutention adaptées) et **une approche individuelle** (apprendre aux membres de l'équipe des exercices pour atténuer les tensions musculaires ; apprendre à l'équipe des exercices de renforcement musculaire).

Le temps d'intervention de ce professionnel se décline de la façon suivante :

- **Des temps d'analyse de situation au domicile des usagers** sur une journée complète avec l'utilisation de vidéos et/ou de photographies.
- **Un retour des différentes analyses de situation au domicile** des bénéficiaires en présence d'un agent (1 journée).
- **Une formation aux techniques de manutention** et de prise en charge adaptée au domicile avec un suivi d'une journée (2 jours).
- **Une formation pour le renforcement musculaire et la gestion des tensions musculaires à l'ensemble de l'équipe** (1 journée) et la formation de plusieurs référents (3) pour assurer le suivi (1 journée).
- Chaque analyse de situation est remise sous forme de clé USB à l'ensemble des agents.

**Fréquence :** Un suivi annuel avec une réévaluation est programmé.

Cette action s'est déroulée fin 2015.

### 4. Analyse de la pratique

**Pour qui ?**

Tous les intervenant(e)s à domicile (les aides-soignantes, les auxiliaires de vie sociale, les aides à domicile, les agents du portage de repas à domicile).

**Par qui ?** Un psychologue intervenant déjà sur des Services de Soins Infirmiers à Domicile.

**Objectifs :**

- renforcer les compétences requises ;
- augmenter le degré d'expertise ;
- développer des capacités de compréhension et d'ajustement aux situations et aux autres.

**Fréquence :** les modalités de mise en place de l'analyse des pratiques professionnelles sont définies par l'intervention mensuelle d'un psychologue pendant 1h15 (avec un arrêt en juillet et août) auprès des agents en poste (la présence des agents en repos n'est pas obligatoire).

### Niveau 2 : L'adaptation des postes de travail

**Pour qui ?** Pour les agents de différents services dont le service de maintien à domicile.

**Par qui ?** La Cellule Santé et Sécurité au travail du service ressources humaines (RH) de la ville a lancé un projet en lien avec la prévention des troubles musculo-squelettiques.

Le responsable de projet est une conseillère en prévention.

Un comité de pilotage a été constitué, regroupant le directeur général adjoint du pôle ressources, la directrice du CCAS, la directrice de l'éducation, la directrice des ressources humaines, les Médecins de prévention, le Chef de la cellule santé et sécurité au travail. Ce comité décide et fixe les orientations.

**Description :**

Un groupe de travail du maintien à domicile a été constitué et organise des études de postes. Il réalise des préconisations.

Il est composé d'un chef de service, d'une infirmière coordinatrice, d'un conseiller prévention, du médecin de prévention, d'une auxiliaire de vie, d'une aide à domicile, d'une auxiliaire de soins, et de trois représentants du personnel du CHSCT.

Ils sont accompagnés de groupes d'analyse de situations de travail composés d'agents volontaires et de la conseillère prévention.

Il s'agit d'observer les agents durant leur activité quotidienne afin :

- d'analyser les postures prises et les gestes effectués ;
- d'étudier ce qui peut être amélioré pour éviter

les douleurs, les blessures et les maladies professionnelles.

Les objectifs de cette action sont les suivants :

- réaliser des observations de postes afin de faire des préconisations efficaces ;
- diminuer le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;
- intégrer les facteurs de risques TMS dans les projets de conception de nouveaux postes de travail, de changement ou de modification des conditions de travail ;
- écrire un document unique des risques professionnels.

### Niveau 3 : L'accompagnement à l'adaptation professionnelle et vers la reconversion professionnelle

#### Pour qui ?

Tous les agents de la ville et du CCAS.

**Par qui ?** La cellule Emploi et Compétence du service ressources humaines.

Elle accompagne le développement des compétences des agents dans le cadre de leurs parcours professionnels (intégration, orientation, évolution, etc.)

L'objectif est de guider les agents dans leur trajectoire professionnelle.

Les conseillers en évolution professionnelle accompagnent les agents de la ville et du CCAS dans leur démarche de mobilité professionnelle, choisie ou contrainte :

- en réalisant le bilan de leurs compétences, de leurs motivations et intérêts, mais également, en identifiant les perspectives professionnelles qui s'offrent à eux ;
- en évaluant la faisabilité de leur projet ;
- et en définissant les étapes nécessaires pour les mener à bien.

Pour ce faire, elles travaillent en collaboration avec les différents services de la DRH et les directions opérationnelles.

Les agents concernés feront des stages de transition dans différents services.

#### Exemples d'accompagnement à l'adaptation professionnelle et à la reconversion professionnelle :

- Le planning des auxiliaires de vie présentant des fragilités ou revenant de "longue maladie" est adapté : positionnement sur de l'accompagnement aux courses ou au déplacement et sur des prises en charge moins pénibles physiquement.
- Une aide-soignante ayant eu des problèmes de santé et ne pouvant plus exercer son métier, a eu

la possibilité de faire des stages sur différents postes administratifs, de se former (Word, Excel,...).

Ce cursus a duré environ une année. Elle a postulé par la suite sur un poste administratif au sein du service Petite Enfance du CCAS.

- Une auxiliaire de vie ayant eu des problèmes de santé, ne pouvant plus exercer son métier à domicile, a intégré une équipe d'entretien des locaux d'une crèche. En effet, l'adaptation de son métier au métier d'entretien des locaux a été possible car la structure avait du matériel adapté aux problématiques de santé de la personne (possibilité fortement restreinte au domicile des usagers).

Le nombre d'agents entrant dans ce processus et le coût de remplacement de ces agents restent à la charge du service concerné.

Dans le cadre de leurs missions, les conseillères en évolution professionnelle sont également amenées à sensibiliser les encadrants sur les problématiques du reclassement, de l'intégration et du maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap.

#### Du côté du management :

La direction générale des services a lancé entre avril et juin 2015 **une démarche de management de la santé et sécurité au travail**. L'accompagnement s'est fait avec l'aide d'un cabinet expert. Un diagnostic a été effectué sur les moyens de prévention actuels et les pratiques. Il a été alimenté par des rencontres avec les agents. Cela a permis de faire un état des lieux précis de la politique santé et sécurité dans les équipes et par la suite de détecter les pistes d'amélioration et les bonnes pratiques à partager. Tous les encadrants sont formés à la démarche.

#### BILAN

**L'analyse de la pratique** : un bilan annuel avec la psychologue est réalisé. Globalement, ce type de prise en charge des équipes amène chaque agent à se questionner sur sa pratique. Une évolution peut être observée dans sa démarche de travail.

**La formation en interne** a permis de renforcer certains savoirs, d'être plus efficace dans la prise en charge des usagers, de manipuler le matériel sans appréhension.

**Les autres actions** sont en phase de développement et n'ont donc pas fait l'objet de bilan.

#### PARTENAIRES ET MOYENS MOBILISES

##### Quel coût ?

**Formation "gestes et posture-manutention"** : 2 000 euros pour 2 jours (pour la formation de la moitié des agents intervenant(e)s à domicile, l'autre

moitié devrait l'être en 2016).

**Formation en interne "échanges de pratiques SAAD-SSIAD"** : 32 agents ont participé à cette action. Cela représente par agent 5 heures de formation, soit 160 heures pour l'ensemble des agents, pour un coût de 2 400 euros.

**Le contrat local d'amélioration des conditions de travail** : la totalité du temps d'intervention du professionnel est estimé à 7 jours.

Le tarif horaire étant de 1 200 euros. Le coût total de cette intervention est de 8 400 euros.

Le temps d'analyse de situation au domicile et le retour d'analyse ne nécessitent pas de temps "agent" supplémentaire. Le professionnel accompagne l'agent sur le terrain.

Le nombre d'agents présents quotidiennement est de 7. Le nombre total d'agents au sein du SSIAD est de 13. L'absence de 13 agents pour suivre la formation aux techniques de manutention sur 3 jours génère 273h. L'absence de 13 agents pour suivre la formation pour le renforcement musculaire sur 1 journée génère 91h. La formation de 3 agents / référents au suivi de la formation pour le renforcement musculaire génère 21h d'absence.

L'absence totale des agents s'élève à 385h soit un coût total de 6 045 euros.

**L'analyse de la pratique** : le coût pour le service est de 5 800 euros pour l'année 2015.

#### Qui finance ?

- Le Fond National de Prévention CNRACL sur la prévention des TMS avec l'adaptation des postes de travail : subvention sur 3 ans, la subvention compense le temps mobilisé par les agents.
- Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.
- L'Agence Régionale de la Santé (ARS)

#### Quels partenaires ?

- Le service de formation continue du centre hospitalier de Niort, pour la formation gestes et postures - manutention.
- Le service ressources humaines avec la cellule "prévention santé et travail" et les deux conseillers en prévention des risques professionnels.

#### CONTACT :

CCAS de Niort - 05 49 78 72 73

Personnes ressource : Élisabeth MONGET,  
directrice du CCAS

[elisabeth.monget@mairie-niort.fr](mailto:elisabeth.monget@mairie-niort.fr)

Sophie SABIRON, chef de service maintien à domicile

[sophie.sabiron@mairie-niort.fr](mailto:sophie.sabiron@mairie-niort.fr)

Aurore BOIDIN-LAHLLOU, DRH

[aurore.boidin-lahlou@mairie-niort.fr](mailto:aurore.boidin-lahlou@mairie-niort.fr)

05.49.78.75.81

# Rythmes de vie, horaires atypiques, usure professionnelle

## Résumé

Afin de mieux répondre aux besoins des usagers et de s'adresser à un public plus large, en concertation avec les agents d'intervention, les horaires de travail de certaines équipes d'intervention du service maintien à domicile, ont été élargis

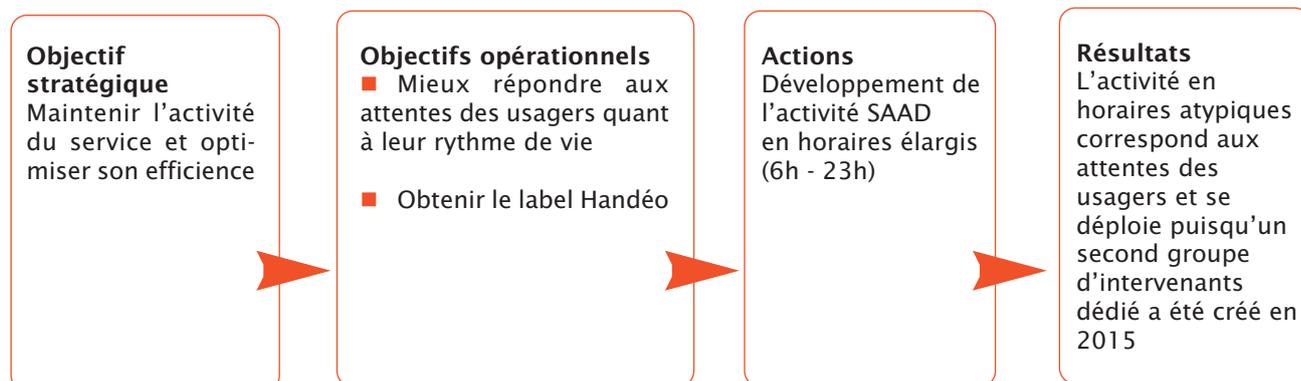
### Agents du service à domicile et horaires élargis

CCAS de Laval - 50 700 habitants - 64 agents dans le SAAD (54 ETP) - Depuis janvier 2014.

#### CONTEXTE

- En 2011, le nombre de personnes âgées a fortement augmenté par rapport à 2006 (+10,3%) alors que les autres tranches d'âges perdent de la population. Toutefois le nombre de 60 ans et plus reste inférieur à celui des moins de 20 ans.
- Une enquête de satisfaction menée en 2015 a révélé que les usagers sont globalement satisfaits de la qualité du service à domicile. Quelques usagers ont exprimé le souhait de dîner et d'être couchés plus tard.
- 64 agents intervenants à domicile (54 équivalents temps plein).
- Les membres du CA du CCAS expriment une volonté politique de répondre le plus possible aux habitudes de vie des bénéficiaires.
- Sur le SAAD, à partir de 2012, a été constatée une baisse de l'activité du service due en partie à des réductions de financements notamment du Conseil Départemental et à l'arrivée d'organismes privés à but lucratifs et non lucratifs en concurrence avec le service du CCAS.
- Le développement de l'activité dans le champ du handicap et l'augmentation de l'amplitude horaire ont permis de répondre à un plus grand nombre de situations.

#### OBJECTIFS ET RÉSULTATS



## DESCRIPTION

BILAN DE L'ACTIVITÉ  
DU SERVICE

EXPÉRIMENTATION

RÉAJUSTEMENTS  
ET PÉRENNISA-  
TION

BILAN ET  
PERSPECTIVES DE  
L'ACTION

SUIVI ET  
COMMUNICATION

### Phase 1 : le bilan de l'activité du service avant mise en place des horaires élargis

Horaires : de 8h00 à 20h00.

Nombre de bénéficiaires du service d'aide à domicile : une baisse est observée en 2014 par rapport à 2013 (534 personnes contre 531 en 2014).

Le nombre d'heures financées par un partenaire extérieur a baissé en 2014 par rapport à 2013. Le nombre d'heures travaillées des agents d'intervention à domicile, même à nombre d'usagers équivalent, a diminué entre 2012 et 2014.

2013 : un travail en comité technique paritaire a été conduit sur les modalités de mise en place de l'ouverture du service en horaires élargis, week-end compris.

### Phase 2 : expérimentation

1<sup>er</sup> janvier 2014 :

- Expérimentation du service en horaires élargis de 7h à 22h auprès d'un groupe d'intervenants à domicile volontaires.
- Bilan de la première phase d'expérimentation auprès des aides à domicile (ressenti, qualité du travail, etc.) et de l'efficacité du service : onze tournées sont effectuées par équipe. Les aides à domicile concernés ont du temps libre dans leur planning, travaillent beaucoup et surtout le soir et sont fatiguées.

### Phase 3 : Réajustements

Septembre 2014 :

Choix de mettre en place un roulement d'équipe tous les 9 mois afin notamment d'éviter la fatigue et l'usure professionnelle (les responsables du CCAS souhaitaient 1 an pour faciliter la gestion et les équipes 6 mois, pour ne pas être trop fatiguées. Neuf mois, cela correspondait alors à un compromis).

Janvier 2015 :

L'amplitude horaire augmente pour répondre aux besoins des usagers : 6h - 23h. Les intervenants de l'équipe travaillant en horaires élargis sont toujours volontaires.

### Bilan au second semestre 2015 :

L'amplitude horaire élargie ne pose pas de souci majeur. Elle est donc maintenue. Cependant, par crainte des agressions surtout la nuit, l'ensemble des agents sont équipés de kits de sécurité. Ce kit comprend une alarme qui sonne très fort lorsqu'elle est activée par un intervenant à domicile qui se sent en situation de danger.

### Septembre 2015 :

Le nombre de volontaires pour constituer une équipe en horaires élargis ne suffit pas. Le fait d'en faire partie devient obligatoire et est intégré au règlement intérieur du service comme condition de travail de l'ensemble des intervenants du service. C'est même devenu une condition d'embauche. Les agents volontaires restent toutefois prioritaires.

Afin de limiter la fatigue des intervenants de l'équipe à horaires d'intervention élargis pendant 6 mois, chaque intervenant ne fait pas plus de deux soirs ou deux matins par semaine et chacun est soit du soir, soit du matin. Deux nouvelles équipes ont été créées pour répondre aux besoins des week-ends : le service compte alors 13 équipes (tournées).

Les astreintes sont effectuées par des agents à domicile et non par des agents administratifs. Pour répondre aux attentes des usagers et des agents, une équipe d'astreinte à la semaine est créée. Ainsi, sur une année, chaque membre du service est amené à faire de 1 à 30 astreintes. La personne d'astreinte ne doit cependant pas faire partie d'une équipe en horaire atypique.

Mise en place d'une tarification majorée pour les interventions au dernier moment.

## Janvier 2016 :

Intégration dans le service d'aide à domicile d'une infirmière coordinatrice (en lien avec le projet de création de SPASAD) qui s'occupe particulièrement du lien entre les interventions et les partenaires paramédicaux, et qui est référente sur le champ du handicap notamment pour les visites d'évaluation.

## BILAN

### Réponse à l'objectif stratégique de l'action :

L'activité du service est stabilisée depuis 2 ans (au niveau du nombre d'heures travaillées).

Le déficit du service a été stabilisé.

Au niveau du travail des aides à domicile : elles travaillent beaucoup plus qu'avant, avant 7h et surtout après 21h. En effet, l'élargissement de l'amplitude horaire du service, a encouragé les usagers à demander une intervention plus tardive qu'auparavant.

### Perspectives courant 2016 :

- Équiper l'ensemble des agents d'une lampe torche puissante.
- Répercuter le coût des interventions en horaires atypiques sur les usagers.
- Création d'un SPASAD (faisant le lien entre le service SAAD, le portage de repas à domicile et le SSIAD).

### Suivi de l'action durant le déploiement de cette organisation :

- Le comité de pilotage est composé de :
  - la directrice du CCAS
  - la directrice adjointe
  - la responsable de service
  - la responsable des ressources humaines
  - les représentants des aides à domicile
  - des représentants des organisations syndicales
  - un élu (qui valide)

Un bilan spécifique par an est organisé avec l'ensemble des aides à domicile. Des échanges sont organisés avec les équipes lors des réunions de service.

### Communication :

- L'enquête de satisfaction effectuée en amont de cette action a permis de repérer les usagers qui souhaitaient être pris en charge plus tôt ou tardivement. Ceux-ci ont alors été contactés en premier pour participer à l'expérimentation.

- Lorsque la pérennisation de l'action a été validée, un courrier officiel a été envoyé à tous les bénéficiaires.
- Un livret d'accueil, flyer etc. ont été édités et distribués à l'ensemble des partenaires. Des rencontres ont été organisées.
- Lors des visites systématiques d'évaluation de la situation de la personne, le système est présenté et proposé.

## ACTIONS PARALLÈLES DU SERVICE

Après étude par un ergonome pour diminuer les troubles musculo-squelettiques et afin d'améliorer les conditions de travail des intervenants à domicile au niveau des tâches ménagères, la responsable de service a fait le choix de "standardiser" l'équipement disponible pour les intervenants en proposant d'acheter aux usagers qui n'ont pas le matériel adéquat des "kits ménages" (la collectivité paye une partie de l'équipement). Ceci permet notamment de limiter les troubles musculo-squelettiques du personnel.

Les usagers peuvent bénéficier du service d'animation à domicile auprès des personnes âgées ou en situation de handicap. Depuis 2015, une subvention de la CARSAT a permis de créer une unité isolement : des loisirs et sorties organisés une fois par mois sont proposés à des usagers en situation d'isolement, accompagnés par des intervenants à domicile et des agents du portage de repas. Des jeunes en service civique font également de l'animation à domicile, accompagnent lors des sorties, ou encore effectuent des portages de livres dans le cadre d'une convention CCAS-bibliothèque.

### En perspective :

- équiper l'ensemble des aides à domicile de smartphones, comme outil de télégestion afin d'avoir en ligne le planning d'intervention et de pouvoir passer les appels téléphoniques professionnels sans utiliser de son téléphone personnel.;
- utiliser une carte pour badger au domicile de l'utilisateur (et non pas d'utiliser son téléphone comme jusqu'à ce jour).

## MOYENS MOBILISÉS ET PARTENAIRES DANS L'ACTION SERVICE EN HORAIRES ÉLARGIS

### Quel coût ?

Les heures avant 7h et après 22h génèrent un surcoût pour le CCAS mais néanmoins, le nombre d'heures travaillées dans le SAAD est plus important depuis la mise en place des horaires atypiques.

### Qui finance ?

Uniquement le CCAS. Il est prévu de répercuter le coût horaire sur les usagers des horaires atypiques.

### Quels partenaires ?

Le service ressources humaines de la ville de Laval.

### LES OUTILS POUR EVALUER L'ACTION

- Enquête de satisfaction préalable auprès des usagers.
- Analyse de l'évolution du nombre de bénéficiaires.
- Analyse du nombre d'heures travaillées par intervenant.
- Analyse de l'évolution de l'équilibre budgétaire du service.
- Analyse des retours qualitatifs lors des bilans annuels et réunions d'équipe.
- Analyse de l'évolution du nombre de tournées en horaires élargis (soir et matin).

### CONSEILS DU CCAS

Se fonder sur le besoin réel des usagers et mener une concertation approfondie avec les agents, les associer au projet pour lever toutes les interrogations et ainsi pouvoir mettre en place les évolutions de fonctionnement de la meilleure manière.

### PAROLES D'ACTEURS

*"Notre service n'était plus adapté aux besoins des usagers. Nous ne pouvions par exemple pas répondre à un public plus jeune, en situation de handicap, pour qui le lever à partir de 8h00 et le coucher avant 20h00 étaient incompatibles avec la vie quotidienne"* (Aurélie Massonnet, responsable du service maintien à domicile)

### CONTACT :

CCAS de Laval - 02 43 49 47 47

Personnes ressource :

Catherine ROBIN-DESILE, directrice du CCAS  
catherine.robin-desile@laval.fr

Aurélie MASSONNET responsable du service Maintien à domicile personnes âgées et personnes handicapées  
aurelie.massonnet@laval.fr

## Résumé

Au regard de contraintes économiques, le CCAS de Pontault-Combault, a réalisé un dispositif de mutualisation entre le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et le foyer de résidence pour personnes âgées (FRPA), autour d'un travail participatif avec les agents des services. Le pôle soutien à l'autonomie a ainsi vu le jour. Il s'agit de pérenniser les emplois du service d'aide et d'accompagnement à domicile.

### Mutualisation des services du pôle de soutien à l'autonomie

CCAS de Pontault-Combault – 38 000 habitants - SAAD : 10 agents. 2014 - 2015.

#### CONTEXTE

##### Les évolutions de l'activité du service et leurs conséquences sur l'activité des agents

- Un service créé récemment dont l'activité ne cesse de croître.
- Une évolution des besoins constatée par les agents qui nécessite une adaptation de leurs interventions, de leur métier et plus globalement du service.
- Les problématiques sont nombreuses : sentiment d'isolement accru, évolution des missions, manque de repères dans l'exercice de leur fonction, charges émotionnelles plus élevées du fait de l'intervention chez un nombre plus important de personnes en situation de dépendance et/ou en fin de vie...
- Des postes contractuels qui nécessitent d'être confortés et renforcés.

##### Les évolutions de l'activité du service et leurs conséquences sur l'activité des agents

- Deux services au CCAS offrant au public senior du territoire des prestations leur permettant de poursuivre leur vie à domicile et/ou au sein du logement foyer, dotés de missions différentes mais

visant un même public, permettant des collaborations pour optimiser les réponses aux besoins de ces personnes vieillissantes.

- Une volonté d'anticiper l'évolution des besoins du public âgé aujourd'hui et demain, d'améliorer la cohérence d'intervention sur la ville en matière de dépendance et de créer des liens et passerelles entre les deux services (SAAD, FRAP).

Face à ces évolutions, les élus et responsables du CCAS ont décidé de mettre en place un pôle unique permettant aux agents de faire parti d'un seul service, de faciliter les informations aux habitants, mais aussi le flux d'informations et les échanges entre agents, d'assurer un suivi du dossier de la personne afin de réajuster si besoin les services apportés.

## OBJECTIFS ET RÉSULTATS

### Objectifs stratégiques

- Anticiper l'évolution des besoins du public âgé aujourd'hui et demain
- Améliorer la cohérence d'intervention sur la ville en matière de dépendance en maintenant la spécificité des services et des métiers s'y afférant et en créant des liens et passerelles entre les deux services (SAAD, FRAP)

### Objectifs opérationnels

- Développer un guichet unique de soutien à l'autonomie pour les services du CCAS
- Mutualiser des fonctions ressources et moderniser le service aux usagers
- Améliorer le bien-être au travail en confortant les postes des aides à domicile et en mutualisant les compétences

### Actions

- Redynamisation de l'ensemble des deux équipes du pôle de soutien à l'autonomie (SAAD, FRAP)
- Baisse de l'absentéisme
- Création d'une culture commune managériale en phase d'aboutissement
- Développement d'une culture d'appartenance au CCAS

## DESCRIPTION

Le pôle de soutien à l'autonomie (PSA) réunit en un même lieu service à domicile, hébergement (logement foyer), animation, repas, information, accueil. Il crée des liens et des passerelles entre le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et le foyer de résidence pour personnes âgées (FRPA).

### Le concept de ce pôle porte autour de trois éléments essentiels :

#### Maintien de la spécificité des services

Services médico-sociaux, ces deux services sont régis par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ils ont gardé leurs spécificités et leur identité, au sein de ce pôle gérontologique, l'un autour de l'accompagnement à domicile et l'autre comme établissement accueillant et accompagnant 80 résidents autonomes.

#### Actualisation du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels et Psychosociaux professionnels (DUERP)

Le projet a permis le travail en ateliers avec les différents corps de métiers. Les agents ont été sollicités pour recueillir les détails de leurs activités quotidiennes afin d'analyser l'amélioration des conditions de travail :

- travail par atelier et par unité ;
- analyse des conditions de travail ;
- mise en place d'un plan d'action qualité ;
- accompagnement de chaque unité par une chargée de prévention (ville) ;
- finalisation du document unique en juin 2016 ;
- réalisation de groupes de parole sur l'ensemble des unités.

#### Mutualisation des fonctions ressources

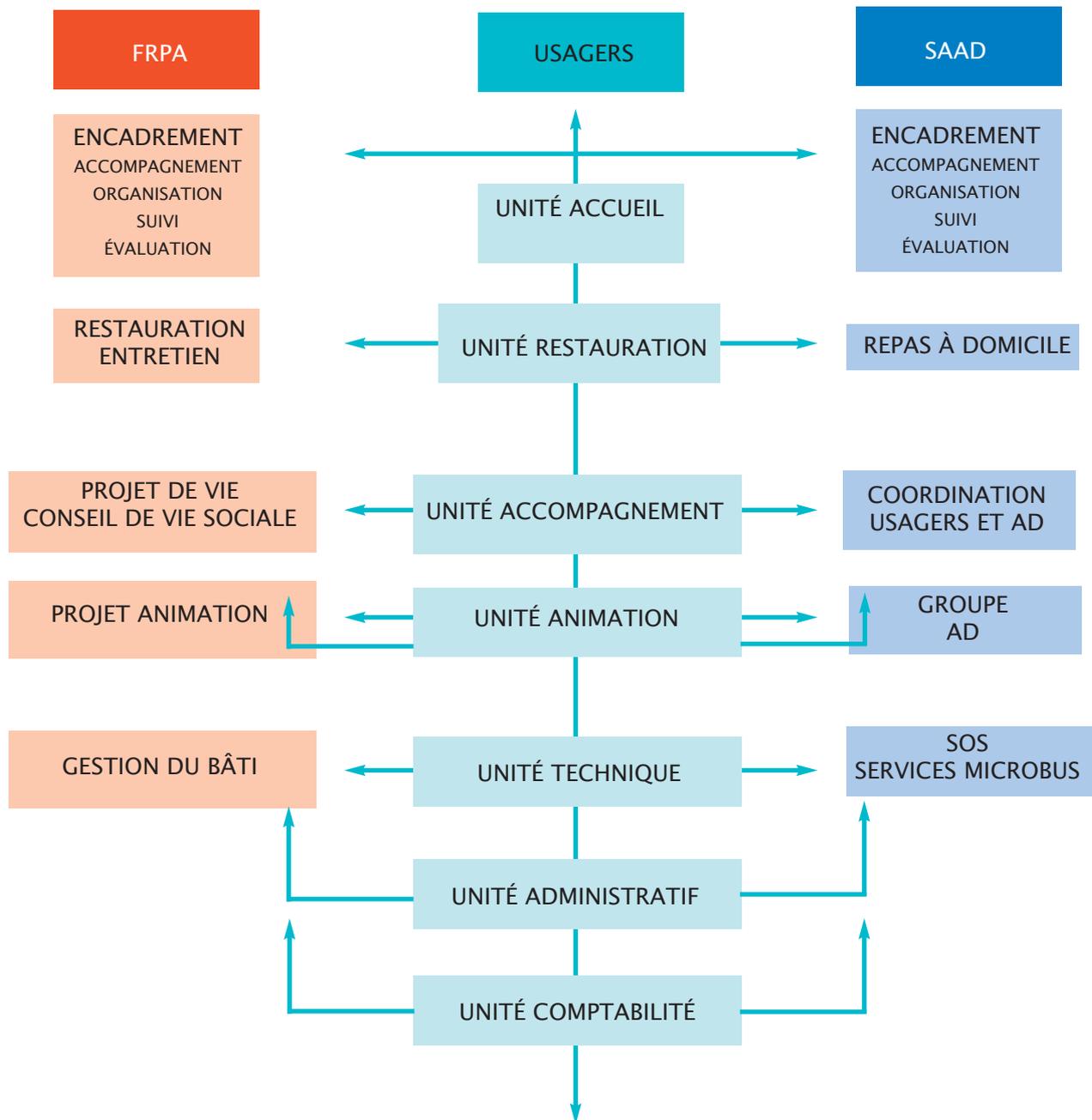
Les différents agents de ces deux structures occu-

pent des métiers spécifiques. La mutualisation des fonctions ressources est fondée sur le croisement des compétences, le renforcement du bien-être au travail et sur l'amélioration de la cohérence d'intervention.

#### Elles sont distribuées en unité :

- l'unité "*Accueil*" a pour mission l'information et l'orientation ;
- l'unité "*Accompagnement*" réalise le projet de vie du bénéficiaire ;
- l'unité "*Administratif*" répond aux besoins des deux services ;
- l'unité "*Comptabilité*" dotée du même logiciel, gère la facturation, les encaissements, le suivi des paiements et de la tarification pour l'ensemble du pôle de soutien à l'autonomie ;
- l'unité "*Animation*" a pour mission la création du lien social sur le pôle de soutien à l'autonomie ;
- l'unité "*Restauration*" présente dans les deux services, est renforcée ;
- l'unité "*Technique*" poursuit son travail d'entretien du bâtiment, la gestion des entrées et sorties des studios et des petits travaux; elle est aussi un soutien technique au service SOS dépannage.

Ces unités ont pour vocation d'accentuer le travail en transversalité, le développement de compétences et ainsi d'assurer une continuité de service public.



## PLANNIFICATION DU PROJET



A l'automne 2014, après présentation du projet en Conseil d'administration du CCAS et suite à la validation du bureau municipal du 24 novembre 2014, le travail de mise en œuvre a véritablement commencé :

- un rétro planning a été établi avec l'ensemble des agents concernés. Il porte la réflexion sur une durée de 7 mois. La démarche est participative, toutes les équipes sont mobilisées pour réfléchir et proposer une organisation la plus efficiente possible ;
- des rencontres avec tous les partenaires occupant des locaux du foyer sont planifiées afin de présenter le projet et négocier une participation (prestations en nature ou financière, réaménagement et/ou partage de locaux...) ;
- un chef de projet est nommé ;
- un comité de pilotage et un comité technique ont été mis en place pour suivre l'évolution de la démarche ;
- la présentation du dossier aux organes paritaires est prévue au printemps ;
- l'arrivée sur le FRPA se fait progressivement, selon la disponibilité des locaux visés, en corrélation avec des départs programmés comme deux congés maternité. Ainsi, au deuxième trimestre de l'année, les deux équipes sont rassemblées.

Suite à la mise en œuvre des instances dont le comité technique (CT), sur la base du volontariat, une dynamique est impulsée. Il s'agit de permettre aux agents intéressés de participer à la création du dispositif dans le cadre du Comité Technique. Une information plénière est organisée en présence de l'élu du secteur, du chef de projet et des chefs de service afin de présenter la méthode de travail et les évolutions à venir. A savoir, la création d'une mutualisation entre deux services. Les enjeux sont évoqués et un début de réflexion est lancé. Le Comité Technique se constitue et rassemble 15 agents de métier différents. La première difficulté a été de définir les modes d'organisation de cette instance, son rôle, ses règles et le positionnement de chaque acteur.

Les premières réflexions ont été axées sur les définitions concernant les activités des deux services et les spécificités de l'ensemble des agents intervenant(e)s auprès des publics.

Les cœurs de métier du SAAD et du FRPA ne sont pas tout à fait les mêmes. L'un s'occupe de l'hébergement et l'autre du domicile avec une question centrale sur l'appellation des publics. Il a été acté que la prise en charge globale ne dépend pas d'une mission unique mais bien d'une mission partagée, une réponse à un besoin spécifique.

Chacun a gardé sa sémantique mais en prenant en compte cet aspect de continuité dans la prise en charge.

Les deux équipes avaient chacune une histoire et une culture du CCAS différente. La stratégie développée dans cette première séquence de travail a été de recentrer chaque service sur son activité, ses interventions quotidiennes, mais aussi d'insuffler un futur commun avec la création d'une équipe mutualisée.

Ont suivi, une action sur les méthodes de travail et l'élaboration des procédures de chacun dans le cadre de ses missions quotidiennes. L'arbre des compétences a favorisé la définition des processus communs aux deux structures. L'idée de travailler par unité a été soulevée suite à ce travail.

La création des unités a engendré un début de reconnaissance entre pairs. La représentation d'une culture commune s'est installée au fil des rencontres. D'autant que ces deux services font partie d'une même entité juridique, à savoir le CCAS.

Ces unités ont permis d'accentuer le travail en transversalité, le développement de compétences et ainsi d'assurer une continuité de service public en cas d'absence d'un agent.

Les unités d'aide à domicile ont été créées avec le CT, dont trois aides à domicile (AD) faisaient partie, il s'agissait de travailler sur la notion de valorisation des rôles socio professionnels et placer les agents au cœur du système. Le but était de créer plusieurs entités avec des compétences complémentaires. Ainsi trois unités de 9 aides à domicile ont vu le jour. Des temps encadrés et des temps de rencontre sans responsable ont été posés.

Lors de ces échanges plusieurs thématiques ont été proposées par les trois unités d'AD :

- gérer les dossiers des bénéficiaires pour améliorer la prise en charge individuelle ;
- renforcer les équipes du FRPA pour mutualiser les efforts et développer la solidarité ;
- proposer une veille sanitaire sur le FRPA en rencontrant les résidents susceptibles d'être soutenus ;
- doubler les interventions à domicile sur les situations délicates, type changes complexes ;
- créer des référents d'aides à domicile dans le cadre d'un transfert de compétences ;
- conforter la notion de réservistes pour pallier les absences inopinées ;
- proposer l'aide aux déplacements motorisés par une AD ayant le permis ;
- proposer des lieux de rencontres individuelles pour échanger sur les situations.

Le travail de mutualisation et de transfert s'est fait de façon harmonieuse entre les services par l'accompagnement au changement mis en place par l'équipe d'encadrement.

Les freins ont été levés progressivement. Les fondations sont posées pour un développement pérenne dans les années à venir. La deuxième phase a démarré. Son objectif est de laisser cette organisation se mettre en place. Un autre mode de coordination a vu le jour sur cette deuxième étape. La fin du CT était programmée par les acteurs avec la mutualisation des deux équipes sur le PSA, mais il a été prolongé. Les sept mois, de septembre 2015 à mars 2016 ont permis de faire vivre cette organisation, le temps de la maturation et de la vie sociale en commun.

La conception du pôle a nécessité une planification précise des tâches à laquelle ont été associées les parties prenantes... Une information continue et régulière a permis de construire le projet avec les agents, de les impliquer et de limiter la résistance au changement.

### LES PREMIERS RÉSULTATS : UNE ÉVALUATION PERMANENTE

Durant les sept mois qui ont suivi, les unités se sont rencontrées soit en autonomie, soit en présence d'un responsable et d'un référent pour les accompagner dans leur démarche de travail. Les rencontres entre unité se sont déroulées tous les quinze jours à raison d'une trentaine de minutes d'échanges.

Une évaluation de l'ensemble de la nouvelle organisation a été réalisée sur la période du mois de mars 2016. Chaque unité a travaillé sur les objectifs opérationnels déterminés en amont avec des indicateurs de réussite.

Le bien-être au travail a été amélioré, la qualité du service se déploie, la mutualisation est en phase de construction, la qualité de la coordination se développe, le suivi des situations sociales complexes se concrétise, mais l'objectif central est difficile à atteindre. La gestion financière et la rationalisation ont permis de réduire les dépenses de fonctionnement sur certains postes budgétaires. La masse salariale s'est stabilisée au regard du regroupement. Six postes ont été pérennisés dont une titularisation.

Le PSA étant fondé, le défi de 2017 sera de maintenir le budget avec le développement d'activités nouvelles.

Le CCAS doit résoudre l'équation qui consiste à garantir un même niveau, voir un renforcement, des prestations d'accompagnement qu'il assure au-

près de ceux qui en ont le plus besoin tout en rationalisant ses dépenses et en développant un modèle viable.

### PARTENAIRES ET MOYENS MOBILISÉS

#### Quels moyens humains ?

- Le responsable du service d'aide et d'accompagnement à domicile (2/3 ETP).
- L'adjointe du SAAD (1/2 ETP).
- Les aides à domicile (1/6 ETP).
- Les agents administratifs du SAAD (1/6 ETP).
- Les agents administratifs et techniques du Foyer-logement (1/6 ETP).
- La responsable du FRPA (1/3 ETP).
- La directrice de l'action sociale (1/3 ETP).
- L'élu aux solidarités (1/8 ETP).
- La direction de la communication (1/8 ETP).
- L'assistante de la direction de l'action sociale (1/3 ETP).
- Les agents du service logistique et technique (1/8 ETP).
- La direction des systèmes d'information (1/8 ETP).
- Le service d'hygiène des locaux (1/8 ETP).

#### Quels moyens matériels ?

- La méthode de prospective stratégique.
- 40 réunions de concertation avec les agents.
- L'aménagement des locaux (travaux d'aménagement / câblage du site).
- La collaboration avec les services de la ville (appuis techniques, déménagement, logistique informatique).
- Un plan de communication (magazine municipal, signalétique, plaquette, courriers d'information individualisés, inauguration...).

#### Quel coût ?

Le personnel = 140 000€.

L'objet de communication = 2 000€.

L'aménagement = 32 000€.

#### Qui finance ?

Le CCAS et la ville

### CONSEILS DU CCAS

- Mener une action de conduite du changement pour éliminer les résistances (travailler sur "la chasse aux idées reçues").
- Développer une démarche participative, co-construire le projet avec les agents.
- Assurer une présence assidue des cadres intermédiaires.
  - prendre en compte la gestion du temps de l'agent ;
  - porter le concept central de l'expertise du professionnel sur le terrain, travailler au

- repositionnement de chacun dans le cadre de l'unité ;
- créer des instances décisionnelles ;
  - ne pas imposer une gestion du temps trop contraignante.

#### **PAROLE D'ACTEUR**

*"Il s'agit de trouver un accueil optimal renvoyant vers de l'aide à domicile, du logement résident et le dispositif "SOS services"... pour une meilleure prise en charge du vieillissement".*

#### **CONTACT :**

**CCAS de Pontault Combaut - 01 60 18 15 70**  
**Personne ressource : Freddy Amar**  
**responsable du maintien à domicile du CCAS,**  
**[resp.mdom@pontault-combault.fr](mailto:resp.mdom@pontault-combault.fr)**

# Prévention des TMS, professionnalisation, ergonomie.

## Résumé

Le CCAS de Fécamp en partenariat avec le Centre de gestion de Seine-Maritime expérimente une action sur l'ergonomie afin de prévenir les risques professionnels liés aux TMS et apporter des réponses aux problématiques de santé rencontrées par les agents. Cette expérience entre dans le cadre d'une réflexion plus globale et prospective sur le maintien le plus longtemps possible des agents à leur poste dans les meilleures conditions de travail.

## Prévention des TMS avec un ergonome

CCAS de Fécamp – 19 000 habitants - SAAD : 120 agents. 2015-2017.

### CONTEXTE

#### ■ Les constats du SAAD

- Augmentation substantielle ces dernières années des accidents de travail
- Augmentation substantielle du nombre total de jours d'arrêt liés à ces accidents de travail
- 67% des accidents de travail sont liés à des troubles musculo-squelettiques (TMS)
- 45% des accidents de travail ont pour origine les personnes ou les objets en cours de manipulation ou en cours de transport manuel

#### ■ Une stratégie globale du SAAD

- Développement de différentes actions par le CCAS depuis plusieurs années
- Stagarisation puis titularisation des aides à domicile
- Mise en place d'un plan de formation ambitieux
- Organisation de groupes de parole pour partager les difficultés et les expériences sur une thématique identifiée comme récurrente
- Sollicitation des élus et responsables du CCAS par le Centre de gestion de Seine Maritime pour répondre aux questionnements de l'anticipation des risques d'usures professionnelles et d'évaluation des risques dans le cadre du document unique

### OBJECTIFS ET RÉSULTATS

#### Objectifs stratégiques

- Préserver la santé des agents à leur poste de travail et les maintenir en emploi le plus longtemps possible dans les meilleures conditions de travail.
- Anticiper les risques d'usures professionnelles en améliorant les conditions de travail.

#### Objectifs opérationnels

- Evaluer les risques dans le cadre du document unique.
- Disposer d'une image précise des conditions de travail.
- Professionnaliser les aides à domicile.
- Diminuer les arrêts de travail.

#### Résultats

- Implication des agents qui sont à l'écoute et se sentent investis sur les approches qui les concernent.
- Amélioration de la cohésion d'équipe et moindre isolement des aides à domicile.
- Valorisation des agents et meilleures connaissances du métier par l'ensemble des parties prenantes.

## DESCRIPTION

DÉFINITION DU  
PROJET  
ET VALIDATION

IDENTIFICATION/  
MOBILISATION D'UN  
ÉCHANTILLON  
D'AGENTS

DIAGNOSTIC/  
ÉVOLUTION DES  
RISQUES

SYNTHÈSE ET  
RESTITUTION  
AUX AGENTS

PRÉCONISATION  
MISE EN PLACE DE  
MESURES

### Définition et validation du projet

La demande initiale des élus et responsables du CCAS portait sur :

- la réalisation du document unique et notamment l'évaluation des risques ;
- l'amélioration des conditions de travail : comment réduire les arrêts ? Comment adapter l'activité si restrictions médicales ? Comment accompagner les agents vers la reconversion ?

Le Centre de Gestion, en s'appuyant sur un médecin de prévention et un ergonome, a réalisé avec le DRH de Fécamp et la direction une première proposition de démarche. Elle a été présentée à toutes les parties prenantes (agents, conseillers prévention, élus). Les échanges et les retours de chacun ont permis d'enrichir le premier projet et d'obtenir l'adhésion et la validation de chaque partie.

### Identification et mobilisation d'un échantillon d'agents

Le CCAS a choisi de lancer l'expérimentation avec un échantillon de 40 aides à domiciles. Une présentation a été faite aux agents et cet échantillon a été constitué sur la base du volontariat. Celui-ci est représentatif de différents critères tels que le type d'habitat (individuel/collectif), le statut de l'aide à domicile, son âge, son ancienneté...

### Diagnostic - évaluation des risques

La phase de diagnostic-enquête réalisée avec les aides à domicile volontaires a pour objectifs d'avoir une vision précise des conditions de travail et de connaître le profil des bénéficiaires. Il s'agit d'une part d'évaluer les risques et d'autre part de réajuster l'offre de services à la demande en fonction notamment du profil des aides à domicile, du secteur géographique... Cela nécessite de prendre en compte plusieurs paramètres.

Un questionnaire et une étude ergonomique portent sur l'évaluation des risques physiques : ils ont pour objectif d'identifier la différence

entre ce qui est prescrit au domicile des bénéficiaires et le réel.

Ce questionnaire est renseigné par les aides à domicile pour chaque bénéficiaire sur le matériel et l'environnement de travail (description du matériel, de l'environnement, de l'accès au logement, des déplacements...).

Le questionnaire a été construit et validé par les aides à domicile, la hiérarchie, les élus et le médecin prévention.

Une étude de l'environnement de travail de l'agent (port de charges, surfaces à entretenir, matériel mis à disposition...) a été également réalisée par l'ergonome au domicile de la personne avec l'accord de celle-ci.

Un entretien portant sur l'évaluation des risques psychosociaux mené avec un support méthodologique (type questionnaire spécifique) le complète : cet entretien individuel de chaque aide à domicile est réalisé par l'ergonome sur le ressenti du métier.

### Synthèse et restitution aux agents

Les résultats de la phase de diagnostic sont synthétisés (information transmise de manière anonyme) par l'ergonome du Centre de gestion et présentés à des groupes mixtes composés des agents de différents secteurs, des responsables, des représentants du personnel.

Il s'agit de transmettre la même information à toutes les parties prenantes, de favoriser les échanges, ainsi que la valorisation et la reconnaissance du métier.

Les résultats sont enrichis des échanges et retours des parties prenantes et donnent lieu à des préconisations. La synthèse est traduite de manière à être exploitable dans le document unique (pour tous les risques y compris les risques psychosociaux).

### Mise en place de mesures

Les résultats de l'enquête et les préconisations donneront lieu à la mise en place d'un plan d'actions qui devait être présenté et validé par l'ensemble des parties prenantes : la direction, les élus, les aides à domicile, l'ergonome et le médecin prévention.

Parmi les perspectives envisagées :

- réaliser un guide de bonnes pratiques destiné aux aides à domicile construit avec les agents et l'ergonome pour apporter des pistes d'amélioration au CCAS et des clés aux agents ;
- traiter une problématique identifiée comme récurrente lors d'un des groupes de parole ;
- identifier ce que les aides à domicile font et ce qui n'est pas de leur ressort, et dans ce cas proposer des alternatives dans le cadre d'un échange direction-agent-ergonome ;
- développer la communication auprès des personnes âgées et de leur famille sur les obligations et recommandations concernant les tâches et missions des agents ;
- aborder les questions concernant l'acquisition de matériel, la réalisation de travaux qui seraient à la charge des bénéficiaires et dans la mesure du possible, l'aide à la recherche de financements des travaux ;
- professionnaliser les agents et valoriser le travail et le métier d'aide à domicile notamment par des formations utiles tout au long de la carrière.

L'expérimentation du CCAS aborde également les dimensions :

- **organisationnelle** : identification des secteurs géographiques les plus impactés et répartition de l'activité en fonction des différentes étapes de la vie professionnelle des agents et de leurs profils ;
- **prospective** : réflexion sur le parcours de vie professionnelle de l'aide à domicile sur 10 ans en lien avec le service mobilité interne du Centre de gestion, réflexion sur la mise en place d'une GPEC (Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences) ;
- **collaborative** : travail avec le médecin de prévention du Centre de gestion sur l'adéquation entre les conditions d'exercice des missions et l'état de santé des agents.

### Planification de la démarche :

**Premier trimestre 2015** : présentation de la démarche aux élus, aux représentants du personnel et au médecin de prévention. Accord du médecin de prévention pour que l'expérimentation entre dans le cadre médical.

**Deuxième trimestre 2015** : sollicitation des aides

à domicile pour construire l'échantillon.

**Septembre 2015** : lancement du travail participatif.

**Mars 2016** : validation des questionnaires.

**Juin 2016 – Octobre 2016** : remplissage des questionnaires par les agents et étude de l'environnement de travail.

**Octobre 2016 – Décembre 2016** : entretien sur le ressenti, analyse des questionnaires et premières présentations des résultats aux aides à domicile et à la direction du CCAS.

**2017** : Mise en place de mesures.

### PARTENAIRES ET MOYENS MOBILISES

#### Quels moyens ?

Au CCAS : deux personnes référentes, le DRH de la ville/CCAS, le directeur du CCAS, le responsable du SAAD, l'assistant prévention.

Au centre de gestion : un ergonome, un chef de service, un médecin de prévention.

#### Quel coût ?

La collectivité adhère à la médecine préventive du Centre de gestion. L'action a été co-construite et validée avec le médecin prévention. Elle a ainsi été inscrite dans le cadre du plan de santé passé entre les collectivités et le service santé-prévention qui définit les actions prioritaires et qui a privilégié les aides à domicile dans le cadre des actions en milieu de travail.

Par conséquent, cette démarche n'a pas engendré de coût supplémentaire pour la collectivité.

### CONSEILS DU CCAS

- Impliquer la collectivité et les différentes parties prenantes (agents, direction, élus...).
- Choisir un professionnel spécialisé avec une connaissance suffisante pour faire des propositions simples et efficaces (par exemple un ergonome).
- Choisir un intervenant extérieur offre aux agents un autre regard (ne pas être dans le contrôle, ne pas être intrusif), mais il est nécessaire d'être prudent sur la phase d'évaluation en créant une relation de confiance et en mettant en place des actions pédagogiques.

- Suivre les différentes étapes avec une démarche participative.
- Proposer une vision prospective avec la mise en place d'un plan d'actions global et des solutions individuelles.

**CONTACT :**

**CCAS de Fécamp :**

**Eric BURGUIEU**

**Directeur du pôle gériatrique**

**eric.burguiEU@ville-fecamp.fr 02 35 10 60 27**

**Ville de Fécamp :**

**Raynald CORDONNIER, Co-responsable des**

**ressources humaines de Fécamp**

**raynald.cordonnier@ville-fecamp.fr**

**02 35 10 60 42**

**Centre de Gestion de Seine-Maritime**

**Christophe BERTRAND, Ingénieur-Ergonome,**

**christophe.bertrand@cdg76.fr 02 35 59 30 14**

**Leïla FOURNEAUX, Chargée de communication  
et de développement**

**leila.fourneaux@cdg76.fr 02 35 59 41 77**

# Coordination, participation des agents

**Un temps de coordination incontournable et obligatoire pour les aides à domicile**  
CCAS de Tourcoing - 94 000 habitants - Depuis 2005.

## CONTEXTE

Depuis 2005, le CCAS de Tourcoing a inclus un temps de coordination mensuel individuel obligatoire entre tous les agents à domicile et leurs responsables de secteur. Ce temps, fixé par le responsable au regard du planning d'intervention, variable d'une demi-heure à une heure en fonction de la quantité de travail de l'intervenant et de ses besoins, est considéré comme du temps de travail et donc rémunéré. Les responsables de secteur accueillent les aides à domicile dans des salles mises à leur disposition.

Ces lieux sont toujours proches de la zone d'intervention des aides à domicile, afin de permettre au responsable de ne pas être dérangé par les activités habituelles de son service (téléphone, etc.). De même, les intervenant(e)s à domicile sont plus proches de leur zone d'action. Enfin, le lieu choisi est équipé de Wifi afin de modifier instantanément les plannings d'intervention si besoin.

## LES ATOUTS DE L'ACTION

**Pour le service** : ces temps de coordination permettent d'échanger entre l'aide à domicile et son responsable de secteur sur la situation des bénéficiaires (personnes suivies, situations complexes, besoin des bénéficiaires, etc.), sur les conditions d'intervention des intervenant(e)s, de se transmettre des informations émanant des responsables hiérarchiques ou de l'intervenant, ou encore, annuellement, d'échanger au sujet des besoins en formation.

Ces temps permettent aussi au responsable de service d'évaluer les changements de situation des bénéficiaires qui pourraient nécessiter une médiation (en cas de problème) ou une demande d'aggravation du plan d'aide ou bien d'envisager des modalités d'amélioration de la qualité et de l'organisation du travail.

**Pour les agents**, ce moment favorise rencontres et échanges entre collègues. L'esprit d'équipe se trouve indéniablement renforcé par des contacts réguliers. La relation de confiance entre l'intervenant et sa responsable se consolide au fil des rendez-vous.

**Pour les bénéficiaires** : ce temps leur apporte une meilleure prise en charge. Les prestations sont mieux adaptées aux situations particulières ou complexes et les plannings des interventions révisés si nécessaire.

## LES POINTS DE VIGILANCE

L'organisation de ces temps de coordination réclame de l'anticipation afin d'intégrer des rendez-vous dans des plannings parfois chargés ou des mises à disposition de salles avec une large amplitude horaire.

Cette action est issue d'un positionnement politique du CCAS : il supporte seul le coût de ces temps non financés par l'utilisateur.

# Coordination, bien-être au travail

## Prise en charge multidimensionnelle de la qualité de vie au travail

CCAS de Villeneuve le Roy - 20 600 habitants - Depuis 2013.

### CONTEXTE

Les élus du CCAS de Villeneuve-le-Roi, commune de 20 600 habitants, ont constaté que les professionnels du secteur social exercent des missions souvent difficiles physiquement et moralement et sont quotidiennement confrontés à des situations d'inquiétude et de stress. Ils ont donc proposé un panel divers d'actions pour favoriser le bien-être au travail et prévenir les risques professionnels à leurs 53 agents. Et ce depuis 2013.

Ces actions émanent d'une véritable volonté politique d'autant plus que le coût de ces opérations est intégralement financé par le budget du CCAS.

#### Principaux objectifs des actions :

- Lutter contre l'usure professionnelle.
- Lutter contre l'absentéisme.
- Favoriser les bonnes pratiques.
- Permettre de mieux appréhender les difficultés et le stress liés à certaines missions.

### ACTIONS

#### Séances de sophrologie / luminothérapie / aromathérapie

**Par qui ?** Une sophrologue.

#### Pour qui ?

Pour l'ensemble du personnel du CCAS (agents volontaires).

#### Objectifs

Offrir aux agents confrontés quotidiennement aux difficultés que représentent le travail social, les interventions à domicile auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, un temps de relaxation et des méthodes qui leur permettent de prendre du recul et de mieux appréhender leur pratique professionnelle.

#### Description

La sophrologue propose des séances de groupe aux agents volontaires. Tous les agents bénéficient d'une salle spécialement mise à leur disposition avec des fauteuils, tapis et lampes de luminothérapie, appareils d'aromathérapie, pour se ressourcer quand cela est nécessaire.

#### Fréquence et coût

13h / mois pour un coût d'environ 17 000€ /an à

raison d'une heure par semaine sur le temps de travail des agents. La fréquence peut être adaptée en fonction d'un besoin particulier (évènement, contexte).

#### Groupes de parole

**Par qui ?** Une sophrologue.

#### Pour qui ?

Pour les agents du service d'aide à domicile mais la sophrologue peut aussi intervenir en entretien individuel avec des agents de tous les services en cas de besoin particulier.

#### Objectifs

Faire en sorte que les agents sociaux aient un espace où évoquer et échanger sur leurs pratiques et difficultés rencontrées au domicile des bénéficiaires.

#### Description

La sophrologue intervient sous forme de groupes de parole de 10 personnes d'une durée de 2 heures sur le temps de travail des agents sociaux.

#### Fréquence et coût

4h/mois pour un coût d'environ 2300 € /an.

#### Formations

**Par qui ?** Un médecin gériatre.

#### Pour qui ?

Pour les agents du service de soins infirmiers à domicile (4 aides soignantes et 3 infirmières) avec un projet d'extension sur les autres services.

#### Objectifs

Prévenir des risques encourus par les personnes âgées ; informer le personnel sur les conduites à tenir en cas de besoin ; rassurer l'équipe et répondre à des questions précises en lien avec les situations vécues lors des soins.

#### Description

Le médecin intervient à partir d'un thème prédéfini avec l'équipe.

Par exemple, les thèmes abordés en 2015 durant les 4 sessions de formation ont été : chaleur et déshydratation, approche des maladies

psychiatriques, troubles de la déglutition, lutte et prise en charge de la douleur

#### Fréquence et coût

2h / trimestre pour un coût d'environ 2 240€ /an.

#### Formations Gestes et posture

Par qui ? Une kinésithérapeute.

#### Pour qui ?

Pour le personnel du service de soins infirmiers à domicile, du service d'aide à domicile et du Foyer pour personnes âgées.

#### Objectifs

- Permettre aux agents de comprendre les facteurs de risques et les moyens de prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail ;
- aider les agents à acquérir des savoirs, "*savoir faire*" et "*savoir être*" afin de mieux contrôler le risque ;
- permettre aux agents de réaliser des manutentions de charges et des transferts dans les meilleures conditions de confort, de sécurité et d'efficacité.

#### Description

La kinésithérapeute intervient sous forme d'ateliers de sensibilisation aux gestes et postures afin d'expliquer aux agents comment soutenir physiquement une personne sans se faire mal.

La formation aborde les aspects théoriques (connaissance de l'anatomie et fonctionnement du corps humain) et pratiques (mises en situation de déplacement de personnes).

#### Fréquence et coût

En 2015, trois sessions de formations d'une journée (3h de théorie et 3 h de pratique) ont été organisées par groupe de 10 agents. Le coût est de 750€/6h soit 2250 €/année de formation.

Il est envisagé la possibilité d'une remise à niveau après 2 ou 3 ans.

#### LE BILAN DE L'ACTION

Les agents font part d'une amélioration de leur capacité à gérer le stress et à appréhender des suivis difficiles de bénéficiaires. Certains agents qui passent des concours ou examens dans le cadre de leur évolution professionnelle ont aussi pu être aidés.

#### Les absences pour maladie ont également baissé

##### Avant la mise en place des actions :

- 1128 jours en 2011

- 1548 jours en 2012

##### Après la mise en place des actions :

- 518 jours en 2014
- 791 jours en 2015

Les agents apprécient ces dispositifs et sont très investis. Les groupes de parole du service d'aide à domicile avec la sophrologue fonctionnent sur la base du volontariat et seulement un agent ne souhaite pas participer à ces séances. Concernant les séances de sophrologie, bien que certains agents restent réfractaires à l'utilisation des méthodes de sophrologie et ne réussissent pas à se mettre en situation de lâcher prise permettant une approche positive de la séance, 32 agents du CCAS, soit plus de la moitié des agents, sont venus régulièrement aux séances.

# Documentation

Retrouvez sur le site internet de l'UNCCAS, [www.unccas.org](http://www.unccas.org), les documents suivants qui viendront en appui de votre réflexion.

■ *Enquêtes et observations sociales n°9 : Les services d'aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS en 2014 : constats et enjeux d'un secteur en difficulté, décembre 2015*

<http://www.unccas.org/les-services-d-aide-a-domicile-geres-par-les-ccas-cias-en-2014-constats-et-enjeux-d-un-secteur#.Wlf7XfjSGe8>

■ *Service à domicile : le choix d'une politique sociale, octobre 2016*

<http://www.unccas.org/service-a-domicile-le-choix-d-une-politique-sociale#.Wlf71vjSGe8>

■ *SAAD - Améliorer la qualité et le respect des droits des bénéficiaires, décembre 2014*

<http://www.unccas.org/saad-ameliorer-la-qualite-et-le-respect-des-droits-des-beneficiaires#.Wlf8UvjSGe8>

■ *La conduite du changement d'un service d'aide à domicile au sein d'un CCAS/CIAS, décembre 2016*

<http://www.unccas.org/la-conduite-du-changement-d-un-service-d-aide-a-domicile-au-sein-d-un-ccas-cias-1111#.Wlf8sPjSGe8>

■ *Le reclassement pour inaptitude physique, janvier 2016*

<http://www.unccas.org/le-reclassement-pour-inaptitude-physique#.WMFjVfjSGe8>

■ *L'apprentissage : le parfait équilibre entre formation et métier : Le vademecum de l'apprentissage dans la fonction publique territoriale, novembre 2016*

[http://www.unccas.org/l-apprentissage-le-parfait-equilibre-entre-formation-et-metier#.WMFkD\\_JSGe8](http://www.unccas.org/l-apprentissage-le-parfait-equilibre-entre-formation-et-metier#.WMFkD_JSGe8)

■ Banque d'expériences sociales locales : [www.unccas.org/-banque-d-experience-](http://www.unccas.org/-banque-d-experience-)

## **La banque d'expériences sociales locales de l'UNCCAS**

Créée en 2002, la banque d'expériences sociales locales répertorie aujourd'hui plus de 700 fiches d'expériences de CCAS et CIAS à travers toute la France métropolitaine et départements d'outre-mer. Son objectif premier est de favoriser l'essaimage des expériences inspirantes des uns afin que les autres ne partent pas « de zéro ». Les initiatives présentées sont ainsi nombreuses et variées, tant sur les thématiques que les publics et territoires représentés, à l'image de la diversité des politiques sociales développées par les CCAS et CIAS.

Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale

11 rue Louise Thuliez, 75019 Paris

Tél. : 01 53 19 85 50 - Fax : 01 53 19 85 51

E-mail : [contact@unccas.org](mailto:contact@unccas.org)

[www.unccas.org](http://www.unccas.org)

Retrouvez-nous sur  unccas et suivez-nous sur  @unccas