

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2022

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Kévin GERMON

Présentée et soutenue publiquement le 31 Janvier 2022.

Facteurs prédictifs d'inaptitude chez les aides à domicile : étude quantitative et qualitative sur des aides à domiciles et auxiliaires de vies de Loire Atlantique.

Président du Jury : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT
Membres du Jury : Madame le Professeur Audrey PETIT
Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE
Directeur de thèse : Docteur Dominique TRIPODI

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gilles BERRUT, *Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du Pôle Hospitalo-universitaire de Gériatrie Clinique du CHU de Nantes.*

Pour l'honneur que vous me faites en présidant cette thèse et pour l'attention que vous avez portée à ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Dominique TRIPODI, *Directeur de thèse, Praticien Hospitalier, Chef de service de Pathologie Professionnelle Environnementale au CHU de Nantes.*

Pour avoir accepté de diriger cette thèse et de m'accompagner tout au long de ce travail. Pour ta bienveillance, tes conseils et ton soutien. Je te remercie sincèrement pour tout cela.

A Madame le Professeur Audrey PETIT, *Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Service de Pathologie Professionnelle et Santé au travail au CHU d'Angers.*

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE, *Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef de service de Pathologie Professionnelle et Santé au travail au CHU d'Angers.*

Pour l'honneur que vous me faites en ayant accepté de participer au jury de cette thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

Aux aides à domicile et auxiliaires de vie qui ont bien voulu participer à ce projet. Je les remercie vivement pour leur implication, pour leur temps et leur gentillesse. Merci d'avoir contribué à ce projet.

A Alex et Lulu pour votre investissement et votre contribution à cette thèse !

Aux Gwada ! A notre amitié. Merci d'être présent dans ma vie et pour ces bons moments vécus et à venir !

A Val, merci pour ton écoute, ton soutien dans ma vie quotidienne. T'avoir dans ma vie est une chance !

A Lina, merci d'être présente dans ma vie, pour ton écoute et ta capacité à me faire relativiser les choses !

A mes Parents, merci de m'avoir apporté autant. Merci pour votre présence, votre soutien, pour m'avoir appris de belles valeurs. J'ai de la chance de vous avoir !

A Arnaud et Sarah, je vous aime, merci d'être là et de me soutenir !

A Mathieu, Amélie, Tommy, Chacha et Sarah, merci pour vos conseils, votre soutien et votre présence.

A Didier et Valérie, merci de m'avoir accueilli dans votre famille !

Et à Agathe, merci pour ta patience, ton soutien, ton amour et ton aide dans ma vie.

Table des matières

I/ INTRODUCTION	4
1. UNE POPULATION FRANCAISE VIEILLISSANTE:	4
2. UN BESOIN DANS LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE QUI AUGMENTE:.....	5
3. DES DIFFICULTEES DE RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR:	6
4. LA PENIBILITE DU METIER D'AIDE A DOMICILE:	9
II/ PROBLÉMATIQUE DE TRAVAIL	13
1. Revue de la littérature recherchant si les TMS sont la cause principale d'inaptitude et de rupture avec le travail dans le secteur de l'aide à domicile.	17
2. Revue de la littérature recherchant les autres causes de ruptures avec le travail chez les AAD : Les Risques psycho-sociaux (RPS)	20
III/ HYPOTHESES DE TRAVAIL	23
1. Hypothèse principale : La lombalgie chronique est le principal facteur de mise en inaptitude dans le secteur de l'aide à domicile.....	23
2. Hypothèses secondaires : Les TMS des membres supérieurs et les RPS sont des facteurs de mise en inaptitude dans le secteur de l'aide à domicile.....	23
3. Hypothèses secondaires : Des entretiens individuels semi-directifs exploratoires menés dans deux sous - groupes issues du même métier d'aide à domicile, l'un composé de sujets actifs, l'autre de sujets en position d'inactivité, devrait faire ressortir les principales problématiques du métier d'aide à domicile afin d'enrichir notre compréhension sur ce sujet.	
IV/ OBJECTIFS DU TRAVAIL:.....	23
1. Objectif principal :	23
2. Objectifs secondaires:	23
V/ METHODES	24
1. Méthodes de sélection:	24
2. Méthodes d'intervention:	24
3. Méthodes d'évaluation (analyse de données)	27
4. Analyses statistiques :	30
A: Questionnaire auto administré :.....	30
Analyses univariées.....	30
Analyses bivariées.....	30
Significativité	30
B: Entretiens semi directifs :	30
5. Considérations éthiques :	30
VI/ RESULTATS	32
1. Questionnaire auto administré :.....	32
2. Entretiens exploratoires qualitatifs semi-directifs :.....	43
VII/ DISCUSSION.....	55

1. Résultats principaux :	55
2. Forces et Faiblesses de l'étude :	58
3. Comparaison avec la littérature :	59
4. Perspectives :	61
VIII/ BIBLIOGRAPHIE :	65
IX/ LISTE DES ABREVIATIONS:	74
X/ ANNEXES :	75

I/ INTRODUCTION

1. UNE POPULATION FRANCAISE VIEILLISSANTE :

En 2000, on comptait 12,1 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, ce qui représentait un cinquième de la population.

D'après les projections réalisées au début des années 2000, à partir des résultats de l'enquête Handicap Incapacité-Dépendance (HID), le nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus devrait avoir augmenté de 35% (scénario optimiste) à 80% (scénario pessimiste) à l'horizon 2040 (Bontout, Colin, Kerjose, 2002)^{1,2}. La DREES estime qu'en 2015 environ 1 459 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile étaient en perte d'autonomie. Il convient d'y ajouter 584 000 personnes vivant en établissement, soit un peu plus de 2 millions³.

En retenant uniquement une définition administrative, en 2015, 1 265 000 personnes de plus de 60 ans étaient bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et 74 000 environ de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

Le rapport LIBAULT³ (issu d'une grande concertation citoyenne nationale réalisée d'Octobre 2018 à Mars 2019 avec la remise du rapport au gouvernement français en MARS 2019) retient que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de bénéficiaires de l'APA) passerait ainsi de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050.

Avec la définition « large » de la dépendance (Dépendance mesurée et définie par les groupes isoressources (GIR) en établissement de 1 à 4, et les GIR estimés à domicile de la perte d'autonomie) les projections de l'INSEE en juillet 2019 sont plus fortes. Le nombre de seniors en perte d'autonomie passerait de 2 488 900 en 2015 à 2 958 300 en 2027 et 3 989 200 en 2050⁴. Par ailleurs, la croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie à domicile serait nettement plus forte que celle des personnes accueillies en établissement (Cf figure 1 extraite de l'étude INSEE)⁴.

L'enjeu de l'accompagnement futur de la perte d'autonomie à domicile est donc de taille.

Figure 1 - Nombre de seniors en perte d'autonomie⁴

	2015	2027	2050
Nombre de seniors en perte d'autonomie	2 488 900	2 958 300	3 989 200
À domicile	1 948 700	2 347 400	3 160 200
En établissement	540 200	610 900	828 900

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

2. UN BESOIN DANS LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE QUI AUGMENTE :

L'augmentation des besoins projetés en accompagnement est corrélative à celui de la perte d'autonomie. En 2018, on estime qu'environ 830 000 ETP (Equivalent Temps Plein) sont

employés auprès des personnes âgées en perte d'autonomie :

- 430 000 ETP en établissements (dont 380 000 en EHPAD),
- 270 000 ETP dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile,
- 130 000 ETP dans les soins à domicile³.

Même en l'absence de toute réforme, il faudrait vraisemblablement créer entre 150 000 et 200 000 ETP dans le secteur d'ici 2030 du fait de la seule démographie³.

Depuis 1980, l'objectif de diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) dans les services hospitaliers a conduit à développer des offres alternatives à la sortie des hospitalisations comme les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les aides à domicile.

Entre 1980 et 1993, 64 730 lits d'hôpital qui ont été supprimés et entre 1993 et 2009, 105 700 lits d'hôpital qui ont été supprimés.

Entre 1993 et 2009 il y a eu : 53 431 lits d'ouvert en SSIAD ce qui ne compense pas la demande⁵. Le rapport de branche de l'aide à domicile pour 2017 fait état d'un besoin de recrutement immédiat de l'ordre de 17 000 personnes³.

Depuis 10 ans, les aides à domicile avec les aides-soignants et les infirmiers figurent parmi les métiers où l'offre d'emploi est la plus importante avec 350 000 créations nettes de 2010 à 2020. Ceci à cause du vieillissement de la population française qui engendre des besoins de plus en plus importants en soins et accompagnement de la dépendance.

Également du fait de la diminution de la possibilité de prise en charge par les familles des personnes en perte d'autonomie avec une hausse du taux d'activité des femmes après 45 ans et une fragmentation croissante des structures familiales⁶.

Par ailleurs, Aldeghi & Loones (2010) ont mis en évidence les besoins futurs en aide professionnelle à la personne âgée à domicile. En s'appuyant sur les chiffres de l'INSEE qui semblaient indiquer que « d'ici 2040, le nombre d'aidants familiaux potentiels, issus de générations moins nombreuses, où les unions sont moins durables, diminuerait. Ainsi pour les hommes dépendants, le nombre d'aidants potentiels passe de 2,8 à 2,3 entre 2000 et 2040 tandis qu'il passe de 2,2 à 2,0 pour les femmes sur la même période »⁷.

Les personnes âgées plus de 85 ans vont être multipliés par 3,5 d'ici 2050. Le nombre de bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pourrait doubler, selon Dominique WATRIN (sénateur communiste du Pas-de-Calais en 2017 qui a remis un rapport au Sénat ⁸). La Cour des comptes estime par exemple qu'il faudrait trouver, pour l'aide à domicile, 7 milliards d'Euros d'ici 2060 pour financer uniquement la hausse des effectifs dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), afin de passer de 0,56 ETP par résident à 0,65 ETP par résident.

Hors la loi Vieillesse ne propose que 730 millions d'euros financés par les retraités imposables⁸.

3. DES DIFFICULTÉS DE RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR:

Face à ces besoins, une difficulté de taille apparaît : celle du recrutement. Celles-ci sont perçues comme s'étant aggravées ces dernières années.

77% des employeurs dans l'aide à domicile éprouvent des difficultés de recrutement³.

Une des hypothèses explicatives de ces difficultés est que les profils de demandeurs d'emploi ne correspondent pas à la fiche de poste attendu par l'employeur. Fiche de poste qui est faite pour éviter d'intégrer une personne non suffisamment préparée à ce nouvel emploi pour anticiper les

difficultés d'accompagnement et de souffrance au travail. Une autre hypothèse est la pénibilité du secteur. En effet, l'absentéisme y est supérieur à la moyenne des salariés des autres secteurs, révélant peut être une pénibilité tant sur le plan physique que moral ou psychologique⁷.

Quoiqu'il en soit le constat est que le secteur de l'aide à domicile est de moins en moins attractif. Entre 2012 et 2017, il y a eu une diminution de 25% du nombre total de candidatures au concours d'entrée des instituts de formation des aides-soignants (IFAS)³.

Depuis le début des années 2000 on observe l'évolution suivante du nombre d'emploi : Après le plan BORLOO de 2005, le taux de croissance annuel moyen de l'activité et de l'emploi du secteur des services à la personne a doublé. Ce taux est passé de 4% par an entre 2000 et 2004 à 8% par an entre 2005 et 2008. Cette hausse est venue surtout de l'activité des organismes prestataires (associatif ou entreprises à but lucratif). L'activité et l'emploi des services à la personne a augmenté de 2,5% entre 2008 et 2009 et de 0,5% entre 2009 et 2010. Puis entre 2009 et 2015, elle a enregistré une baisse de 1,3% en moyenne⁹.

Alors que l'âge moyen des salariés de la branche d'aide à domicile actuellement en CDI est de 43,6 ans. 60% ont plus de 45 ans et 27% ont plus de 55 ans⁵, on observe une tendance au vieillissement de la population des aidantes à domicile. Elle peut être imputée au manque d'attractivité et à un biais de sélection. Les jeunes ne restent pas longtemps afin de trouver de meilleures conditions de travail dans d'autres secteurs. Les plus âgées ont acquis une expérience et ont plus de difficultés pour trouver une autre activité sur le marché du travail donc elles gardent leur emploi et deviennent proportionnellement plus nombreuses. Dès lors le renouvellement des professionnels du secteur par les plus jeunes n'est pas forcément assuré dans les prochaines années².

Cette diminution d'attractivité semble aussi due à un manque de reconnaissance du secteur de l'aide à domicile comme le souligne Florence GALLOIS⁵.

Un secteur divisé entre catégories et statuts professionnels différents derrière l'appellation d'aide à domicile :

Le secteur de l'aide à domicile est caractérisé par sa complexité tenant à la fois au plan des catégories socio-professionnelles intervenant et au statut employé/salarié, employeur unique/employeurs multiples

Les catégories professionnelles

L'aide à domicile regroupe en fait 3 catégories de métier d'intervention à domicile. Ces catégories ont été créées par la convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, dont le dernier texte date du 21 mai 2010¹¹.

Elle regroupe les métiers de :

catégorie A : Agent à domicile et Agent polyvalent

catégorie B : Employé à domicile

catégorie C : Auxiliaire de vie sociale et Aide soignant.

Dans les textes, l'Agent à domicile réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci.

L'Agent polyvalent réalise diverses activités liées à l'entretien et l'amélioration du cadre de vie essentiellement auprès de personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci.

L'Employé à domicile réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives essentiellement auprès de personnes ne pouvant plus faire en totale autonomie et/ou rencontrant des difficultés passagères. Il ou elle assiste et soulage les personnes qui ne peuvent faire seules les actes ordinaires de la vie courante.

L'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne. Il ou elle aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante.

L'Aide-soignant contribue à la prise en charge d'une personne, participe à des soins répondant aux besoins d'entretien et de continuité de la vie des personnes en visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de leur autonomie.

Des aides à domicile exerçant sous un statut variable:

On trouve des employés (travaillant sous un statut public) du département, de la commune, des CDI (statut privés) embauchés par des associations ou des statuts non salariés (chèque emploi service, CESU au service des particuliers).

En moyenne, les salariés des services à la personne ont 2,5 employeurs du secteur (contre 1,5 employeur pour l'ensemble des salariés des autres secteurs).

Les aides à domicile salariées employées par un particulier ont plus d'employeurs (2,9 particuliers en moyenne) que ceux employées seulement par un organisme prestataire ou mandataire (1,1 organisme en moyenne).

Ainsi les aides à domicile salariées peuvent être employées à la fois par un organisme privé/public et par des particuliers également. Ces aides à domicile ont 4,5 employeurs du secteur. Ces moyennes sont stables depuis 2009⁹.

La pluralité des conventions collectives est une caractéristique de la branche de l'aide à domicile qui concourt à une concurrence par les prix et un affaiblissement de la représentation du personnel.

La mise en concurrence entre les types d'employeurs de services à domicile à partir de 2005 avec le plan de développement des services à la personne a eu de fortes répercussions en termes de conditions de travail et d'emploi¹⁰).

4. LA PENIBILITE DU METIER D'AIDE A DOMICILE:

Il y a eu une diminution de la croissance de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile depuis 2009-2010 due à une mauvaise qualité d'emploi, à des rémunérations faibles et à une pénibilité de travail¹².

Le secteur de l'aide à domicile voudrait une professionnalisation de l'activité pour au moins avoir une reconnaissance de cette pénibilité. Cette professionnalisation du secteur passe par l'augmentation du niveau de qualification via le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

(DEAVS).

Créé en 2002, ce diplôme d'une durée de 500 h de formation théorique et 560 h de stage lissées sur 9 à 36 mois forme au métier d'Auxiliaire de Vie Sociale pour intervenir au domicile des personnes qui ne peuvent assumer seules les tâches de la vie quotidienne (personnes âgées, familles, personnes handicapées, malades)^{13, 14}.

La professionnalisation passe également par l'augmentation de la complexité des tâches à effectuer et par un temps de travail plus long que la moyenne actuelle afin d'éviter la multi-activité préjudiciable à la stabilisation de l'emploi.

L'un des principaux facteurs de pénibilité est le temps de trajet entre les interventions à domicile. Ces temps de trajet sont rarement rémunérés. Ils occasionnent un risque d'accident de trajet important avec 92 741 cas en 2017, dont plus de la moitié sont liés à la circulation routière¹⁵. La durée moyenne d'une intervention reste inférieure à 1h40. Les temps de déplacement entre deux interventions sont rarement déclarés, ce que prévoit pourtant la convention collective de la branche de l'aide à domicile mais rarement celle du particulier employeur. En moyenne, ces temps de trajet sont pris en compte par seulement 27% des employeurs (tout type confondu)¹².

Les horaires atypiques du métier avec l'aide à la toilette le matin et l'aide au coucher le soir fragmente les journées. Ces amplitudes horaires importantes sont la cause de difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

C'est un « éclatement de l'espace et du temps de travail »^{7, 12}.

10% des professionnels du secteur avouent avoir des difficultés importantes pour concilier vie professionnelle et personnelle.

Dans l'étude de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en 2008 sur les conditions de travail des aides à domicile, un tiers des aides à domicile déclarent ainsi avoir des horaires variables d'une semaine sur l'autre et 38% des journées de référence sont fragmentées et autant déclarent souhaiter travailler plus.

Réaliser un temps plein semble être un facteur de vulnérabilité car nécessite des journées d'amplitudes très élevées, notamment du fait des temps de déplacement pas toujours payés.

Cette étude considère que 26 heures d'intervention correspondent à l'équivalent de 35 heures de travail hebdomadaire.

Un rythme de travail supérieur à 5 heures d'intervention (hors temps de trajet) par jour travaillé peut être qualifié d'intense et un rythme supérieur à 7 heures de très intense^{7, 16}.

Il existe trois grandes familles de contraintes :

- celles relatives au travail effectué et à la charge globale qu'elle soit physique ou mentale
- celles relatives à l'environnement de travail
- celles relatives à la difficulté psychologique d'accompagnement des personnes fragiles, parfois en fin de vie

D'après une enquête menée en 2011 par François-Xavier Devetter, Djamel Messaoudi, chercheurs au CLERSE (Centre Lillois d'Etudes et de Recherches Sociologiques et Economique), de la faculté des sciences économiques, Université Lille 1 et de Nicolas Farvaque, docteur en économie et responsable de la recherche à l'ORSEU (Office européen de recherche en relations sociales)¹² seule l'augmentation du nombre d'intervention par jour est corrélée à une augmentation de la pénibilité ressentie.

L'augmentation de la durée de travail n'est pas corrélée à la pénibilité.

La pénibilité est surtout due aux temps de trajet qui fragmente la journée, augmente l'emprise du travail sur cette journée sans pour autant être rémunérée.

La démarche de professionnalisation dans l'aide à domicile apparaît paradoxale selon ces chercheurs ¹² puisqu'en voulant augmenter la compétence via le DEAVS et le temps de travail sans pour autant augmenter le nombre d'intervention, cela occasionne chez les aides à domicile de nombreuses contraintes qui ne sont pas compensées par une augmentation de rémunération ou par des perspectives de carrière¹².

La professionnalisation passe certes par la formation mais également par l'augmentation de la durée de travail (trajet inclus), l'augmentation des revenus (lié à la reconnaissance des compétences et de la pénibilité) et des perspectives d'emploi¹⁷.

Ceci n'est pas réalisé actuellement, ce que confirme l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en Juillet 2009:

« Le paradoxe qui régit le secteur de l'aide à domicile reste dès lors entier : on souhaite des personnels sélectionnés, bien encadrés qualifiés, rémunérés au plus proche du salaire minimum, mais faisant montre de grandes qualités humaines »¹⁸.

En 2017, selon le rapport de branche de l'aide à domicile, 89% des salariés du secteur étaient à temps partiel³.

Selon Loïc TRABUT (Sociologue, chargé de recherche à l'Institut National d'Études Démographiques, associé au Centre d'Études de l'Emploi), la norme d'emploi dans l'aide à domicile est basée sur la flexibilité et l'hétéronomie.

Les recruteurs du secteur cherchent une flexibilité en termes de temps, de tâches et de public aidé. Cette flexibilité prévaut sur le diplôme¹⁷.

Le rapport de la DRESS¹⁶ sur les conditions de travail des aides à domicile en 2008 soulignait les quatre grandes contraintes de leur travail :

- l'insalubrité des lieux.
- l'exiguïté des lieux.
- l'intervention chez une personne en fin de vie.
- les efforts physiques.

Le rythme de travail dû au mode de financement de l'aide à domicile, financement des interventions à l'heure, la demi-heure ou parfois au quart d'heure, impacte fortement le fonctionnement des structures et la pratique des salariés. La productivité attendue de l'intervenant peut devenir un facteur de stress. Il y a une réelle pression temporelle dans ce secteur¹⁹.

Les plages horaires atypiques (tôt le matin, le midi et tard le soir) et travailler le week-end samedi et dimanche sont une autres contraintes à gérer, expliquant la difficulté à mêler vie professionnelle et vie personnelle pour 10% des aides à domicile^{12,9}.

En 2015, selon la DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) le travail régulier le samedi concerne presque un salarié des services à la personne sur quatre, et le dimanche un salarié sur huit¹².

La multiplication des employeurs ne stabilise pas l'emploi.

Les aides à domicile sont parfois amenées à effectuer des activités en parallèle des activités qui relèvent du champ du service à la personne. Ils sont donc « multi-actifs ».

En 2014, 28% des salariés de SAP (service à la personne) travaillaient aussi en dehors du ce secteur au cours d'une même semaine.

Ce sont plus souvent les AAD (aides à domicile) employées par des particuliers (32%) qui sont

multi-actifs que les AAD employées par un organisme mandataire ou prestataire (16%).

Les emplois hors SAD sont majoritairement des emplois de nettoyeurs et minoritairement des emplois d'ouvrier qualifié des travaux publics, d'agent de service ou encore d'animateur socioculturel et de loisirs⁹.

L'écart entre les compétences (le niveau de qualification), les responsabilités attribuées et les demandes des bénéficiaires et de la famille, parfois hors du champ de compétence des aides à domicile, peut créer une pression émotionnelle et psychologique dû à l'impossibilité de répondre à ces demandes qui peut être difficile à vivre et être parfois source de rupture avec le travail¹⁶.

Les contraintes physiques sont au premier plan dans ce secteur avec un indice de fréquence d'accident de travail de 42% contre 36% dans l'ensemble des secteurs.

Dans les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile), les manipulations manuelles et les accidents plain-pied sont les deux principaux motifs des arrêts de travail pour accident, selon le fichier FINESS de la CNAMTS¹⁹.

Quelques exemples de contraintes physiques décrites par le Professeur Christelle AVRIL dans son ouvrage : « Le travail des aides à domicile pour personnes âgées: contraintes et savoir-faire »²⁰ nous permettent de mieux considérer cette pénibilité en ce qui concerne le port de charge lourdes : *«Il leur faut porter les courses, en particulier les packs d'eau, transporter l'aspirateur d'une pièce à l'autre voire d'un étage à l'autre, transporter le linge pour l'étendre, sortir les poubelles, pousser le lit ou une commode pour balayer derrière. Les charges lourdes à soulever ne concernent pas seulement le travail ménager puisqu'un « travail sur matériau humain » (14), travail physique effectué sur les personnes, leur incombe également. Elles portent les personnes âgées pour les aider à sortir de leur baignoire, à se lever d'un fauteuil ou encore à marcher »*

Les postures pénibles font également partie des contraintes physiques de cette activité.

Se pencher pour nettoyer, mettre les bas de contention sont quelques exemples.

Se pencher pour nettoyer la vaisselle car les éviers des logements vétustes conçus au moment où la taille moyenne des hommes et des femmes était nettement moins élevée, sont trop bas²⁰.

Les lombalgies arrivent souvent à cause de l'environnement de travail, en mobilisant le patient, à cause de tâches répétitives ou à cause du stress²¹.

L'enquête du CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprises, 1999) a montré que 43 % des aides à domicile déclaraient tenir longtemps des postures pénibles et 93 % étaient debout plus de 4 heures par jour.

23 % déclaraient soulever des charges de plus de 15kg (en dehors de la personne âgée).

93 % faisaient de 1 à 10 lits par jour.

46 % trouvaient les « manutentions » de personnes « pénibles » à « très pénibles » et déploraient la vétusté des locaux et le matériel inexistant ou pas adapté²².

Au Portugal, en 2014, une étude transversale avec auto questionnaire rempli par 86 aides à domicile montrait qu'il y a une forte prévalence de douleurs du haut du corps et une relation significative entre ces TMS et les postures pénibles comme lever les bras au dessus des épaules ou soulever un patient qui pèse 90kgs²³.

La part du travail qui se déroule en intérieur n'est pas non plus exempte de conditions difficiles.

Les températures dans les logements, très chaud en hiver car surchauffés de peur d'attraper froid et très chaud en été.

Les odeurs notamment d'urine, dans des espaces confinés, font la pénibilité quotidienne de ces aides à domicile²⁰.

Contraintes relationnelles liées au contact prolongé avec la personne âgée isolée (de 1h à 3h en moyenne 1h40) :

- Demande de contact forte car souvent l'aide à domicile est l'unique visiteuse de la semaine, contact vécu parfois comme pesant, envahissant.
- Écouter les plaintes et angoisses des personnes âgées sur leur état de santé, sur la peur de la maladie, de la mort.
- Parler plus fort, moins vite, réexpliquer plusieurs fois les choses car la surdité est très présente chez les personnes âgées aidée²⁰.

Un rapport de l'UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux et Intercommunaux d'Action Sociale) de décembre 2015 mentionnait un taux d'absentéisme (nombre d'heures d'absence hors congés légaux et congés maternité rapporté au nombre d'heures payées ; l'absentéisme comprenant les arrêts maladie qui sont courants dans le secteur de l'aide à domicile) estimé par les gestionnaires des CCAS en moyenne à près de 11%.

Plus le service réalise d'heures d'aide à domicile et plus le taux d'absentéisme est important²⁴.

II/ PROBLÉMATIQUE DE TRAVAIL

Cet état des lieux nous amène à nous poser plusieurs questions sur le sujet de la prise en charge de la Dépendance dans notre pays.

Ce manque d'attractivité du secteur de l'aide à domicile met en péril la possibilité de vieillir à domicile dans de bonnes conditions et va à l'encontre du souhait émis par les français de vieillir à domicile comme le rapport LIBAULT 2019 le réaffirme (p 21)³.

Les difficultés de recrutement dans ce secteur, qui touche aussi bien les EHPAD (Etablissements d'hébergement des Personnes Agées Dépendantes) que les services d'aide à domicile privés ou publique, nous invitent à réfléchir sur les causes et à trouver des solutions pour pérenniser l'emploi dans ce secteur d'activité.

Ces difficultés de ressources humaines ne portent pas seulement sur le recrutement, mais aussi sur la rétention des professionnels dans l'activité. A ce titre, les risques professionnels, dont les TMS nécessitent d'être observés.

La problématique de la charge physique est étroitement corrélée à l'apparition de TMS (Troubles Musculo-squelettiques) dans le secteur industriel mais aussi dans le secteur de soins et notamment les EHPADs.

Selon l'INRS²⁵, les Troubles Musculo-squelettiques (TMS) sont des troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation. Les TMS affectent principalement les muscles, les tendons et les nerfs, c'est-à-dire les tissus mous.

Les études qui se sont intéressées à la prévalence des TMS au sein du secteur industriel sont nombreuses.

Que ce soit par exemple dans le secteur pétrolier^{26, 27, 28, 29, 30}, dans le secteur agro-alimentaire^{31, 32, 30} ou encore dans le secteur textile^{33, 34}, et dans la construction^{35, 36} la prévalence des TMS au sein du secteur industriel est un sujet déjà bien évalué puisqu'elle est source d'une réelle problématique de performance et de coût pour les entreprises.

Le secteur du soin n'est pas épargné non plus par les TMS. De nombreuses études se sont intéressées à la santé physique des professionnels de la santé^{37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45}.

Au sein du secteur du soin, la prévalence des TMS a été évaluée dans les EHPAD^{46, 47, 48, 49, 50}. Les

TMS augmentent le turnover des équipes à cause des inaptitudes et congés maladies qu'ils induisent. L'organisation du travail s'en trouve affaibli et le ressenti des équipes d'infirmières et aides-soignantes est moins bon.

Nous n'avons pas retrouvé d'article dans la littérature concernant la prévalence des TMS et leur impact dans le métier d'aide à domicile.

Dans un premier temps, nous avons souhaité redéfinir les tâches inhérentes au métier d'aide à domicile : qu'est-ce que le métier d'aide à domicile ? Quelle est l'activité prescrite ? Quelle est l'activité réelle ?

L'aide à domicile regroupe en fait 3 catégories de métier d'intervention à domicile. Ces catégories ont été créées par la convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, dont le dernier texte date du 21 mai 2010¹¹. Elle regroupe les métiers de catégorie A: Agent à domicile et Agent polyvalent, les métiers de catégorie B: Employé à domicile, et les métiers de catégorie C: Auxiliaire de vie sociale et Aide soignant.

Dans les textes, L'Agent à domicile réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci.

L'Agent polyvalent réalise diverses activités liées à l'entretien et l'amélioration du cadre de vie essentiellement auprès de personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci.

L'Employé à domicile réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives essentiellement auprès de personnes ne pouvant plus faire en totale autonomie et/ ou rencontrant des difficultés passagères. Il ou elle assiste et soulage les personnes qui ne peuvent faire seules les actes ordinaires de la vie courante.

L'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne. Il ou elle aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante.

L'Aide-soignant contribue à la prise en charge d'une personne, participe à des soins répondant aux besoins d'entretien et de continuité de la vie des personnes en visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de leur autonomie.

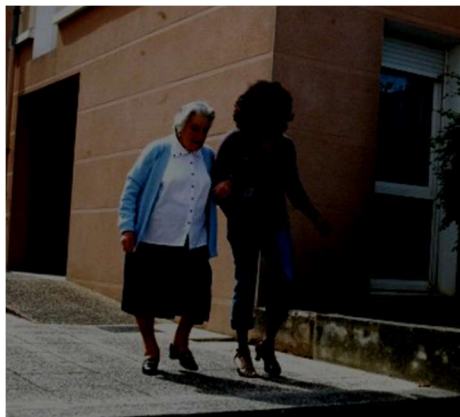
L'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) évoque le statut de travailleuse sociale pour définir le métier des aides à domicile et utilise le statut d'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) pour parler du métier d'aide à domicile²².

Les principales fonctions d'AVS d'après l'accord de branche du 29 mars 2002 sont d'accompagner et d'aider les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...), dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aide aux repas, travaux ménagers) et dans les activités de la vie sociale et relationnelle (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs...).

L'AVS participe au diagnostic et à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence. Elle coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs.

Dans les faits, les aides à domicile réalisent un travail social.

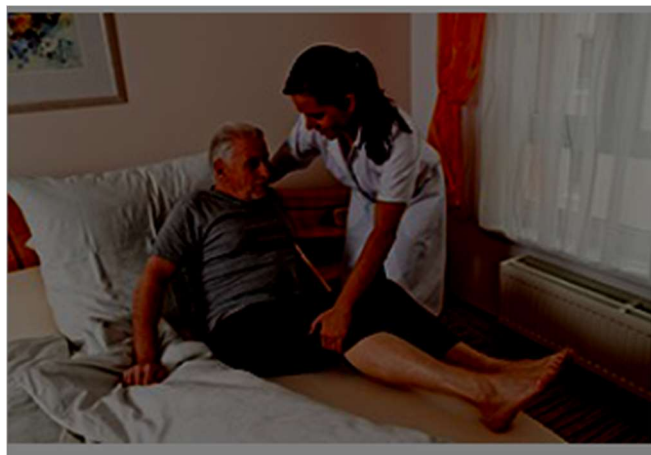
L'aide à domicile aide à la mobilité : au lever, au coucher, aide à la personne aidée à monter ou descendre les escaliers du domicile, à se balader hors du domicile et l'aide à prendre les transports (entrer et sortir d'une voiture, transport en commun...).



(Ville de Périgueux [Image] CCAS, Aide à la personne et aide ménagère. [cité le 05 juin 2020] Disponible sur :

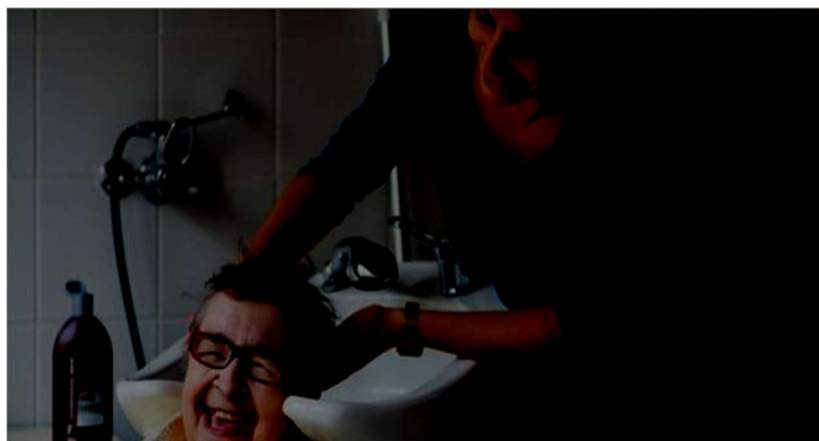
<https://www.perigueux-ccas.fr/ccas-aide-a-domicile/ccas-aide-a-la-personne-aide-menagere>)

(Anjou Soins Services Accompagnement, [Image].Lever/Coucher actes essentiels [cité le 05 juin 2020].Disponible sur :<https://www.anjousoinsservices.fr/wp-content/uploads/2013/03/lever1.jpg>)

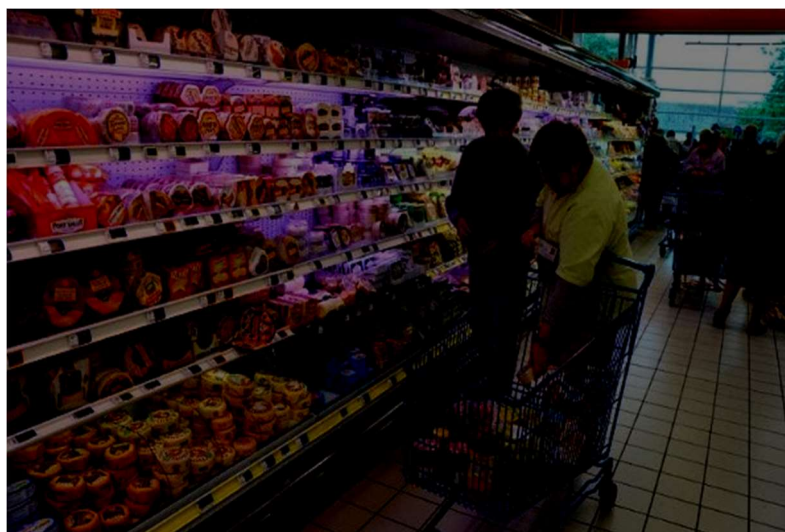


L'aide à la toilette, indispensable à la dignité des personnes, demande du temps, un savoir-faire et un savoir-être puisque cela touche à l'intimité de la personne. L'entourage familial peut difficilement remplacer l'aide à domicile dans cette tâche étant donné l'intrusion dans l'intimité de la personne, suivant la culture familiale, ce rôle peut être difficilement tenu par un membre proche de la famille

(Croix Rouge Française,[Image] Aide et accompagnement à domicile : être là pour vous au quotidien. [cité le 05 juin 2020] Disponible sur: <https://pouvous.croix-rouge.fr/articles/aide-et-accompagnement-domicile-etre-la-pour-vous-au-quotidien>)

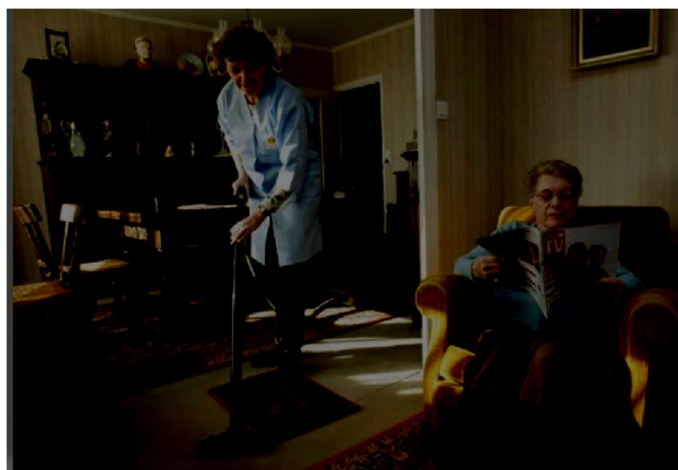


La réalisation des courses avec ou sans la personne aidée, la préparation des repas et l'aide à la prise du repas sont essentielles.



(Communauté de Commune : bassin de Marennes. [Image]. L'aide à domicile. [Cité le 05 juin 2020] . Disponible sur : <https://www.bassin-de-marennes.com/vivre-au-quotidien/solidarite/laide-a-domicile>)

L'activité de ménage, qui sécurise et assaini l'environnement de la personne aidée est fondamentale pour offrir un meilleur cadre de vie à la personne dépendante qui ne peut pas le faire elle-même.



(Nathanaël Mergui/FNMF. [Image]. Prendre soin des aides à domicile. [cité le 05 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.sante-et-travail.fr/prendre-soin-aides-a-domicile>)

L'aide à domicile stimule les relations sociales de la personne aidée. Elle accompagne dans les activités de loisirs et possède ce rôle indispensable qui vise à briser l'isolement.

Les aides à domicile travaillent avec des « consignes » différentes, parfois contradictoires. Ces consignes émanent de l'entreprise ou de l'association qui tient lui-même ses prescriptions de divers horizons : son conseil d'administration, la convention collective, ses financeurs, la démarche qualité.

Ces consignes proviennent également de la personne aidée ou de sa famille. Dans la réalité concrète et quotidienne, l'aide à domicile gère au mieux en fonction de ces consignes parfois contradictoires. Elle négocie les consignes qu'elle a en fonction du moment, de la personne aidée, de la famille. Elle s'ajuste en fonction des marges de manœuvre qu'elle a au domicile de la personne.

Les aides à domicile écoutent. Les personnes aidées souvent âgées, souffrent pour beaucoup de solitude et l'aide à domicile est souvent la seule personne vue dans la journée. D'où ce besoin de parler, d'échanger qu'il faut gérer en plus du travail cité ci-dessus.

Elles doivent également être attentives à une baisse de moral, à une fatigue, à un comportement de repli de la part de la personne qu'elles aident. Ce n'est donc pas uniquement un travail matériel mais également fortement relationnel.

Les aides à domicile soutiennent les personnes aidées. En effet, les interactions entre les aides à domicile et les personnes âgées aidées ont la particularité d'être longues. Les salariées restent en effet entre une heure et trois heures chez la même personne âgée. Lors de ces passages, la demande de contacts peut être forte et même envahissante²⁰.

Nous nous sommes ensuite posé deux questions sur le sujet :

Les TMS (Troubles Musculo-squelettiques) sont- ils la source principale d'inaptitude et de rupture avec le travail ?

Quels sont les autres facteurs de rupture avec le travail ?

Pour y répondre, nous avons cherché dans la littérature nationale et internationale si les TMS sont la cause principale d'inaptitude et de rupture avec le travail dans le secteur de l'aide à domicile et nous avons également recherché les autres causes de rupture avec le travail dans ce domaine d'activité.

1. Revue de la littérature recherchant si les TMS sont la cause principale d'inaptitude et de rupture avec le travail dans le secteur de l'aide à domicile.

En France, 93,3 % des maladies professionnelles dans le secteur des soins et services à domicile sont dues au TMS (Troubles musculo-squelettiques) selon les chiffres de la branche^{19, 51} 95% selon la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) en 2014 (contre 79,3% tous secteurs d'activités confondus), recouvrant des pathologies (tendinopathie, tendinite, syndrome du canal carpien...) des membres supérieurs et inférieurs⁵².

70% des maladies professionnelles se déclarent après au moins 5 ans d'exposition dans les secteurs du service d'aide à domicile contre 62% dans les autres secteurs⁵¹.

L'évolution du nombre de maladies professionnelles dans le secteur des services à la personne était à la hausse, supérieure de plus de trois points à la moyenne nationale (6,1 % contre 2,7 %) entre 2009 et 2010. Sur la même période, le nombre d'invalidités permanentes a progressé de 13,6 %¹⁹.

Un accident sur quatre est lié à des douleurs, efforts, lumbago du tronc.

La DREES en 2008 a mené une enquête sur la santé des aides à domicile qui indiquait que 81% ressentait des douleurs des dos, 57% au niveau des membres supérieurs et 39% au niveau des membres inférieurs.

Dans cette étude, un tiers des salariés déclaraient avoir connu au moins un arrêt de travail au cours des douze derniers mois ce qui témoigne de l'impact des TMS sur le maintien ou non dans l'emploi chez ces salariés de l'aide à domicile¹⁶.

Certaines douleurs des membres supérieurs sont dues au fait de travailler le bras levé longtemps¹⁹.

Selon l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité), en 2010, la 5^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound) a montré que **la lombalgie** est un problème majeur de santé lié au travail.

47 % des travailleurs européens disent avoir souffert du dos au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

Dans la plupart des cas la lombalgie est sans conséquence importante mais elle peut devenir chronique.

En France, la lombalgie chronique représente la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans⁵³.

L'étude de l'Assurance Maladie sur la lombalgie et le travail, réalisé en 2017, mentionnait que la lombalgie, qu'elle qu'en soit la cause, constituait le 2^{ème} motif de recours au médecin traitant et qu'il donne lieu à un arrêt de travail 1 fois sur 5.

Dans cette même étude, la part des lombalgies au sein des accidents de travail a augmenté sur une décennie, passant de 13% à 19% des AT (accidents du travail) entre 2005 et 2015.

Enfin, certains secteurs présentent un sur-risque en matière de lombalgie, principalement les services d'aide à la personne et certaines activités logistiques⁵⁴.

Esther Cloutier (et al) (Institut de Recherche ROBERT SAUVE en santé et en sécurité du travail, 1998) ont mis en évidence que dans plus de 40 % du temps les postures prises étaient « à risque » : flexion du dos à plus de 45°, flexion du dos combinées à des torsions et des inclinaisons latérales, positions accroupies ou à genoux⁵⁵.

80% des journées perdues se concentrent sur 3 motifs d'arrêts : TMS (affection péri-articulaires), accidents de plain-pied et manutentions manuelles (port de charges, transfert de patient)^{56, 51}.

Dans un rapport de la DARES (Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques) émis en Août 2018, qui comparait l'état de santé du personnel des services à la personne (SAP) à l'état de santé de l'ensemble des salariés des autres secteurs sur des données de 2015, 28,6% des salariés des SAP déclaraient avoir des problèmes de santé durables contre 19,9% pour les salariés des autres secteurs, avec comme on vient de le voir ci-dessus, une part non négligeable de TMS⁹.

En 2010, la région Bretagne s'est intéressée, dans le cadre de la préparation du Plan régional Santé Travail, à la santé de ses travailleurs et notamment au secteur du service à la personne.

Ce travail, dirigé par Philippe CLAPIER montrait que 91,3% des salariés du secteur des services personnels et domestiques sont exposés à des contraintes posturales et articulaires contre 71,8% pour les salariés de l'ensemble des secteurs.

Les affections péri articulaires représentaient à elles seules 89 % de l'ensemble des maladies professionnelles indemnisées contre 83% pour les autres secteurs.

Les accidents du travail avec arrêt se concentrent autour des manutentions manuelles (46,3%) et

des chutes de plain-pied (26,3%). Ces chiffres restaient nettement supérieurs à ceux des autres secteurs d'activités (respectivement 36,7% et 23,2%)⁵⁷.

Plus récemment, en 2016, l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) révélait dans un rapport que l'indice de fréquence des arrêts de travail (nombre d'accidents avec arrêt pour 1000 salariés) dans l'aide à domicile était de 85,9.

Parmi les causes d'accidents du travail: les manutentions manuelles représentaient 55%, les accidents de plain-pied 16% et les chutes de hauteur 17%⁵⁸.

Le rapport cité ci-dessus de 2015 sur les agences d'aides à domicile gérés par les CCAS montrait que la pénibilité du travail entraîne dans 30% des structures des retraites anticipées, voir des licenciements, pour inaptitude physique.

Les reclassements pour inaptitude physique sont aussi courants (survenant également dans 30% des services).

Le plus souvent, les intervenantes sont reclassées en tant qu'agents d'accueil (60% des cas) ou administratifs (48% des cas), voire en tant qu'agents de mobilité ou de planification (9%)⁵⁹.

Dans le monde, quelques études ont cherché une relation entre les TMS et le turnover (l'intention ou le fait de quitter son emploi) des aides à domiciles du secteur de l'aide et de l'accompagnement à la personne (SAAD).

Aux Etats-Unis, en 2007 a été faite une étude nationale sur l'état de santé des aides à domicile⁶⁰. De nombreuses études ont été faites sur cette base de données.

En 2012, l'institut national pour la sécurité et la santé au travail (NIOSH) a démontré que les aides à domicile qui ont souffert ou souffrent d'affections péri-articulaires avait une faible satisfaction au travail, une mauvaise perception de l'encadrement et ont un turn-over important⁶¹.

En 2016, la société de Gériatologie Américaine a réalisé une analyse de cette base de données de 2007 pour relever les variables les plus associées à l'intention de quitter le métier d'aide à domicile. Ces analyses ont montré que les aides à domiciles qui ont souffert de TMS dans l'année qui a précédé ont plus de risque de quitter ce métier que celles qui n'en souffrent pas, Odds Ratio (OR) à 2,41⁶².

En 2014 également, une étude faite sur la base de données de 2004 sur l'état de santé des aides à domicile confirmait l'hypothèse que le fait de souffrir de TMS augmentait le turnover, l'intention de partir chez les aides à domicile⁶³. Cette étude était corrélée à l'étude des canadiens en 2005 qui s'intéressait aux différents facteurs influençant le maintien dans l'emploi des aides à domicile⁶⁴.

Selon l'étude de McCaughey et al réalisée en 2012, la formation aux gestes et postures diminue le nombre de TMS⁶⁵, ce qui pourrait contribuer à la diminution du turnover au sein des équipes.

Au Texas, sur un échantillon de 150 aides à domicile en 2014, 37% rapportaient l'intention de quitter le travail.

L'intention de partir était significativement plus forte chez les aides à domicile qui présentaient au moins une affection péri-articulaire que chez celles qui n'en présentaient pas avec un OR de 3,23 [1.24, 8.45]⁶⁶.

En suède, en 2004, une étude descriptive par questionnaires auto-administrés confirmait le fait qu'il y a un sur-risque d'être en arrêt maladie toutes causes confondues si l'aide à domicile a été en arrêt maladie pour TMS dans l'année précédente⁶⁷.

Il y a donc un impact majeur de faire de la prévention secondaire chez les aides à domicile qui ont

déjà souffert de TMS dans l'année écoulée.

En 1995, l'incidence annuelle des TMS chez les aides à domicile était de 19,2 pour 1000, celle de l'ensemble des autres salariées suédoises de 15,1 pour 1000.

Le nombre d'arrêt de travail pour TMS chez les aides à domicile suédoises représentait 8,2% du total des arrêts de travail des salariées suédoises alors qu'elles ne représentaient que 5% de cette population⁶⁸.

Cette surreprésentation de TMS chez les aides à domicile est ancienne.

Toujours en Suède, en 1998, une étude transversale s'est intéressée aux motifs des arrêts de travail de longue durée parmi les aides à domicile, les nourrices, les enseignantes en écoles d'infirmières et les professeurs des 4 cantons du Nord de la Suède.

Cette étude a révélé que les TMS représentaient 58% des arrêts de travail de longue durée chez les aides à domicile (pourcentage élevé par rapport aux autres professions) et que la prévalence augmentait linéairement avec l'âge⁶⁹.

Dans le monde, la lombalgie est la première cause d'invalidité⁷⁰.

2. Revue de la littérature recherchant les autres causes de ruptures avec le travail chez les AAD : Les Risques psycho-sociaux (RPS)

Selon l'INRS, les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...).

Ce sont des risques qui peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail⁷¹.

Les conditions de travail exposent à des risques professionnels, point de départ dans la littérature sur les risques psycho-sociaux. Il est admis que des contraintes générées par une organisation qui limite les marges de manœuvre de ses salariés, génèrent du stress et ont des conséquences néfastes sur le comportement du salarié et sur sa santé⁵¹.

Si l'on s'intéresse à l'aspect relationnel, dans le secteur de l'aide à domicile prestataire, seuls 54% des aides à domicile affichent entretenir des relations conviviales avec les bénéficiaires, contre 71% en emploi direct et 59% en mandataire, conséquence peut être de la rotation fréquente des équipes qui ne permet pas de s'attacher aux bénéficiaires.

Cet attachement et cette convivialité pour moitié absente peut constituer un facteur de souffrance car la vocation de l'action sociale est bien dans la création de la relation à l'autre pour aider.

La qualité de la relation au bénéficiaire est quelque chose de valorisant pour les travailleuses du secteur de l'aide à la personne⁷.

En 2012, Bernard ENNUYER (ancien directeur d'un service associatif d'aide à domicile,

sociologue, enseignant-chercheur à l'université Paris-Descartes) dans une analyse de l'effet du plan BORLOO de 2005 sur le secteur de l'aide à domicile, mentionnait que chez ces employées beaucoup de risques psycho-sociaux étaient réunis comme: une faible rémunération, une image du métier peu valorisée, un temps de travail émiété, une charge affective très importante et la confrontation avec les maladies chroniques lourdes et la fin de vie¹⁸.

Ces mêmes risques psycho-sociaux sont retrouvés dans le travail de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne en 2010 sur les aides à domicile Bretonnes⁵³ et dans un document de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales⁷².

Une faible rémunération et une faible satisfaction personnelle à faire son métier seraient deux variables très importantes sur l'intention de quitter le secteur de l'aide à domicile⁷³.

En France, en 2016, le coût moyen de l'heure pour une structure d'aide à domicile était de 25 euros selon la cour des comptes alors que 60 % des départements payaient en dessous du tarif de la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) à 20,30 €. Cela engendre des revenus faibles et une baisse de l'attractivité du métier⁸.

Plus récemment en 2013, Annie DUSSUET, sociologue du CENS (Centre Nantais de Sociologie) mentionnait six risques professionnels dans les associations d'aide à domicile⁷² :

- les déplacements, souvent non pris en compte dans le planning et bien souvent non rémunérés
- une charge émotionnelle lourde, rejoignant l'analyse de Bernard ENNUYER⁷⁴, celle de l'INRS⁷⁵ et celle de Soazig Disquay (UNAM, UCO BN, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL))⁷⁶ avec un isolement au domicile sans soutien direct et une difficulté à exprimer cette souffrance morale.
- les agressions physiques et surtout verbales
- l'absence de reconnaissance du métier, avec des tâches effectuées au sein du domicile, dans une invisibilité, analysée également par le travail de Magalie Bonnet⁷⁷ (maître de conférences, Université de Franche-Comté, Laboratoire de psychologie)
- l'absence ou le peu de perspectives de carrière.

Le Collège d'experts réuni par le ministère du Travail sur la question du suivi des RPS au travail rappelait, en 2011 déjà, leurs effets importants sur les maladies cardiovasculaires, la santé mentale et les TMS avec un sur risque de 50 à 100% de ces troubles. Or ces trois domaines représentent un enjeu majeur en termes de santé publique car ils représentent les pathologies les plus fréquentes, les plus coûteuses et les plus invalidantes pour la population adulte au travail⁷⁸.

On retrouve les mêmes risques psycho-sociaux qui poussent des aides à domicile aux Etats-Unis à quitter leur emploi, à savoir : des rémunérations faibles, une mauvaise image du métier, des amplitudes horaires importantes et la non reconnaissance avec non remboursement des kilomètres parcourus en se rendant au domicile des bénéficiaires⁷⁹.

Concernant les aides à domicile ayant subi des agressions physiques et/ou verbales, en 2008, une étude américaine sur 823 aides à domicile en dénombrait 29,5%⁸⁰.

En France, 2 salariés sur 5 ont déjà été victimes de violences verbales et 13% de violences physiques⁷.

Or un climat sécurisé au travail améliore la capacité de travail, selon ces deux études suédoises^{81, 82}.

Cette invisibilité du métier est corrélée au retour d'expérience du Dr Fabienne BARDOT, médecin du travail de service de santé au travail interentreprises CIHL dans le Loiret, qui relevait cette

phrase d'une aide à domicile dans la revue TRAVAILLER en 2012: «On est des transparentes ! C'est parfois très dur !»⁸³.

Et ces aides à domiciles, très souvent isolés au domicile, n'ont que très peu de soutien de la part des autres professionnels de santé puisque selon le rapport de la DREES en 2012, uniquement la moitié des aides à domicile ont des échanges avec d'autres intervenants, de temps en temps essentiellement¹⁶.

En 2013, dans la Revue de l'IRES (Institut de Recherches Économiques et Sociales), François-Xavier DEVETTER et Djamel MESSAOUDI sociologues à l'université Lille 1, soulignaient cette non reconnaissance des compétences qui entraîne une faible rémunération et une difficile passerelle vers les autres métiers du soin⁸⁴.

En Australie, en 2017, des chercheurs ont donné la parole à 49 aides à domicile, sous forme d'entretiens individuels et de groupe de parole, pour définir les risques psycho-sociaux de leur métier.

Il en est ressorti quatre variables : une charge émotionnelle forte, travailler dans un environnement non sécurisé, l'insécurité financière, un faible support organisationnel⁸⁵.

A Taiwan, en 2010, des chercheurs se sont intéressés aux aides à domicile également aidantes au sein de leur familles et ont trouvé que leur qualité de vie et leur santé physique étaient moins bonnes que celle qui n'étaient pas aidantes au sein de leur famille selon le questionnaire de qualité de vie WHOQOL⁸⁶.

En Suède, une étude cas témoin, réalisée en 2002, avec des aides à domicile qui ont été mis en invalidité et d'autres encore actives, a étudié au moyen d'un questionnaire, les facteurs psychosociaux présents 5 ans et 15 ans avant la mise en invalidité de ces aides à domicile.

Il en est ressorti qu'une ergonomie de travail faible, une pression temporelle forte et le manque de compétences techniques par manque de formation étaient des facteurs de risques de rupture avec le travail et de mise en invalidité important.

Le manque de support de la part des managers et les problèmes de relation au travail augmentaient de 2,6 fois le risque d'être en invalidité 15 ans après.

Le faible soutien dans l'organisation du travail de la part des managers augmentait fortement le risque d'être en invalidité 5 ans après^{87, 88}.

Aux Etats-Unis, au TEXAS plus précisément, en 2016, une étude menée sur 150 aides à domicile explorant les raisons de rupture avec le travail montrait qu'une amélioration du soutien organisationnel, notamment au niveau du planning, diminuait de 7% l'envie de quitter son emploi⁶⁴.

L'étude de la société de Gerontologie Américaine réalisée en 2016 sur les données de 2007 (NHHAS, National Home Health Aide Survey) a montré que l'intention de quitter le secteur de l'aide à domicile augmente significativement en cas de faible satisfaction au travail et en cas de contrat à temps partiel⁸⁹.

Le Health Services Research (HSR) aux Etats Unis, qui a publié en 2010 une étude faite sur entretiens téléphoniques auprès de 1614 aides à domicile de Los Angeles, retrouvait également ces principaux risques psycho-sociaux comme les conflits avec les bénéficiaires et les heures supplémentaires non rémunérées, car non reconnues, comme principaux facteurs qui diminuaient la satisfaction au travail⁹⁰.

En 2014, la société de Gériatrie du Sud des États-Unis s'est intéressée aux raisons, autres que les TMS, qui favorisent le turnover chez les aides à domicile.

Le jeune âge, des revenus faibles, le temps partiel, le non-remboursement du kilométrage et les difficultés relationnelles avec l'employeur et les bénéficiaires étaient les variables les plus souvent retrouvées chez celles qui partaient vers d'autres secteurs d'activité⁹¹.

Ce qui confirme les résultats d'une étude menée sur le même sujet déjà, en 2009⁹².

Pour finir, en 2012, en France, des chercheurs travaillant pour l'ARACT (Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail) affirmaient que les deux facteurs de risques psychosociaux particulièrement prégnants en secteur médico-social étaient :

le temps de travail (changements d'horaires fréquents, travail de nuit, le dimanche et les jours fériés), et **l'exigence émotionnelle** qui renvoie au fait de devoir contrôler ses émotions, afin de maîtriser celle des personnes avec lesquelles on travaille, notamment dans la relation d'aide et d'accompagnement de personnes en souffrance physique et/ou psychique avec une autonomie restreinte, de façon régulière (relation d'aide et d'accompagnement de personnes en souffrance physique et/ou psychique avec une autonomie restreinte, de façon régulière) (Brizard, Hanicotte, & Paradis, 2012)^{93, 94}.

III/ HYPOTHESES DE TRAVAIL

1. **Hypothèse principale :** La lombalgie chronique est le principal facteur de mise en inaptitude dans le secteur de l'aide à domicile.
2. **Hypothèses secondaires :** Les TMS des membres supérieurs et les RPS sont des facteurs de mise en inaptitude dans le secteur de l'aide à domicile.
3. **Hypothèses secondaires :** Des entretiens individuels semi-directifs exploratoires menés dans deux sous-groupes issues du même métier d'aide à domicile, l'un composé de sujets actifs, l'autre de sujets en position d'inactivité, devrait faire ressortir les principales problématiques du métier d'aide à domicile afin d'enrichir notre compréhension sur ce sujet.

IV/ OBJECTIFS DU TRAVAIL:

1. Objectif principal :

Evaluation et comparaison par questionnaire auto-administré, du retentissement de la lombalgie chronique évalué par le questionnaire de DALLAS chez des AAD actives et des AAD qui ont été mis en inaptitude dans la région Pays de la Loire entre 2010 et 2020 via la base de données RNV3P.

2. Objectifs secondaires:

Evaluation et comparaison par questionnaire auto-administré, de la prévalence des TMS des membres supérieurs, par le questionnaire NORDIQUE, chez des AAD actives et des AAD qui ont été mis en inaptitude dans la région Pays de la Loire entre 2010 et 2020 via la base de données RNV3P.

Evaluation et comparaison par questionnaire auto-administré, des RPS « intensité et temps de travail » et « exigence émotionnelle », par le questionnaire de SIEGRIST axe « effort » et le questionnaire COPSOQ « Bien-être et Santé », chez des AAD actives et des AAD qui ont été mis en inaptitude dans la région Pays de la Loire entre 2010 et 2020 via la base de données RNV3P.

Rechercher par des entretiens semi-directifs qualitatifs exploratoires, les déterminants et les problématiques dans le métier d'aide à domicile dans une population d'aide à domicile active et inactive pour cause de mise en inaptitude.

V/ METHODES

1. Méthodes de sélection:

A: Critères d'inclusion

Pour le questionnaire auto-administré, l'aspect quantitatif de cette recherche, qui s'est déroulé via un questionnaire auto-administré, nous avons recruté les participants du groupe INAPTE grâce à la base de données RNV3P, après un contact téléphonique, sur la base du volontariat, chez des aides à domicile de plus de 40 ans qui ont travaillé dans le département 44 (Loire-Atlantique) vues en consultation dans le Service de Pathologies Professionnelles Environnementale du CHU de NANTES entre 2010 et 2020 et déclarés inaptés définitif pour des pathologies du membre supérieur, des lombalgies et des troubles psychologiques type dépression. Nous voulions recruter les participants à partir de 45 ans, qui est la moyenne d'âge des actifs dans le secteur de l'aide à domicile, mais nous avons un échantillon plus important à partir de l'âge de 40 ans, c'est pourquoi nous avons choisi ce critère d'inclusion.

Pour le groupe APTE, nous avons recruté les participants volontaires de plus de 40 ans travaillant dans une association ou entreprise privé d'aide à domicile dans le département 44, via contact téléphonique avec les différentes agences.

Pour les entretiens exploratoires individuels, l'aspect qualitatif de cette recherche, qui s'est déroulé via des entretiens semi-directif, nous avons recruté les participants du groupe INAPTE grâce à la base de données RNV3P du Service de Pathologies Professionnelles Environnementale du CHU de NANTES après un contact téléphonique sur la base du volontariat.

Nous avons recruté les participants du groupe APTE par contact téléphonique sur la base du volontariat, via une agence d'aide à domicile puis nous avons recruté selon la méthode « proche en proche » c'est à dire en demandant aux participantes, à la fin de l'entretien, si elles connaissaient quelqu'un avec les critères recherchés.

B: Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude les professionnels d'autres secteurs, les aides à domicile de moins de 40 ans, les aides à domicile aptes, aptes avec réserve et inaptes temporaires après évaluation par le médecin du travail. Egalement les aides à domicile qui ont des pathologies des membres inférieurs.

2. Méthodes d'intervention:

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, monocentrique, analytique, cas-témoins mêlant un aspect quantitatif sous forme d'un questionnaire auto-administré et un aspect qualitatif sous forme d'entretiens individuels semi-directifs.

A: Questionnaire auto-administré :

Le questionnaire était composé de trois parties qui évaluaient les lombalgies, les TMS des membres supérieurs et les 2 principaux RPS du secteur médico-social.

Le questionnaire de DALLAS validé en français (**ANNEXE 1**) a été utilisé pour l'objectif principal, **évaluer et comparer le retentissement de la lombalgie chronique chez les deux populations d'aides à domicile, actives et inactives pour cause d'inaptitude.**

Le questionnaire de DALLAS évalue le retentissement des lombalgies sur les activités quotidiennes, sur les activités professionnelles et de loisirs, sur l'anxiété/la dépression et sur la sociabilité.

Pour chacune des quatre parties, le retentissement de la douleur sur la qualité de vie est exprimé par un pourcentage, obtenu en sommant le score de chaque question et en le multipliant par le coefficient qui lui correspond.

Plus le score est élevé et plus le retentissement des lombalgies est important.

C'est un questionnaire d'auto-évaluation du degré de la douleur rachidienne, multidimensionnelle, explorant la douleur, le handicap, la qualité de vie dans les activités quotidiennes, au travail et dans les loisirs. Le questionnaire de DALLAS étudie aussi la dimension anxiété/dépression qui est souvent liée à la lombalgie et la sociabilité, le retentissement social de la lombalgie. Il présente 16 items. Nous l'avons choisi pour son aspect multidimensionnel, sa clarté de lecture et de compréhension.

Le questionnaire NORDIQUE (ANNEXE 2) validé en français, a été utilisé pour évaluer et comparer la prévalence des **TMS du membre supérieur** dans les deux populations d'aide à domicile de l'étude (aptés et inaptes).

C'est un questionnaire validé par plusieurs études⁹⁵ pour évaluer les pathologies d'hyper-sollicitation du membre supérieur. Nous avons choisi de conserver la partie 1 bloc A et les feuillets spécifiques sur l'épaule, le coude et le feuillet poignet/main de la partie 3.

Nous avons adapté ce questionnaire pour le groupe « inaptes » en changeant les questions « au cours des 12 derniers mois » et « au cours des 7 derniers jours » par « durant les 12 derniers mois de votre activité d'aide à domicile » et « durant les 7 derniers jours de votre activité d'aide à domicile ». Et en supprimant la question 4 du bloc A de la partie 1 car ce questionnaire est administré uniquement aux aides à domicile aptes ou inaptes. En supprimant la question 5 du bloc A de la partie 1 car cette thèse ne s'intéresse qu'aux aides à domicile du département Loire-

Atlantique (44). En modifiant, pour le groupe «inaptes», la question 6 du bloc A de la partie 1 par «Combien d'années et de mois avez-vous effectué le travail d'aide à domicile » ? En supprimant la question 7 du bloc A de la partie 1 car moins adaptée à l'étude cas-témoin et répétitive par rapport à la question 6 de cette même partie. Nous avons choisi d'étudier les régions corporelles sans latéralité. Ce questionnaire a été créé pour répondre à la question suivante : « Est-ce qu'une pathologie ostéo-articulaire existe dans la population donnée et, si oui, quelle région du corps touche-t-elle ? »⁹⁶

Les questionnaires SIEGRIST (ANNEXE 3) (axe effort Q1 à Q6) , COPSOQ version 2 (domaine santé et bien-être) (ANNEXE 4) validés en français, ont été utilisé pour évaluer les deux RPS prégnants en secteur médico-social.

Comme précédemment dit ci-dessus, deux facteurs de risques psychosociaux sont particulièrement prégnants en secteur médico-social: **l'intensité et temps de travail** (changements d'horaires fréquents, travail de nuit, le dimanche et les jours fériés), et **les exigences émotionnelles** (relation d'aide et d'accompagnement de personnes en souffrance physique et/ou psychique avec une autonomie restreinte, de façon régulière) (Brizard, Hanicotte, & Paradis, 2012)^{93, 94}.

Le rapport GOLLAC, rapport d'expertise sur les RPS, paru en 2011 à la demande du Ministère du Travail, de l'Emploi de la Santé, mentionne que **l'intensité, temps de travail** est évalué par le questionnaire SIEGRIST dans son axe «effort»⁹⁷.

En ce qui concerne **l'exigence émotionnelle** nous avons choisi les questions s'y rapportant dans le questionnaire COPSOQ version 2 validé en français dans son domaine « Santé et Bien-être ». Il y étudie également le **temps de travail** avec une question sur la conciliation famille/travail. On sait que les difficultés de conciliation famille/travail ont des répercussions sur la santé mentale (Frone, 2000)⁹⁴.

L'axe « EFFORT » du questionnaire SIEGRIST (**ANNEXE 3**) validé en français est composé de 6 items, pour chaque item il existe 5 réponses possible suivant une échelle de LIKERT coté de 1 à 5 : de « Pas d'accord » à « D'accord, et je suis très perturbé(e) ».

Le score total EFFORT varie de 6 à 30.

Plus le score est élevé et plus le participant est perturbé par l'item étudié.

Les questionnaires SIEGRIST version 2, DALLAS, et COPSOQ version 2 ont été adapté au passé, en ce qui concerne le groupe «INAPTES» afin de comparer les mêmes choses dans les deux groupes, c'est à dire, les facteurs potentiels de mise en inaptitude pendant leur vie professionnelle d'aide à domicile.

B: Les entretiens exploratoires qualitatifs

Ils visent à s'intéresser à une problématique sur un sujet par des entretiens individuels semi directif avec un questionnement qui suit la trame d'un guide d'entretien, avec une personne ressource concernée par cette problématique pour s'approcher au plus près de la réalité afin de mieux l'appréhender, mieux la comprendre pour ensuite questionner ce sujet de la façon la plus adaptée qui soit.

Les entretiens individuels ont été menés par le thésard.

Le thésard ne connaissait pas les participants aux entretiens avant le commencement de l'étude.

Le thésard s'est présenté avant chaque entretien et a rappelé les objectifs de la thèse et des entretiens.

L'étude qualitative thématique était orientée en **analyse de contenu**.

Les participantes aux entretiens exploratoires ont été sélectionnées sur la base du volontariat.

Les participantes du groupe APTE donc les témoins, ont été recruté par contact téléphonique, 1 participante via son agence et les autres ont été recruté selon la méthode « proche en proche » via les participantes du groupe INAPTE qui avait participé aux entretiens.

Les participantes du groupe INAPTE donc les cas, ont été contacté par téléphone grâce à une recherche sur la base de données nationale RN3VP qui recense les patientes considérés comme inaptes au travail d'aide à domicile sur avis du médecin du travail de l'unité pathologie professionnelle et environnementale du CHU de Nantes entre 2010 et 2020.

11 participantes ont participé aux entretiens sur 11 contactées.

Les entretiens ont eu lieu par téléphone en raison de l'impossibilité de se rencontrer dans le contexte sanitaire de la COVID 19.

Seule l'interviewée et le thésard étaient présent pendant l'entretien.

Le rappel de l'anonymat était réalisé à chaque début d'entretien par le thésard.

Une lettre d'information a été remise à chaque participante avant les entretiens. Des coordonnées étaient laissées à leur disposition afin de répondre à leurs questions éventuelles ou leur permettre de se retirer de l'étude.

Les participantes du groupe APTE, les témoins, étaient uniquement des femmes, âgées entre 48 ans et 60 ans, travaillant comme aides à domicile au sein d'association d'aide à domicile dans le 44.

Leur ancienneté allait de 6 ans à 21 ans.

Les participantes du groupe INAPTE, les cas, étaient uniquement des femmes, âgées entre 46 ans et 65 ans, qui ont travaillé dans des agences d'aides à domicile avec une expérience allant de 6 ans à 22 ans.

Les entretiens téléphoniques ont eu lieu entre le mois de MARS 2021 et le mois de MAI 2021.

Les questions étaient posées en suivant la grille d'entretien qui n'était connue que du thésard.

La grille d'entretien provenait d'un travail d'Anne ARMANT, sociologue, chef de projet Empowerment et Qualité Vie au Travail en EHPAD au CHU de Nantes, Service de Pathologie Professionnelle et du Docteur Séverine MAYOL, docteur en Sociologie, travaillant dans le département de recherche du CHU de NANTES. (**ANNEXE 5**)

Le thésard utilisait un magnétophone pour recueillir les données. Des notes de terrain ont été prises durant les entretiens individuels.

L'accord d'enregistrement des entretiens par magnétophone a donné lieu à la réalisation d'un consentement éclairé signé par chaque participant avant l'entretien.

Les entretiens individuels ont duré de 26 minutes à 46 minutes en moyenne 32,8 minutes.

Les retranscriptions d'entretiens ont été exhaustives, via le logiciel WORD 2013, numérotés pour conserver l'anonymat mais n'ont pas été retourné aux participants.

Le thésard a codé les données seul.

Les catégories ont été identifiées par tas, après regroupement analogique des thèmes.

Les thèmes ont été identifiés à partir de la lecture des données brutes des entretiens.

3. Méthodes d'évaluation (analyse de données)

A: Questionnaire auto-administré :

Après la revue de littérature sur les TMS et l'incapacité, en France et dans le Monde, nous avons constaté que la lombalgie chronique représentait la première cause d'incapacité médicale chez les salariés de moins de 45 ans⁵³ et la première cause d'invalidité dans le monde⁷⁰. **Nous avons voulu rechercher si cela était le cas dans une population d'aide à domicile active et une population d'aide à domicile en position d'inactivité pour cause d'incapacité à leur poste.**

Dans cette étude, nous voulions évaluer et comparer le retentissement de la lombalgie chronique chez des participants APTES et INAPTES.

Le critère de jugement principal était le retentissement de la lombalgie chronique dans ces deux populations.

Aussi, nous voulions évaluer et comparer les réponses des APTES et INAPTES sur **les 2 principaux RPS en secteur médico-social**^{93, 94} : « l'intensité, temps de travail » et « l'exigence émotionnelle », **les TMS des membres supérieurs.**

B: Entretiens exploratoires qualitatifs semi-directifs :

Dans cette étude, avec les entretiens semi directifs, nous voulions explorer les déterminants et les problématiques dans le métier d'aides à domicile dans une population d'actifs (APTES) et dans une population d'inactifs pour cause d'incapacité (INAPTES).

Retranscription :

Les entretiens ont été saisis sur Word® 2013 et anonymisés. Chaque entretien a été retranscrit mot à mot rapidement après l'entretien afin de limiter la perte d'informations. Les entretiens étaient retranscrits manuellement, sans aide de logiciel.

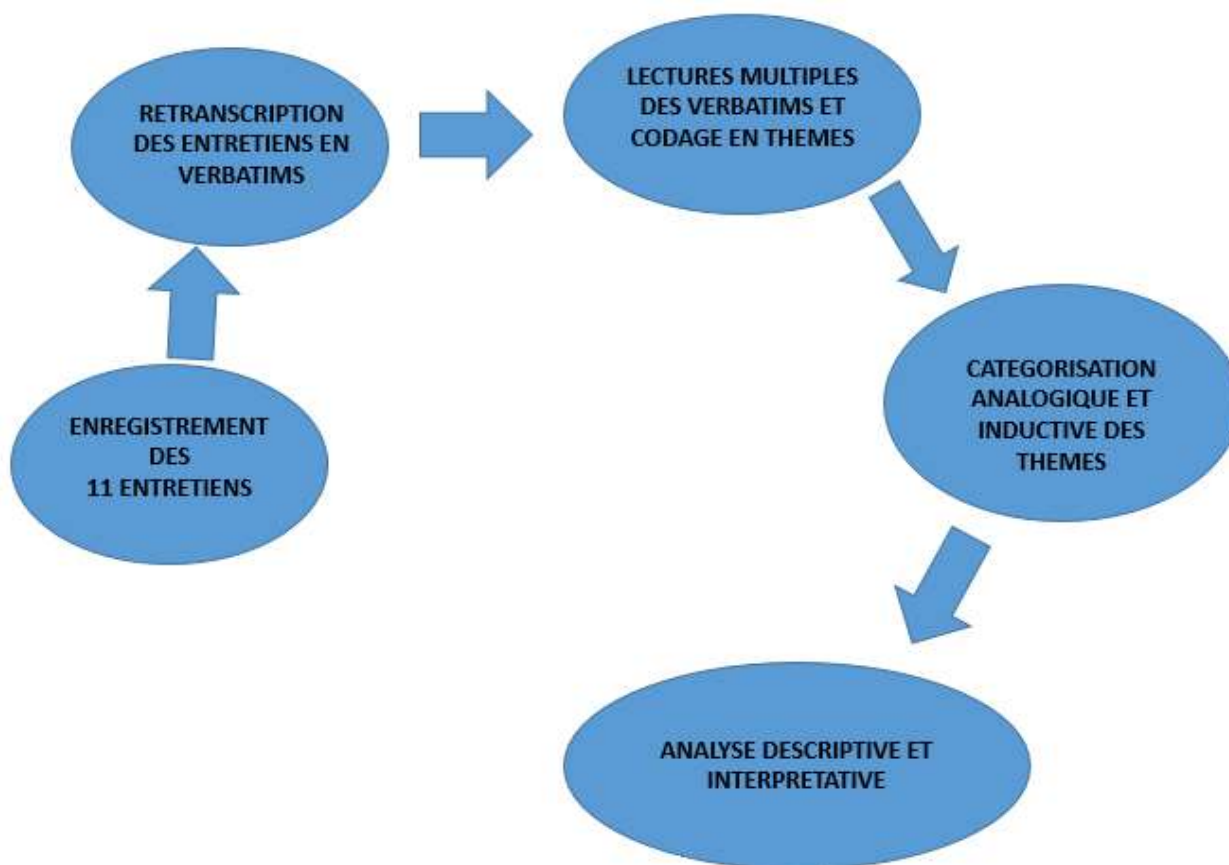
Codage :

Nous avons réalisé manuellement l'analyse des verbatims dans des délais courts par rapport à l'entretien et après la retranscription sur Word 2013.

Cette analyse qualitative thématique a été faite **en analyse de contenu**^{98, 99}.

Pour cela, chaque entretien était lu plusieurs fois pour s'imprégner du corpus de verbatim. Dans chaque verbatim, nous avons identifié des unités de sens, **le « thème »**. Il correspondait à un découpage sémantique de l'entretien.

Puis nous avons réalisé une **catégorisation**, c'est-à-dire une opération de classification des thèmes par regroupement **en catégories**. Cette catégorisation s'est faite de façon **analogique** et **inductive** (à partir d'une approche sémantique du corpus, du spécifique vers une généralisation)¹⁰⁰ en repérant les points communs entre les thèmes. Les catégories ressortant de cette analyse ont été développés dans la partie résultats.



Chaque patient a été représenté par un chiffre romain (Apte 1= I puis Apte 2=II et ainsi de suite et Inapte 1= VI jusqu'à Inapte 6= XI), les thèmes par des chiffres arabes 1, 2, 3 selon l'ordre d'apparition dans l'entretien, que nous reportons secondairement dans des catégories d'idées différentes nommées par des lettres (exemple catégorie A=le thème de l'adaptation). Chaque verbatim a été ainsi référencé, par exemple « *Oui, j'ai laissé faire, je me suis dit qu'il était peut-être temps que j'arrête de travailler parce qu'autour de moi on disait, arrête tu vas arriver en retraite tu seras complètement cassée. Et ça se répercutait dans ma vie privée quoi.* » correspond à (X6G) : c'est le 6eme thème (6) du patient Inapte 5 (X), attribué à la catégorie G : investissement professionnel.

Nous sommes arrivés à **saturation des catégories** sans pouvoir prétendre à saturation des données devant la taille de l'échantillon des participantes.

La grille d'analyse thématique a été revue par le Dr MAYOL afin de tendre vers un programme faible de triangulation par chercheur des données.

(Flick, U., GarmsHomolova, V., Herrmann, W., Kuck, J., & Röhsch, G. (2012).

"I can't prescribe something just because someone asks for it..." using mixed methods in the framework of triangulation. Journal of Mixed Methods Research, 6(2), 97-110.)

4. Analyses statistiques :

A: Questionnaire auto administré :

Analyses univariées

Nous avons étudié les caractéristiques de l'échantillon global de population par une analyse descriptive univariée.

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type (SD, *standard deviation*) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire.

Analyses bivariées

Pour comparer les variables dans les 2 groupes et rechercher les facteurs prédictifs de l'inaptitude dans l'échantillon de population, nous avons fait une analyse statistique bivariée pour chaque score étudié.

L'indépendance entre deux variables qualitatives est testée à l'aide d'un test du Khi 2 ou du test exact de FISHER lorsque le test du KHI 2 n'était pas réalisable pour cause de faible effectif attendu.

L'indépendance entre une variable qualitative et une variable quantitative est testée à l'aide d'un test de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Significativité

Les tests statistiques sont bilatéraux. Les p valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance sont calculés à 95%.

B: Entretiens semi directifs :

La comparaison de l'âge et de l'ancienneté entre les APTES et INAPTES a été réalisée selon le test non paramétrique de Wilcoxon Mann Whitney.

La comparaison de l'âge et de l'ancienneté entre les participantes qui ont été formées en « Gestes et Postures » et ceux qui ne l'ont pas été, a été réalisée selon le test non paramétrique de Wilcoxon Mann Whitney.

5. Considérations éthiques :

Une lettre d'information a été adressée à chaque participant répondant aux questionnaires et participant aux entretiens exploratoires. (ANNEXE 6 et 7)

Cette lettre d'information rappelait le respect de la confidentialité et de l'anonymat en référence à la loi « Informatique et Libertés » dans l'enregistrement et l'utilisation des données.

Un consentement éclairé a été remis et signé par chaque participant aux entretiens qualitatifs exploratoires et ainsi que le rappel de l'anonymat dans l'enregistrement des données, de la confidentialité dans l'utilisation des données pour une éventuelle publication scientifique et de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment sans contrainte ni justification. (ANNEXE 8 et 9)

Après explication des objectifs de l'étude, nous avons recueilli le consentement oral des participants au questionnaire.

La possibilité de refuser l'utilisation et la transmission des données et des résultats a été mentionnée dans les lettres d'information.

La possibilité de communiquer, à chaque participant, les résultats de l'étude a également été donnée.

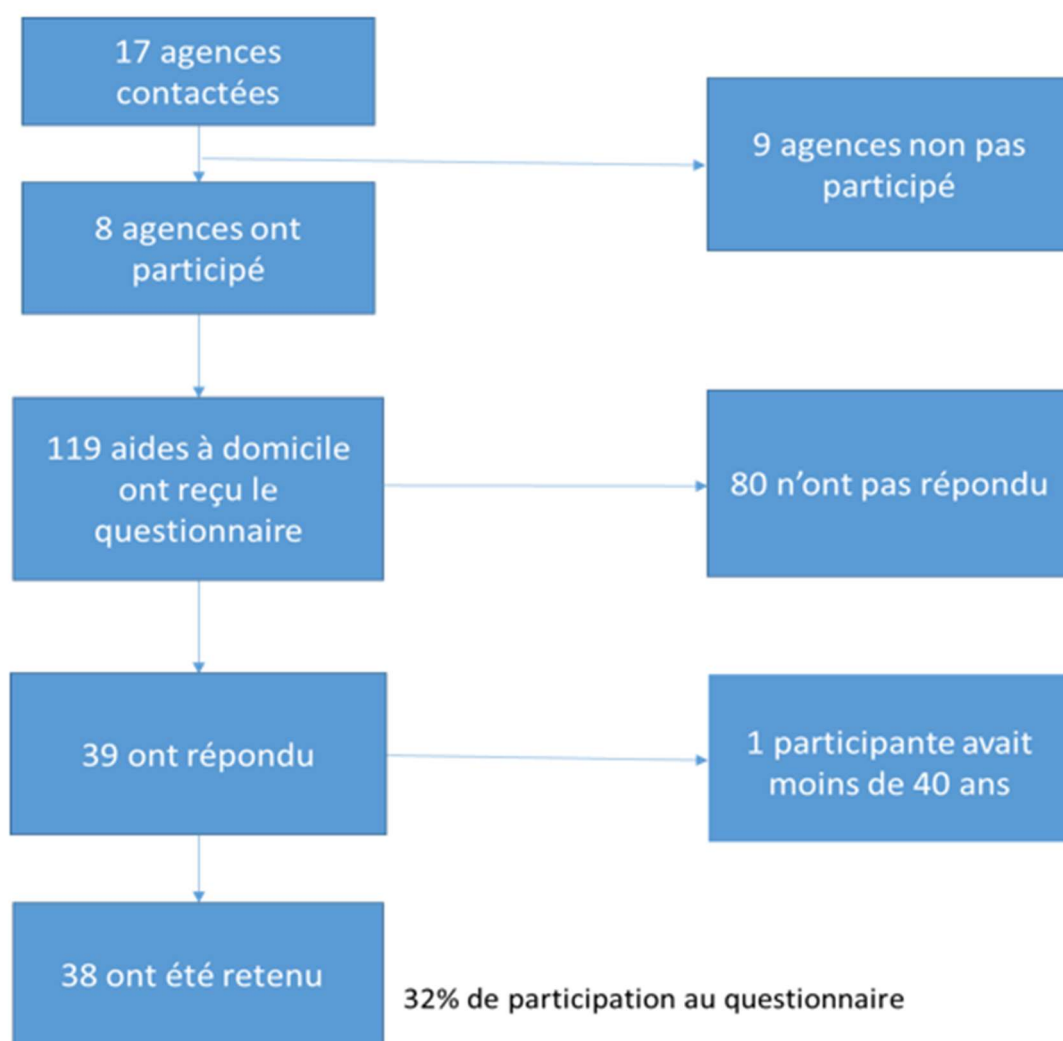
L'avis du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé a été sollicité.

Du point de vue éthique, cette étude étant une recherche en soins courants hors loi Jardé, elle ne nécessitait pas d'avis obligatoire du Comité de Protection des Personnes (19). Un engagement de conformité a été déclaré de manière simplifiée à la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés) selon la méthode de référence MR 003.

VI/ RESULTATS

1. Questionnaire auto administré :

A: FLOW CHART APTES



B: FLOW CHART INAPTES :

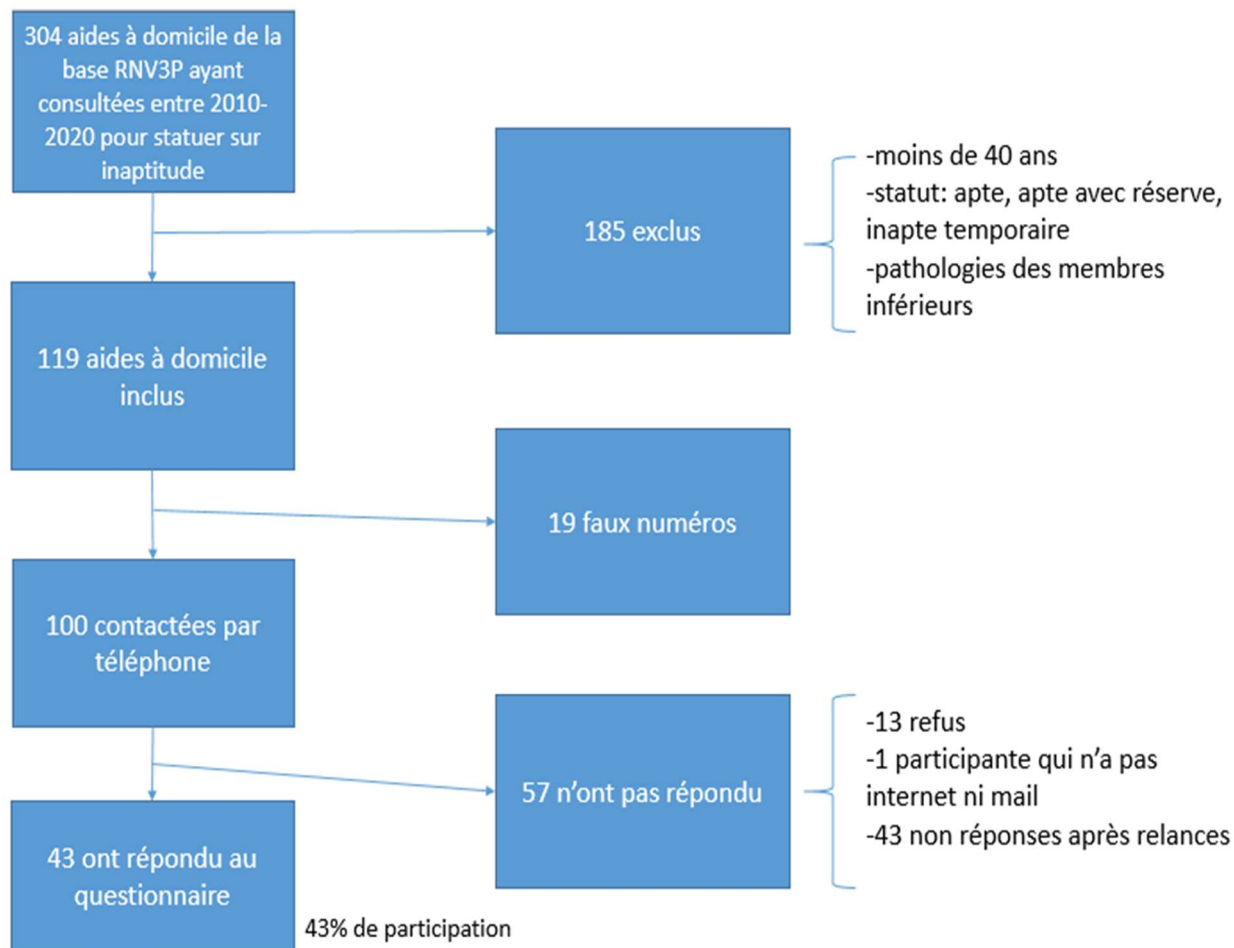


Tableau 1 : Caractéristiques des participants aux questionnaires

	TOTAL	APTES	INAPTES	P value
Participants	81	38	43	
sexe féminin (%)	79 (97.5)	36 (94.7)	43 (100.0)	0.420
Age (moyenne (déviati on standard))	54.94 (6.05)	52.50 (5.77)	57.09 (5.51)	<0.001
Ancienneté en année (médiane [IQR])	12.00 [5.00, 20.00]	5.50 [2.12, 14.75]	16.00 [11.50, 22.50]	<0.001

Le **tableau 1** décrit les principales caractéristiques des participants aux questionnaires.

81 participants ont participé à l'étude dont 97,5% de sexe féminin et 2.5% de sexe masculin avec un âge moyen de 54.94 ans et une ancienneté médiane de 12 ans.

L'âge moyen du groupe Apte était de 52.5 ans et celui du groupe Inapte était de 57.09 ans.

La médiane concernant l'ancienneté du groupe Apte était de 5.5 ans et celle du groupe Inapte était de 16 ans.

Selon le test du Khi2, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes APTE et INAPTE sur le sexe.

Selon le test de Student, il existait une différence statistiquement significative entre les 2 groupes concernant l'âge.

Selon le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existait une différence statistiquement significative entre les 2 groupes concernant l'ancienneté.

Il n'y avait pas de valeurs manquantes pour ces résultats.

Questionnaire de DALLAS sur la lombalgie chronique :

Tableau 2 : Score de DALLAS à chaque axe, pour les 2 groupes.

	score APTÉ*	score INAPTE *	
Répercussion activités quotidiennes	9% [0;48]	72% [39;90]	P=<0,001
Répercussion sur les activités professionnelles et de loisirs	5% [0;40]	70% [50;90]	P=<0,001
Répercussion sur l'anxiété et la dépression	5%[0;45]	50%[10;65]	P=<0,001
Répercussion sur la sociabilité	0%[0;10]	35%[0;65]	P=0,001

* médiane [IQR] en pourcentage

Le tableau 2 indique la médiane des scores ainsi que l'intervalle interquartile aux 4 différentes parties du questionnaire DALLAS des APTES et des INAPTES.

Le questionnaire DALLAS évalue le retentissement des lombalgies sur les activités quotidiennes, sur les activités professionnelles et de loisirs, sur l'anxiété/la dépression et sur la sociabilité.

Plus le score est élevé et plus le retentissement des lombalgies est important.

Le score total au DALLAS était de 19 pour les APTES et de 227 pour les INAPTES.

Plus en détail, concernant chaque partie du questionnaire de DALLAS :

- Pour le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne, les Aptes avaient une médiane de 9% et les Inaptes une médiane de 72%
- Pour le retentissement de la douleur sur le travail et les loisirs, les Aptes avaient une médiane de 5% et les Inaptes une médiane de 70%
- Pour le retentissement de la douleur sur l'anxiété et la dépression, les Aptes avaient une médiane de 5% et les Inaptes une médiane de 50%
- Pour le retentissement de la douleur sur la sociabilité, les Aptes avaient une médiane de 0% et les Inaptes une médiane de 35%

Selon le test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existait une différence statistiquement significative entre les APTES et INAPTES sur l'ensemble des domaines évalués par le questionnaire DALLAS.

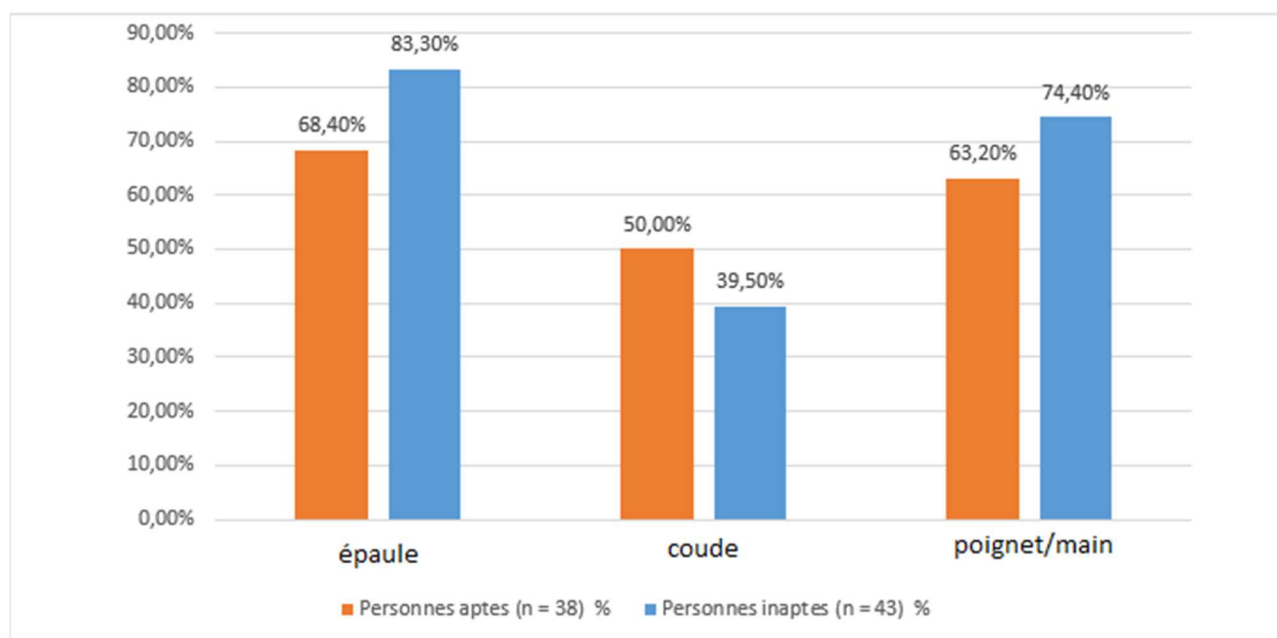
Chez les Inaptes, il existait un retentissement important des lombalgies chroniques sur la vie quotidienne, également sur le travail, sur les loisirs et un retentissement important sur le fait d'être anxieux ou dépressif.

Chez les Aptes, le retentissement des lombalgies sur les différents domaines restait faible, avec un score maximum de 9%.

Questionnaire NORDIQUE sur les TMS des membres supérieurs.

Figure 2: Prévalence des TMS par région corporelle

(Les pourcentages sont exprimés par rapport à l'ensemble des personnes interrogées)



Sur 38 Aptés interrogés, 26 ont eu des TMS à l'épaule au cours de leur vie, 19 ont eu des TMS au coude au cours de leur vie et 24 ont eu des TMS au poignet ou à la main au cours de leur vie.

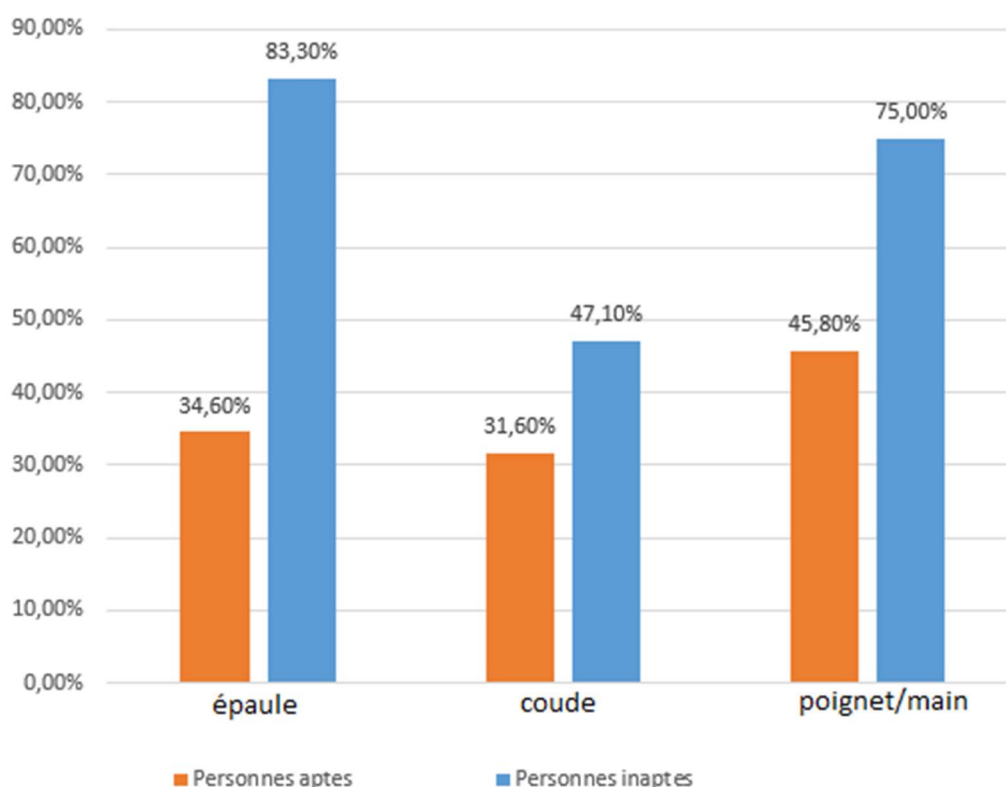
Sur 43 Inaptes interrogés, 35 ont eu des TMS à l'épaule au cours de leur vie (1 inapte n'a pas répondu à cette question), 17 ont eu des TMS au coude et 32 ont eu des TMS au poignet ou à la main au cours de leur vie.

Pour les 2 groupes, l'épaule est la région la plus touchée par les TMS au cours de la vie, puis le poignet/la main et enfin le coude.

Selon le test du khi deux, il n'y avait pas de différence significative entre les APTES et les INAPTES au sujet de **la prévalence des TMS au cours de leur vie** en ce qui concerne l'épaule, le coude et le poignet ou la main.

Figure 3 : Prévalence des TMS sur les 12 derniers mois, par région corporelle.

(Les pourcentages sont exprimés par rapport au total de personnes ayant eu des TMS dans leur vie, par localisation)



Sur les 26 Aptés ayant eu des TMS à l'épaule au cours de leur vie, 9 en ont eu dans les 12 derniers mois.

Sur les 19 Aptés ayant eu des TMS au coude au cours de leur vie, 6 en ont eu dans les 12 derniers mois.

Sur les 24 Aptés ayant eu des TMS au poignet ou à la main au cours de leur vie, 11 en ont eu dans les 12 derniers mois.

Sur les 35 Inaptes ayant eu des TMS à l'épaule au cours de leur vie, 30 en ont eu dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile.

Sur les 17 Inaptes ayant eu des TMS au coude au cours de leur vie, 8 en ont eu dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile.

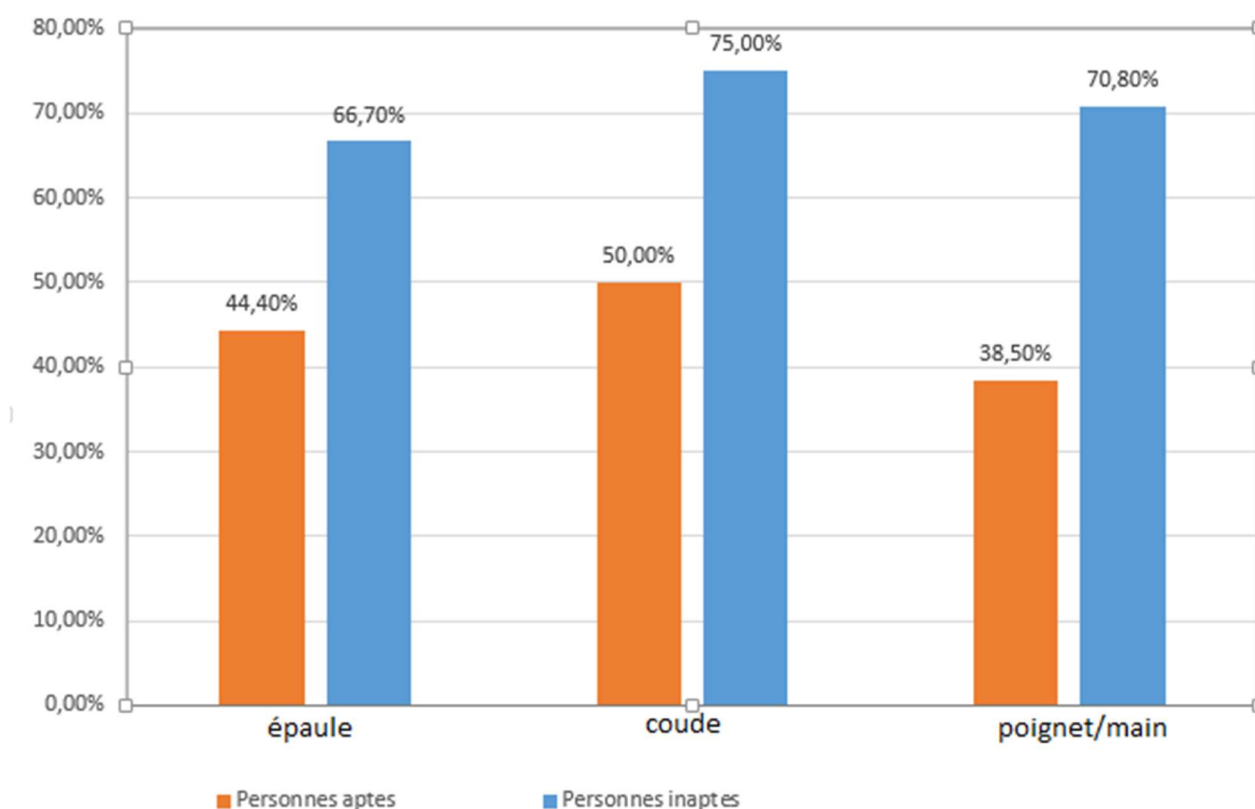
Sur les 32 Inaptes ayant eu des TMS au poignet ou à la main au cours de leur vie, 24 en ont eu dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile.

Selon le test du khi2, il y avait une différence statistiquement significative entre les APTES et les INAPTES concernant la prévalence de douleur à l'épaule dans les 12 derniers mois de l'activité d'aide à domicile.

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les APTES et les INAPTES pour les autres localisations de TMS au cours des 12 derniers mois d'activité d'aide à domicile.

Figure 4 : Gêne dans les activités habituelles (au travail ou à la maison) occasionnée par les TMS durant les 12 derniers mois, selon la région corporelle.

(Les pourcentages sont exprimés par rapport à l'ensemble des personnes ayant eu des TMS dans les 12 derniers mois).



Sur les 9 Aptes ayant eu des douleurs à l'épaule dans les 12 derniers mois, 4 ont été gênées dans leurs activités habituelles.

Sur les 6 Aptes ayant eu des douleurs au coude dans les 12 derniers mois, 3 ont été gênées dans leurs activités habituelles.

Sur les 11 Aptes ayant eu des douleurs au poignet ou à la main dans les 12 derniers mois, 5 ont été gênées dans leurs activités habituelles.

Sur les 30 Inaptes ayant eu des douleurs à l'épaule dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile, 20 ont été gênées dans leurs activités habituelles.

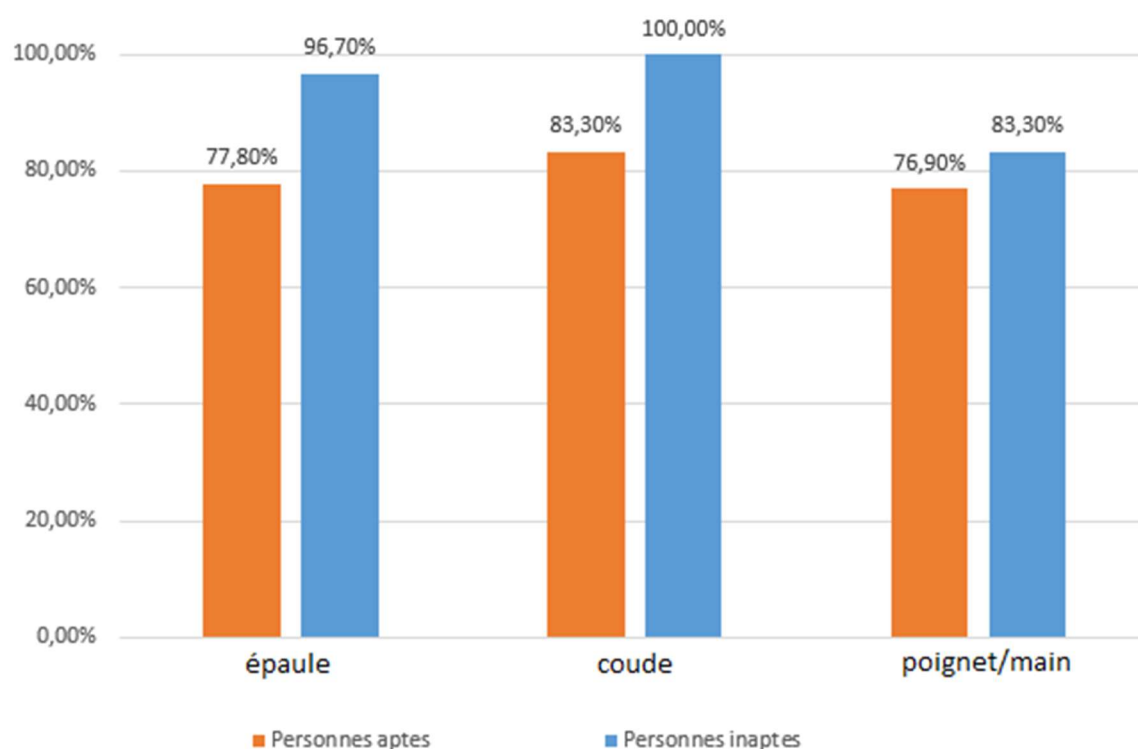
Sur les 8 Inaptes ayant eu des douleurs au coude dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile, 6 ont été gênées dans leurs activités habituelles.

Sur les 24 Inaptes ayant eu des douleurs au poignet ou à la main dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile, 17 ont été gênées dans leurs activités habituelles.

Selon le test du Khi2, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les APTES et les INAPTES, sur la gêne dans les activités habituelles, que ce soit au travail ou à la maison, à cause des TMS, dans les 12 derniers mois d'exercice.

Figure 5 : Prévalence de consultation chez un professionnel de santé, au cours des 12 derniers mois, par région corporelle

(Les pourcentages sont exprimés par rapport à l'ensemble des personnes ayant eu des TMS dans les 12 derniers mois).



Sur les 9 Aptes ayant eu des douleurs à l'épaule dans les 12 derniers mois, 7 ont consultées un professionnel de santé pour leur problème.

Sur les 6 Aptes ayant eu des douleurs au coude dans les 12 derniers mois, 5 ont consultées un professionnel de santé pour leur problème.

Sur les 11 Aptes ayant eu des douleurs au poignet ou à la main dans les 12 derniers mois, 10 ont consultées un professionnel de santé pour leur problème.

Sur les 30 Inaptes ayant eu des douleurs à l'épaule dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile, 29 ont consultées un professionnel de santé pour leur problème.

Sur les 8 Inaptes ayant eu des douleurs au coude dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile, 8 ont consultées un professionnel de santé pour leur problème.

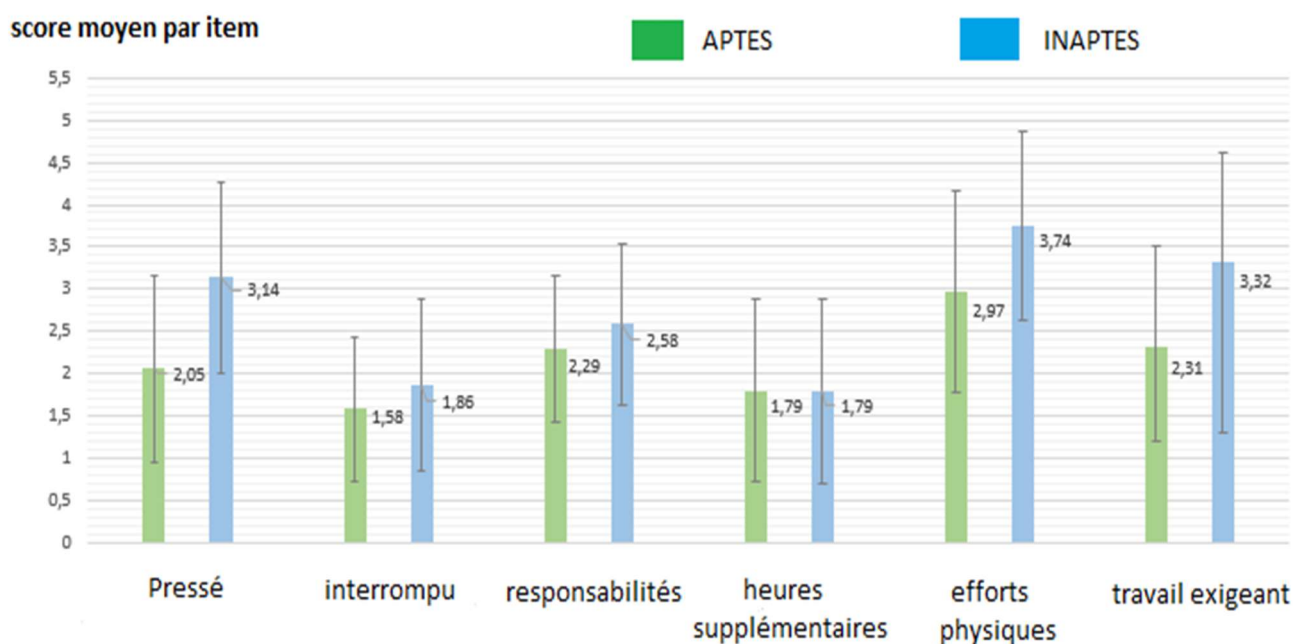
Sur les 24 Inaptes ayant eu des douleurs au poignet ou à la main dans les 12 derniers mois de leur activité d'aide à domicile, 20 ont consultées un professionnel de santé pour leur problème.

Plus des $\frac{3}{4}$ des APTES et des INAPTES qui ont eu des TMS aux membres supérieurs au cours de la dernière année d'activité, ont consulté un professionnel de santé.

Selon le test Khi2, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les APTES et les INAPTES concernant la **prévalence de consultation chez un professionnel de santé** pour une douleur de l'épaule, du coude ou du poignet/main dans les 12 derniers mois de l'activité d'aide à domicile.

Questionnaire SIEGRIST « axe effort » sur le RPS « intensité et temps de travail »

Figure 6 : Score moyen et écart type pour chacun des 6 items de l'axe EFFORT du questionnaire de SIEGRIST pour les 2 populations.



La figure 6 représente le score moyen ainsi que son écart type, pour chacune des 6 questions de l'axe « effort » du questionnaire de SIEGRIST, pour les aptes et les inaptes.

Plus le score moyen est élevé, plus les efforts ressentis sont importants.

Selon le test du Khi2, il existait une différence statistiquement significative entre les APTES et les INAPTES concernant 3 items :

Au sujet de la charge de travail et de son intensité, à la question « *Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail* » les INAPTES avaient un **score moyen de 3.14** sur 5 (écart-type 1.13) contre un **score moyen de 2.05** sur 5 (écart-type 1.10) chez les APTES ($p=0.003$).

Au sujet des efforts physiques, à la question « *Mon travail exige des efforts physiques* » les INAPTES avaient un **score moyen de 3.74** sur 5 (écart-type=1.12) contre un **score moyen de 2.97** sur 5 (écart-type= 1.20) chez les APTES ($p=0.036$).

Au sujet de l'exigence ressentie au travail, à la question « *Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant* » les INAPTES avaient un **score moyen de 3.32** sur 5 (écart-type=1.29) contre un **score moyen de 2.31** sur 5 (écart-type=1.19) chez les APTES ($p=0.003$).

Plus généralement, nous avons calculé les scores totaux pour les 6 items de l'axe « effort » du questionnaire de SIEGRIST :

Le score total moyen des APTES pour les questions de l'axe « effort » du questionnaire de SIEGRIST était de **13 sur 30**.

Le score total moyen des INAPTES pour les questions de l'axe « effort » du questionnaire de SIEGRIST était de **16,44 sur 30**.

Selon le test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existait une différence statistiquement significative entre les APTES et INAPTES sur le score total de l'axe « effort » du questionnaire de SIEGRIST. ($p<0.001$)

Questionnaire COPSOQ version 2 domaine « Santé et Bien-être » sur le RPS « exigence émotionnelle »

Tableau 3 : Score moyen sur 100 des Aptes et des Inaptes pour chacune des 6 échelles du domaine « Santé et bien-être » du questionnaire COPSOQ version 2.

ECHELLES	APTES		INAPTES		p value
	Moyenne sur 100	ecart type	Moyenne sur 100	ecart type	
Santé auto évaluée	36,84	22,75	46,51	23,75	0,453
Stress	44,08	18,5	46,8	23	0,5625
Epuisement	46,38	16,87	56,69	16,87	0,0076
Exigences émotionnelles	44,08	25,12	45,93	23,87	0,735
Conflit famille/travail	42,98	33	50,39	31,33	0,2757
Insécurité professionnelle	23,87	25	30,23	25,25	0,2444

Le tableau 3 représente les scores moyens ainsi que les écarts types, des différentes échelles du domaine « Santé et Bien-Etre » du questionnaire COPSOQ version 2, pour les 2 groupes.

Selon le test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existait une différence statistiquement significative entre les 2 groupes sur l'échelle « épuisement ».

Cette échelle évalue la fréquence à laquelle l'aide à domicile s'est sentie à bout de force et émotionnellement épuisée.

En revanche, il n'existait pas de différence significative entre les groupes APTE et INAPTE sur les autres échelles s'intéressant à l'état de santé auto évalué, l'irritabilité, le stress, l'exigence émotionnelle des situations vécues au travail, l'impact du travail sur la vie privée et la crainte de perdre son emploi.

La crainte de perdre son emploi est le score le moins élevé pour les 2 groupes.

2. Entretiens exploratoires qualitatifs semi-directifs :

11 participantes ont participé aux entretiens sur 11 contactées.

Les 5 participantes du groupe APTES, les témoins, étaient uniquement des femmes, âgées entre 48 ans et 60 ans, avec une moyenne d'âge de **52.6 ans** et travaillant comme aides à domicile ou auxiliaire de vie sociale au sein d'association d'aide à domicile dans le 44. Leur ancienneté allait de 6 ans à 21 ans avec une **ancienneté moyenne de 16 ans**.

Les 6 participantes du groupe INAPTES, les cas, étaient uniquement des femmes, âgées entre 46 ans et 65 ans, avec une moyenne d'âge de **56,2 ans** et qui ont travaillé dans des agences d'aides à domicile avec une expérience allant de 6 ans à 22 ans, soit une **ancienneté moyenne de 13.7 ans**.

Le **tableau 4** décrit les principales caractéristiques des onze participantes.

Tableau 4: Caractéristiques principales des participantes aux entretiens semi directifs.

Participantes		Sexe	Age*	Ancienneté*	Métier
I	Apte 1	F	48	6	auxiliaire de vie sociale
II	Apte 2	F	48	17	auxiliaire de vie sociale
III	Apte 3	F	59	21	aide à domicile
IV	Apte 4	F	60	18	aide à domicile
V	Apte 5	F	48	18	auxiliaire de vie sociale
VI	Inapte 1	F	65	10	aide à domicile
VII	Inapte 2	F	50	22	auxiliaire de vie sociale
VIII	Inapte 3	F	46	14	aide à domicile
IX	Inapte 4	F	56	18	auxiliaire de vie sociale
X	Inapte 5	F	61	6	aide à domicile
XI	Inapte 6	F	59	12	aide à domicile

* en année

Toutes les participantes aux entretiens semi-directifs étaient de sexe féminin.

La moyenne d'âge chez les APTES était de 52.6 ans et celle des INAPTES de 56.1 ans

L'ancienneté moyenne chez les APTES était de 16 ans et celle des INAPTES de 13.6 ans.

Selon le test non paramétrique de Wilcoxon Mann Whitney, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes Aptes et Inaptes concernant l'âge moyen ($p=0.46$) et l'ancienneté moyenne en année ($p=0.58$)

Tableau 5 : Synthèse des différentes catégories et thèmes.

ADAPTATION	ORGANISATION DU TRAVAIL	FORMATION	DIFFICULTES PHYSIQUES	RELATIONNEL (supérieur, collègues, familles)
- adapter ses gestes - reporter au lendemain - changer de posture - Faire de la kinésithérapie - s'adapter en fonction de son état physique - tâches physiques en premier - s'arrêter avant d'aller au bout - Dire non au bénéficiaire - prendre des médicaments - se ménager - se reposer - ne pas relever seul un bénéficiaire - améliorer l'ergonomie - modification de poste impossible	- autonomie en CESU - planning fait par les responsables de secteur - temps de trajet non optimisé et minimisé - difficulté de recrutement - pointage des heures - cahier de liaison pour transmission - remplacement difficile	- formation gestes et postures - formation d'auxiliaire de vie - absence de formation avant - apprentissage sur le tas - toilette sans formation - absence de diplôme - formation au bout de quelques années - recherche personnelle sur internet - non connaissance TMS et RPS - souhait formation ergonomique et psychologique avant de débiter - formation fin de vie - formation ALZHEIMER	- ménage épuisant - métier difficile physiquement - lien moral et physique - station debout prolongé - opération chirurgicale - tendinites - transfert sans matériel - matériel trop vieux, trop lourd - espace de travail non ergonomique - arrêts de travail nombreux	- relation cordiale avec les supérieurs - faire du chiffre - manque d'écoute des employeurs - absence de relation avec les collègues - isolement - absence de collègue en CESU - réunion 1 fois par mois avec les collègues - bonne relation avec les collègues - savoir garder la bonne distance - harcèlement sexuel - difficultés à dire non - absence d'écoute de la famille - déni de la famille
DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES	INVESTISSEMENT PROFESSIONNEL	SITUATION FAMILIALE	DIFFICULTES DE RECRUTEMENT	
- harcèlement sexuel - exigence émotionnelle avec ALZHEIMER - découverte de décès à domicile - s'adapter aux personnalités - gérer la solitude des bénéficiaires - isolement - peu de soutien - crainte de perdre son emploi - formation fin de vie bénéfique	- ne pas connaître ses limites au début - volonté de faire beaucoup, d'aller vite - alerte du conjoint sur le sur-investissement - se sentir obligé de faire le maximum, de répondre au besoin - vivre sur sa force mentale - vocation - trop d'implication, sur-investissement professionnel	- mariée - divorcée - veuve	- métier difficile physiquement - rémunération faible - manque de motivation des nouveaux - les jeunes ne restent pas - manque de connaissance du métier avant de commencer - absence de formation	

Catégorie ADAPTATION :

Le fait de pouvoir adapter son poste, le rythme des tâches, l'ordre des tâches, la possibilité de reporter des tâches au lendemain en fonction de son état physique est quelque chose de bénéfique, la totalité des APTES en ont fait mention.

Par contre, deux inaptes nous disaient qu'il était impossible de modifier leur poste.

Reporter au lendemain.

« Je m'organise au jour le jour en fonction de ce qu'il y a à faire, sinon pas grand chose qui pourrait gêner dans mon travail. Rien n'est un problème, si je peux pas le faire aujourd'hui parce qu'elle est là, je m'arrange pour le faire à un autre moment. » (I5A)

« C'est moi qui décide, si j'ai envie de faire des choses en fonction de mon état ou de ne pas les faire, d'accentuer sur le ménage ou sur le repassage, voilà j'aime bien. » (III6A)

Modification de poste impossible :

« je pense qu'ils sont dans le besoin malheureusement, donc on fait, on ne remet pas à plus tard ce qu'on fait »

« Pas grand-chose, j'ai continué en fait. Fallait continuer » (VI7A)

« Ils n'auraient pas pu aménager mon poste parce que moi dans mon domaine, c'est des gestes répétitifs, ils ne pouvaient pas faire grand-chose. » (XI9A)

La totalité des participants APTE ont parlé de la possibilité d'adapter ses gestes, ses postures pour diminuer ou prévenir les douleurs. Seulement une participante INAPTE en a fait mention.

Adapter ses gestes, changer de postures :

« J'essaie d'adopter différentes postures, d'échanger, de pas toujours prendre la même posture » (II1A)

« J'ai suivi une formation de 6 mois, on nous a tout expliqué et après par expérience professionnelle on adapte nos gestes en fonction de la hauteur, travailler toujours à niveau d'Homme, enfin vous voyez » (II1A)

« Non pour ça non, j'ai pas été au point de m'arrêter pour ça, je fais attention dans les gestes, je lève le pied mais il y a des filles qui y vont à fond, elles ne savent pas s'arrêter quand il faut. » (V6A)

« Parfois je vais commencer par le repassage puis le ménage ensuite histoire de pas rester sur place debout, plutôt en fin de semaine c'est vrai, bouger ça m'est plus facile que de rester sur place debout. En fin de semaine, rester debout c'est plus dur moi je trouve. Il est bon aussi de varier, de ne pas toujours faire les choses dans l'ordre » (III12A)

« Avant pendant le ménage, je retournais toutes les chaises, à la fin, avec les douleurs, je les retournais plus, je les décalais et j'aspirais. Je modérais mes gestes à la fin. Et modérer les charges. » (X3A)

Les APTEs 4 et 5 ont parlé de la nécessité de se ménager, de dire non pour se préserver. En revanche, c'est à postériori que les inaptes 1, 3 et 5 évoquent le fait qu'elles auraient pu se ménager mais qu'elles ne l'ont pas fait, à regret.

Se ménager, se préserver :

« C'est pas toujours facile, au début je ne le faisais pas, je ne savais pas dire non, j'ai eu des problèmes de tendinite, j'ai dû me faire opérer et là on m'a fait comprendre qu'il fallait se préserver. » (IV5A)

« j'ai pas été au point de m'arrêter pour ça, je fais attention dans les gestes, je lève le pied mais il y a des filles qui y vont à fond, elle savent pas s'arrêter quand il faut. » (V6A)

« Avant je faisais sans problème tous les remplacements, maintenant je me ménage. » (V18A)

Ne s'est pas ménager :

« Oh c'est difficile de répondre à ça, je sais pas trop. J'aurai pu en faire moins oui. » (VI4A)

« J'éviterai d'aller au-delà de mes compétences, je me ménagerai. » (VIII6A)

« Je crois que j'irais moins à fond. » (X1A)

**Certaines Aptes (Aptes 2,4 et 5) ont fait de la kinésithérapie si elles avaient mal.
L'inapte 2 en parlait à postériori comme quelque chose qui aurait pût lui faire du bien.
Les autres Inaptes n'en ont pas parlé.**

Faire de la kinésithérapie :

« J'aurai du faire des séances de kiné et d'ostéo plus régulièrement en fait, j'ai vécu sur ma force mentale et j'aurais pas dû parce que le mal est fait. » (VII6A)

« Je fais des étirements chez moi, comme j'ai fais de l'arthrose cervical, depuis que j'ai 40 ans, j'ai eu des séances de kiné et quand je sens que ça me serre au niveau du coup, je fais des exercices d'étirements. » (II3A)

« Moi je fais des séances de kiné » (IV8A)

Catégorie ORGANISATION DU TRAVAIL:

**Les participantes Aptes et Inaptes qui travaillent ou qui ont travaillé en CESU (Chèque Emploi Service Universel) ont parlé d'une autonomie dans l'organisation de leur journée.
Elles organisaient elle-même leur journée de travail
Une seule Apte travaillait en CESU contre 4 Inaptes.**

Autonomie organisationnelle :

« Je m'organise au jour le jour en fonction de ce qu'il y a à faire, sinon pas grand-chose qui pourrait gêner dans mon travail. Rien n'est un problème, si je peux pas le faire aujourd'hui parce qu'elle est là, je m'arrange pour le faire à un autre moment. » (I3B)

« moi j'étais en CESU, c'est nous qui faisons notre planning et comme on voulait, on ne changeait pas telle heure pour telle heure la semaine d'après et c'est le problème des grandes boîtes ça. » (VII4B)

« Et le fait de travailler pour soi c'est quand même mieux, on est autonome, on décide des trajets, c'est important. On n'a pas de trajets mal fait qui nous fait revenir sur nos pas puis aller très loin comme dans les entreprises. Je gérais mon emploi du temps et c'était bien. » (X17B)

En association, les plannings sont faits par les responsables de secteur. Les temps de trajets ne sont pas toujours optimisés voir minimisés. L'enchaînement des trajets entre les domiciles est quelque chose de difficile. Les participantes encore en activité ou qui ne le sont plus le mentionnaient toutes autant.

Temps de trajet non adapté, trop court :

« C'est organisé par la responsable de secteur qui nous fait les plannings, évidemment parfois il y a des choses qui ne vont pas du tout dans le planning, en terme de trajet, ils vont mettre trop court en temps pour un trajet, des choses improbables. Ou des journées épuisantes à faire que du ménage. Faut avoir une bonne condition physique. Et l'enchaînement avec la voiture et le refaire plusieurs fois par jour c'est difficile. » (II5B)

« Mais avec le recul en 2017, l'association dans laquelle j'étais commençais à calculer les temps entre chaque domicile et là ils nous ont considéré comme des machines et ça a joué sur mon équilibre psychologique et mon corps à lâcher. En 2017- 2018 l'association a commencé à calculer les trajets qui n'avaient rien à voir avec la réalité de la circulation du centre ville. »

2 participantes ont parlé de l'instauration du pointage des heures et de l'accélération du rythme du travail lié à ce système.

Pointage des heures :

« Quand j'ai quitté ma première boîte on commençait déjà à être pointé, porter des vêtements obligatoires, il y a des choses qui se sont imposées à nous. Et c'est sur les plannings, c'est plus un rendement qu'autre chose, par rapport à la personne en elle même. J'ai vu la différence entre avant où on s'occupait vraiment de la personne et ensuite quand le pointage a commencé et fallait caler un maximum de gens dans nos heures en fait. » (VII12B)

« Nous c'est nos responsables de secteur qui nous font les plannings, maintenant on a des smartphones, on arrive chez la personne on badge nos heures d'arrivée et de départ. » (IV11B)

Les transmissions entre elles se faisaient à l'aide d'un cahier de liaison.

Cahier de liaison pour transmission :

« Ce qui nous relie c'est un cahier de liaison, de transmission » (VIII29B)

« Au niveau des collègues c'est vrai qu'on se parle beaucoup par le cahier de liaison » (III24B)

Catégorie FORMATION :

Formation Gestes et Postures :

Toutes les APTES ont reçu une formation gestes et postures.

Chez les Inaptes, uniquement les participantes 3 et 4. (VIII et IX)

La moyenne d'âge des participantes formées était de 52.1 ans et une ancienneté moyenne de 16 ans.

Les participantes Inaptes 1, 2, 5 et 6 (VI, VII, X et XI) n'ont pas reçu de formation gestes et postures. C'est-à-dire la majorité des Inaptes.

Leur moyenne d'âge était de 58,75 ans et une ancienneté moyenne de 12.5 ans.

Selon le test non paramétrique de Wilcoxon Mann Whitney, il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur l'âge ($p=0.08$) et l'ancienneté ($p=0.44$) entre ces deux groupes (formé et non formé).

L'âge et l'ancienneté ne biaisent pas le fait que la formation apparait clairement comme un facteur protecteur quant à l'inaptitude.

Toutes les participantes formées en Gestes et Postures ont travaillé dans une association. Les participantes non formées en Gestes et Postures ont travaillé en emploi direct (CESU) pour la majorité (Inaptes 1,2 et 5) et n'ont pas connu les associations ou entreprises, à part la participante Inapte 6.

On voit donc un effet structure au niveau de la formation Gestes et Postures. Les aides à domicile travaillant en association ont plus de chance d'avoir reçu cette formation.

La majorité des Inaptes n'étaient pas diplômées (Inaptes 1, 3, 4, 5 et 6).

Absence de diplôme :

« Non j'ai pas passé de diplôme. » (VIII39C)

« Non pas de diplôme, pour des raisons de vie. » (IX39C)

« Non absolument pas. » (XI20C)

3 participantes Aptes étaient diplômées et 1 participante Inapte l'était.

Diplôme d'auxiliaire de vie sociale :

« J'ai mon diplôme d'auxiliaire de vie oui, parce que la formation est diplômante au bout de 6 mois. Vous choisissez un thème au hasard, vous avez 15 min pour vous préparer et vous avez 3h de prestation. Et au bout des 3h soit on vous le donne soit non. » (I20C)

« J'ai fait la formation d'auxiliaire de vie sociale. » (II14C)

Quelques participantes témoignaient d'une envie de rechercher de l'information sur leur métier, de se former. Elles avaient une posture active et non passive face à l'information, c'était notamment le cas pour les participantes Apte 1 et Inapte 2, 3 et 4.

Recherches personnelles sur le métier:

« Sur les forums médicaux surtout, sur internet. » (II2C)

« Je cherche sur internet et je redemande à mon médecin ou à mon chirurgien. Sinon par l'expérience. » (VII20C)

« Je suis une boulimique de l'information et il y a une dizaine d'année je m'y suis intéressé. J'ai eu des collègues pendant des années qui cumulaient des arrêts pour des tendinites, des sciatiques, moi je n'ai pas eu ça. Je recherchais dans les journaux ce que c'était, ça m'intéressait. » (VIII21C)

Souhait de formation ergonomique et psychologique avant de débiter :

« Au départ, je pense que les organismes devraient faire des formations d'ergonomies dès la première année pour bien expliqué » (VII1C)

« Et une formation psychologique parce qu'il y a toute sorte de personnes, faut préparer les débutants aux personnes âgées ou handicapés, il y a de tout donc faut s'adapter » (VII2C)

Nous avons constaté que les participantes en recherche d'information, étaient en majorité des auxiliaires de vie sociale.

La seule parmi elles, qui était aide à domicile, était d'origine italienne, non diplômée, qui s'est adaptée à une culture, à un pays.

La participante Inapte 4 est la seule avec un conjoint qui possède une position socioprofessionnelle supérieure à la sienne.

Une participante nous a fait remarquer qu'une formation ne suffisait pas, des piqûres de rappel tout au long de la vie professionnelle étaient nécessaires.

Oubli par manque de pratique :

« Se servir d'un verticalisateur, j'ai eu la formation mais je n'ai pas pratiqué après et j'en ai eu besoin longtemps après et dieu sait que je n'étais pas à l'aise du tout. Trop de temps entre la formation et la situation. Il faudrait qu'on pratique plus souvent, qu'on tourne entre les personnes même si ce n'est pas facile pour les personnes de changer de personnel. » (III21C)

Cette participante, l'Apte 3, travaillait en mode mixte, mandataire et prestataire.

Elle possédait une autonomie organisationnelle en mandataire qui était diminuée en prestataire.

Il est difficile de réaliser certaines tâches de manière régulière et le planning est fait par les responsables de secteur en prestataire.

La majorité des APTES n'étaient pas informées sur les risques psycho-sociaux.

Pourtant elles travaillaient ou avaient travaillé en association et étaient formées en Gestes et Postures.

La participante Inapte 3 avait reçu une formation sur la maladie d'ALZHEIMER et sur la fin de vie.

La participante Inapte 6 connaissait les RPS par expérience avec des situations de fins de vie difficilement vécues.

Risques psycho sociaux :

« Oui j'ai eu des formations en geste et posture, sur la maladie d'Alzheimer et en fin de vie. C'était non obligatoire mais moi ça m'intéressait et j'y allais. » (VIII24C)

« Et oui les Risques Psycho sociaux ça me parle, j'ai travaillé avec des personnes en fin de vie. On n'avait pas de formation, ça a été compliqué de se détacher de tous ça, c'est pas simple, c'est pas un membre de notre famille mais quand ça fait plusieurs années que vous travaillez chez ces personnes-là, il y a un attachement, un lien. » (XI12C)

Catégorie DIFFICULTES PHYSIQUES :

Les douleurs physiques à type de tendinites, les infiltrations et opérations chirurgicales ont été décrites aussi bien par les participantes Aptes que les Inaptes.

Tendinites, opérations chirurgicales :

« Ah bé c'est comme j'ai fait, j'ai eu 4 tendinites au poignet, j'ai eu des infiltrations. » (IV17D)

« J'ai eu des problèmes de tendinite, j'ai dû me faire opérer et là on m'a fait comprendre qu'il fallait se préserver » (IV4D)

« Oui, j'ai subi beaucoup d'opération donc forcément je suis informée à cause de ça » (VII17D)

« Oui parce que j'ai arrêté quelques mois, puis recommencer puis arrêter puis recommencer puis un soir quand j'ai voulu rentrer de mon travail je pouvais tout juste tenir le volant de ma voiture, je souffrais énormément des épaules, là je me suis dit faut que j'arrête c'est plus possible » (IX6D)

Certaines participantes évoquaient la difficulté physique des heures de ménages, activité épuisante lorsqu'elle est répétée un grand nombre d'heure.

La station debout prolongée était plus difficile à tenir en fin de semaine.

Le manque d'ergonomie des maisons ne facilite pas ces tâches ménagères.

Station debout prolongé, espace de travail non ergonomique, ménage épuisant :

« Ou des journées épuisantes à faire que du ménage. Faut avoir une bonne condition physique. Et l'enchaînement avec la voiture et le refaire plusieurs fois par jour c'est difficile. » (II6D)

« C'est physique mais je le fais à mon rythme, comme je veux. » (III6D)

« Bouger ça m'est plus facile que de rester sur place debout. En fin de semaine, rester debout c'est plus dur moi je trouve. » (III11D)

« Mais certaines maisons n'étaient pas simples. Il n'y a pas beaucoup de personnes qui arrangent leur maison pour que le ménage soit plus facile à faire. » (XI1D)

3 participantes INAPTES soit la moitié de l'échantillon, ont soulevé les problèmes de matériel non adapté ou manquant.

Aucunes des participantes APTEs n'ont mentionné cet aspect d'absence de matériel.

Transfert sans matériel, matériel trop vieux, trop lourd :

« si c'était à refaire je rentrerais dans une structure où il y a le matériel adapté parce qu'au domicile le grand problème c'est qu'il n'y a pas le matériel. Au domicile les lits médicalisés arrivent vraiment quand la personne est grabataire. Les appuis salle de bain également quand la personne est grabataire. Il n'y pas de douche, un tabouret de camping qui fait office de douche. C'est très compliqué. » (VIII1D)

« Quand vous faites le transfert d'un papi, chez lui, qui est dans son fauteuil, vous tirez sur vos bras, sur votre dos, vos cuisses, vous vous pète la santé tout le temps, parce qu'il y a pas le matériel adapté. » (IX21D)

« Non, non il n'y a rien du tout. L'outil était trop vieux, trop lourd du coup » (X12D)

Catégorie RELATIONNEL avec les supérieurs et les employeurs:

La majorité des Aptes nous disaient avoir des relations cordiales avec les supérieurs, une bonne entente au quotidien.

Relation cordiale avec les supérieurs :

« Avec mon patron, très cordial, on se voit tous les jours » (I13E)

« Hyper bien au niveau des supérieurs » (III22E)

« Je téléphone au responsable de secteur directement. On a une très bonne écoute en tout cas. » (IV24E)

La moitié des Inaptes nous confiait un manque d'écoute, d'empathie de la part de leurs anciens supérieurs et employeurs. Il y avait peu de considération sur le métier qu'elles faisaient.

Aucunes participantes Aptes n'ont parlé de leurs supérieurs en négatif.

Manque d'écoute des supérieurs :

« L'association dans laquelle j'étais commençais à calculer les temps entre chaque domicile et là ils nous ont considéré comme des machines et ça a joué sur mon équilibre psychologique et mon corps à lâcher » (VIII16E)

« J'ai eu un conflit parce que la personne avait du mal à me payer. Certains particuliers me demandait mes besoins, d'autres c'était comme ça et point barre » (X25E)

« Il n'y avait pas beaucoup d'écoute, ce qui remontait c'était leur problème à eux, pas les nôtres. » (XI8E)

« Les supérieurs ne cherchaient pas forcément les problèmes que l'on pouvait rencontrer. » (XI17E)

Catégorie RELATIONNEL avec les collègues :

La majorité des participantes Inaptes parlaient de cette absence de relation avec leurs collègues, de l'absence d'esprit d'équipe et du sentiment d'isolement qui en découle.

Absence de relation avec les collègues, isolement :

« Je n'avais pas de collègues et mes employeurs étaient les personnes qui m'employaient les bénéficiaires quoi. » (VI17E)

« Les collègues c'est étrange parce qu'on est une équipe mais on travaille seul au domicile, ce qui nous relie c'est un cahier de liaison, de transmission. Mais on n'a pas vraiment un esprit d'équipe. On est très solitaire ». (VII31E)

« Avec les collègues on ne se voyait pas beaucoup, il y a eu 2 réunions sur la dernière année où j'étais là. Ce n'est pas beaucoup. » (XI18E)

Par contre, la majorité des participantes Aptes faisaient mention de la bonne relation qu'elles entretenaient avec leurs collègues, des échanges de point de vue bénéfique et ne parlaient pas du sentiment d'isolement.

Bonne relation avec les collègues, échange de ressenti bénéfique :

« Oh avec les collègues ça va, on se voit pas beaucoup mais on ressent les mêmes choses » (II16E)

« Très bien, on communique avec le cahier de liaison, ce que la personne mange, si le linge est fait ou pas. » (IV22E)

« Et ce qui est bien c'est qu'on va parler d'une personne et la collègue qui s'occupe aussi de la personne va pas avoir du tout le même ressenti. Et on échange là-dessus. » (III25E)

Catégorie RELATIONNEL avec la famille du bénéficiaire :

Les participantes Apte 4 et Inaptes 3 et 4 ont parlé du déni de la famille du bénéficiaire sur la situation au domicile, sur la perte d'autonomie qui n'était

La famille raisonne souvent en termes de coût, et donc le matériel permettant aux aides à domicile de travailler dans de bonnes conditions tarde à être mis en place au domicile.

Ceci engendre des difficultés physiques et des situations pouvant mener à l'incapacité.

Déni de la famille du bénéficiaire, absence d'écoute :

« Mais c'est un beau métier ça c'est clair après il y a le déni des familles aussi, le fait de ne pas voir sa maman se dégrader, avoir besoin de protection, de nouveau drap... Tout ça coûte aussi et il y a le sentiment de ne pas être écouté par les familles qui est pesant aussi » (IV30E)

« Oui mais après l'information avait du mal à être retenue parce que la famille n'est pas à l'écoute, elle est dans le déni, il y a des questions économiques aussi. » (VIII9E)

« Déjà que la famille est dans le déni, si vous avez un médecin qui ne vous aide pas, c'est super dur de faire son boulot. » (IX7E)

« Parce que la famille raisonne en terme de coût, garder ses parents au domicile ça coûte une blinde, comme en structure. » (IX9E)

Aussi, il peut parfois y avoir un manque de soutien de la famille voir une agressivité envers l'aide à domicile après le décès du bénéficiaire si la relation était étroite entre aide à domicile et bénéficiaire, c'était le cas de la participante Inapte 4.

Agressivité de la famille du bénéficiaire :

« Le jour où j'ai annoncé le décès à sa famille ils m'ont dit, "tu nous dois des comptes". C'était très violent. Les enfants ont du mal à s'occuper de leurs parents, ils sont bien contents de vous trouver. Et parfois à la fin, c'est un boomerang. » (IX16E)

Certaines participantes ont parlé de la difficulté à dire non, que ce soit à son employeur ou au bénéficiaire ou à la famille.

Plus précisément, 2 participantes Aptes et 2 participantes Inaptes le mentionnaient.

Cette difficulté se retrouve surtout en début de carrière, lorsqu'on a besoin d'un emploi et que l'on vient d'arriver dans l'association ou l'entreprise.

Difficulté à dire NON :

« Ce n'est pas toujours facile, au début je ne le faisais pas, je ne savais pas dire non, j'ai eu des problèmes de tendinite, j'ai dû me faire opérer et là on m'a fait comprendre qu'il fallait se préserver » (IV4E)

« C'est toujours difficile de refuser ou de faire autrement si la personne a décidé. » (VI3E)

« Au début j'avais besoin d'employeurs donc je disais oui à tous, puis après au bout d'un moment je filtrais, je disais non parce que les conditions n'étaient pas bonnes, mais j'ai tardé à faire ça. » (X10E)

Catégorie DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES :

Les participantes des deux groupes nous ont parlé des difficultés émotionnelles au domicile, face à la mort, face aux troubles cognitifs des sujets âgés, du fait de devoir répéter les choses plusieurs fois, d'être patient, d'écouter les plaintes et parfois l'envie de mourir des bénéficiaires isolés. Il faut s'adapter aux différentes personnalités des bénéficiaires.

Cela participe à l'exigence émotionnelle d'un métier humain.

Gérer la solitude des bénéficiaires, la fin de vie, Alzheimer, la mort :

« Moi j'ai eu une dame qui avait Alzheimer, au début fallait se présenter, y aller doucement pour ne pas trop la bousculer dans ses habitudes. Parfois elle peut devenir agressive, fallait s'adapter à ça. » (IV21F)

« Des Alzheimer on en a de plus en plus aussi et quand on vous répète plusieurs fois, "qu'est-ce qu'on va manger, qu'est-ce qu'on va manger?" c'est compliqué aussi, on explique, on répète doucement » (IV28F)

« Ah oui moi j'ai eu un monsieur que j'ai retrouvé suicidé, j'ai appelé son portable, ça n'ouvrait pas et un monsieur qui venait livrer les repas est arrivé, il était un peu de la famille, il savait où était le double des clés et c'est comme ça qu'on l'a découvert. » (IV29F)

« Ça dépend des gens, il y a des personnes au domicile qui vous laisse faire et d'autre qui sont très rigide, il y a des gens charmants et d'autres non. Il y en a avec qui ça passe pas c'est clair. » (V9F)

« Ils ont besoin parfois de parler, c'est souvent des gens seuls. » (V12F)

« Le monsieur s'est assis sur une chaise et m'a dit, "bon bé maintenant j'attends", et moi je lui ai demandé "qu'est-ce que vous attendez ?" et il me dit tout simplement, "j'attends la mort". Ah ouai, alors la double peine, la toilette et la rencontre avec la mort et ce que ça génère. On n'est pas préparé à ça quand on est auxiliaire de vie. » (IX38F)

« Je pense ça aurait changé ma façon d'accepter les choses. J'ai eu un monsieur avec une sclérose en plaque que je voyais tous les jours et un weekend end sur deux, ça a été compliqué quand il s'en est aller. Je l'ai vu 2h avant qu'il s'en aille, ça a été compliqué d'accepter. » (XI14F)

2 participantes Aptes nous ont confié les problèmes d'harcèlement sexuel qu'elles ont pu vivre au domicile avec des bénéficiaires.

Parfois les responsables de secteur font le nécessaire pour que la situation ne se reproduise plus, parfois non, par difficultés d'organisation faute de recrutement.

Harcèlement sexuel :

« Si une fois c'était moi, parce que la personne me faisait du harcèlement....c'était un peu du harcèlement sexuel si vous voulez, pendant la douche. Mais comme on n'est pas beaucoup à savoir faire les douches, il a fallu que j'y retourne » (II9F)

« J'ai eu un monsieur qui faisait du harcèlement sexuel, des mains baladeuses et tout ça, bon quand c'est comme ça, je m'en vais et j'y reviens plus. Des mecs qui pensent qu'on vient pour autre chose il y en a. » (V10F)

Catégorie Investissement professionnel :

La majorité des participantes Aptes n'ont pas parlé de surinvestissement professionnel.

Par contre, 4 participantes Inaptes nous ont parlé de leur investissement dans leur travail, du fait qu'elles s'impliquaient trop avec le recul.

Leur conjoint, leur famille alertaient sur leur dégradation physique, sur le fait qu'elles ne prenaient plus soin d'elle et que le bien-être des autres passait avant leur bien-être.

Alerte de l'entourage sur investissement professionnel, dégradation physique, trop d'implication dans le travail :

« C'est mon mari qui me le disait. Parce qu'il sentait que je m'investissais trop dans mon travail et que je ne prenais pas trop soin de moi après. » (VI5G)

« Bé au début quand j'étais jeune, j'y allais à fond et après j'ai fondé une famille je me suis marié j'ai fait des enfants et je me suis jamais posé. J'aurai dû faire plus attention à moi et je me suis toujours occupé des autres avant en fait. » (VII9G)

« Moi je sais que je m'impliquais trop, je suis trop mère poule avec mes oies, je m'impliquais à fond » (XI8G)

« Oui, j'ai laissé faire, je me suis dit qu'il était peut-être temps que j'arrête de travailler parce qu'autour de moi on disait, arrête tu vas arriver en retraite tu seras complètement cassée. Et ça se répercutait dans ma vie privée quoi. » (X6G)

Catégorie Situation familiale :

La majorité des participantes étaient mariées. (2 aptes et 4 inaptes)

3 participantes Aptes étaient divorcées.

2 participantes Inaptes étaient veuves.

Catégorie Difficultés de recrutement :

2 participantes Aptes nous ont parlé des difficultés de recrutements dans ce métier.

Les jeunes aides à domiciles ou auxiliaires de vie ne restent souvent pas plus de 2 ans, il y a donc beaucoup d'anciennes.

Elles nous disaient que ce métier est difficile physiquement avec beaucoup d'heures de ménage, la rémunération restait faible et que beaucoup de jeunes ne s'imaginaient pas les contraintes réelles de ce métier. Ce qui engendre un manque de motivation pour rester dans ce secteur.

Difficultés de recrutement, les jeunes ne restent pas :

« Et les responsables de secteur ça va mais elles sont bien embêtées aussi parce qu'il faut remplir les plannings et il suffit qu'il y ait pas mal d'arrêt de travail et avec les difficultés de trouver du personnel et bien les journées augmentent. Y a des gens qui vont venir et repartir assez vite, ceux qui reste c'est très rare. Il y a beaucoup d'anciennes et les jeunes elles ne restent pas. Elles restent maximum 1 an voir 2 maximums. » (II19I)

Métier difficile physiquement, manque de motivation :

« Elles se rendent compte que c'est difficile physiquement et financièrement ça suit pas vu qu'il y a beaucoup de temps partiel ou mi-temps et on ne gagne pas bien sa vie tout en étant fatigué. Manque de motivation. » (II20I)

Rémunération faible :

« Après elle gagne parfois autant à être au chômage, des fois je me dis c'est normal qu'elles ne continuent pas. » (II21I)

« Je voudrais surtout terminer par le fait que c'est un beau métier, mais les jeunes restent pas, parce que le salaire n'ai pas bon. » (III32I)

Manque de connaissance du métier avant de commencer :

« Elle ne s'imaginer pas réellement ce qu'est le métier je pense, s'occuper des personnes âgées... Ca les ennuis je pense. Et le ménage également, elles ne s'attendent pas à faire autant de ménage mais c'est important et ça fait partie du métier. » (III33I)

VII/ DISCUSSION

1. Résultats principaux :

Notre objectif principal était d'évaluer et de comparer le retentissement de la lombalgie chronique dans notre échantillon d'aides à domicile et auxiliaires de vie de Loire-Atlantique.

Le retentissement de la lombalgie chronique dans notre échantillon de population d'aide à domicile de Loire Atlantique active (APTE) et inactive pour cause d'inaptitude (INAPTE) a été évalué par le questionnaire de DALLAS.

Il existait une différence statistiquement significative dans les 4 domaines du questionnaire de DALLAS entre les Aptes et les Inaptes, aussi bien dans le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne, le travail, les loisirs que dans le domaine émotionnel (anxiété/dépression) et la sociabilité.

Dans le groupe Apte, le retentissement de la lombalgie restait faible.

Ces résultats restent en accord avec l'INRS qui mentionnait en 2020 que la lombalgie était la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans en France⁵³ et le fait que la lombalgie est la première cause d'invalidité dans le monde⁷⁰.

Selon une enquête de la DREES en 2008, la première localisation de douleur chez les aides à domicile était le dos avant les membres supérieurs puis les membres inférieurs¹⁶.

Comme évoqué précédemment, les contraintes physiques du métier d'aide à domicile sont multiples et sont certainement un élément majeur quant à la constitution et au maintien de la lombalgie chronique dans le métier.

La Professeure Christelle AVRIL (Professeure agrégée à l'Université ParisVIII, Formation doctorale de sciences sociales de l'ENS et de l'EHESS) insistait dans son ouvrage²⁰ sur la multiplicité des formes de port de charge lourdes dans le métier d'aide à domicile, comme porter les courses, les packs d'eau, transporter l'aspirateur à l'étage, le linge pour l'étendre, pousser les meubles pour le ménage, aider dans les transferts le bénéficiaire pour se lever, pour les aider à marcher, se baisser pour aider à l'habillage, pour mettre les bas de contentions.

Les lombalgies arrivent souvent à cause de l'environnement de travail, en mobilisant le patient, à cause de tâches répétitives ou à cause du stress²¹.

Dans plus de 40 % du temps les postures prises par les aides à domicile étaient « à risque » : flexion du dos à plus de 45°, flexion du dos combinés à des torsions et des inclinaisons latérales, positions accroupies ou à genoux²².

Concernant les TMS des membres supérieurs, l'épaule était la région la plus touchée chez les Aptes et les Inaptes.

La prévalence de la douleur à l'épaule dans les 12 derniers mois d'activité était statistiquement plus forte chez les Inaptes que chez les Aptes.

Cela ne l'était plus concernant la prévalence de la douleur à l'épaule au cours de la vie.

Il n'y avait pas de différence significative sur les autres localisations telles que le coude, le poignet et la main.

La répétition des mouvements au-dessus du niveau des épaules pendant le ménage, le port de charges lourdes, la contraction répétée de ces muscles font partie du métier et peuvent provoquer ces tendinites de l'épaule^{22, 23}.

La gêne dans les activités quotidiennes, au domicile et au travail, occasionnée par les douleurs des membres supérieurs dans les 12 derniers mois d'activité n'était pas différente dans les deux groupes.

Plus des trois-quarts des Aptes et Inaptes qui ont eu des douleurs aux membres supérieurs au cours des 12 derniers mois ont consulté un professionnel de santé, sans différence significative entre les deux groupes.

Au sujet des RPS, plus précisément du RPS « Intensité et du temps de travail » évalué par le questionnaire de SIEGRIST axe « Effort », le score était statistiquement plus important, donc l'effort ressenti plus important chez les Inaptes au sujet de la charge de travail, des efforts physiques et de l'exigence ressentie dans le travail.

Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes sur l'effort ressenti concernant l'interruption des tâches, les responsabilités et le fait de faire des heures supplémentaires.

Au sujet du RPS « Exigence émotionnelle » évalué par le questionnaire de COPSQ version 2 domaine « Bien-être et Santé », il existait uniquement une différence statistiquement significative sur l'échelle « Epuisement », qui évaluait la fréquence à laquelle l'aide à domicile s'est sentie à bout de force et émotionnellement épuisée.

Il n'existait pas de différence sur l'état de santé auto évalué, l'irritabilité, le stress ressenti, l'impact du travail sur la vie privée et la crainte de perdre son emploi.

L'analyse qualitative des entretiens semi-directifs exploratoires a permis d'identifier quelques déterminants et problématiques du métier d'aide à domicile et auxiliaire de vie, via les catégories et thèmes identifiés.

Le fait de pouvoir s'adapter dans le travail quotidien, d'adapter ses postures, ses gestes, de pouvoir reporter des tâches physiques au lendemain, d'adapter son travail en fonction de son état physique est bénéfique et rejoint l'importance d'avoir un minimum d'autonomie dans l'organisation de la journée quelque-soit le mode d'activité de l'aide à domicile (associatif, mandataire, prestataire ou emploi direct).

La capacité à dire Non, chose difficile au début de carrière lorsqu'on est dans le besoin de maintenir un emploi pour fonctionner économiquement, se ménager pour se préserver, sont des facteurs importants pour lutter contre le surinvestissement professionnel majoritaire chez les Inaptes ayant participé aux entretiens.

L'augmentation du rythme de travail, du nombre d'intervention, l'instauration du pointage des heures via les smartphones associés aux trajets non optimisés et aux temps de trajets non pris en compte (27% des employeurs le prennent en compte en moyennes)¹² instaure une réelle pression temporelle dans ce secteur d'activité¹⁹.

L'augmentation du nombre d'intervention est un facteur majeur de pénibilité ressenti dans le métier d'après les chercheurs du CLERSE en 2011¹² et cette pénibilité engendre des difficultés de recrutement et des difficultés à se faire remplacer lorsque son état de santé le nécessiterai, comme deux participantes Aptes nous le mentionnaient.

L'absence de matériel adéquat qui ajoute de la pénibilité physique peut être due à l'employeur comme à la famille qui est parfois dans le déni de la perte d'autonomie du proche qui prend de l'âge ou dans le raisonnement en termes de coût ce qui n'améliore pas les conditions de travail.

La formation en « Gestes et Postures » apparaît clairement comme un facteur protecteur contre la mise en inaptitude, quel que soit l'âge et l'ancienneté au vu des entretiens. Nous nous sommes

aperçus d'un possible effet structure puisque les aides à domicile travaillant ou ayant travaillé en association avait plus de chance d'avoir reçu la formation Gestes et Postures que celles travaillant en emploi direct (CESU).

Le fait de recevoir une formation est une chose mais s'il n'y a pas de mise en pratique par la suite, le contenu de la formation se perd par manque de pratique et oubli comme le signalait une des participantes Apte. Des piqûres de rappels tout au long de la vie professionnelle sont nécessaires. Le diplôme d'auxiliaire de vie social tient une place importante au vu de l'analyse des entretiens puisque la majorité des Inaptes n'était pas diplômée alors que la majorité des Aptes l'était.

L'absence d'information et de formation sur les RPS était une constante chez les Aptes comme chez les Inaptes malgré l'exigence émotionnelle du métier, malgré la confrontation avec la mort, la maladie, la dégradation physique, les troubles cognitifs qui engendrent parfois de l'agressivité de la part du bénéficiaire qu'il faut savoir gérer au quotidien.

Entretenir de bonnes relations avec ses supérieurs et ses collègues apparaît comme un facteur important pour perdurer dans ce secteur. La majorité des Inaptes parlait du sentiment d'isolement, d'absence de collègue, contrairement aux participantes Aptes.

Ce sentiment d'isolement par manque de soutien est un risque professionnel qui peut apparaître et qui est important à identifier et à suivre chez l'aide à domicile ou l'auxiliaire de vie pour éviter l'inaptitude. Il y a souvent une difficulté à exprimer cette souffrance morale du fait de cet isolement. Cela a déjà été relevé à de nombreuses reprises^{17, 75, 76, 78}.

2. Forces et Faiblesses de l'étude :

A : Forces de l'étude :

Cette étude se positionne dans un contexte de difficulté de recrutement dans le secteur de l'aide à domicile, de vieillissement de la population de travailleurs et travailleuses du secteur et de vieillissement de la population Française avec, dans les années à venir, une augmentation du nombre de sujet âgé en perte d'autonomie, voulant vieillir à domicile comme le rapport LIBAULT l'affirmait en 2019. Le besoin dans le secteur de l'aide à domicile va augmenter considérablement mais les difficultés de recrutement d'aujourd'hui mettent en péril la possibilité de vieillir chez soi dans de bonnes conditions dans les années à venir, faute d'accompagnement par manque de personnel.

Peu d'étude se sont intéressées aux facteurs prédictifs d'inaptitude dans le secteur de l'aide à domicile. C'est un métier essentiel, peu considéré dans la société, dont on parle peu et l'information sur ce secteur d'activité est faible. S'y intéresser nous paraissait important pour mettre en lumière ce métier qui traverse quelques difficultés, qui peine à attirer de nouvelles recrues et surtout à pérenniser l'emploi dans ce secteur à long terme.

Cette étude est composée d'une partie quantitative et qualitative. La partie quantitative, basée sur un questionnaire auto administré à un échantillon d'aide à domicile Aptes et Inaptes, composé lui-même de questionnaires validés permet d'analyser et de comparer les facteurs de risque de mise en inaptitude dans cette population. La partie qualitative permet de compléter, d'approfondir les problématiques et les mesures faites sur le sujet, par le questionnaire. L'utilisation de ces deux approches complémentaires permet d'enrichir les informations et les connaissances sur ce thème, par rapport à une méthode quantitative ou qualitative seule.

B : Faiblesses de l'étude :

Au sein des biais de sélection, il existe un biais de recrutement. En effet, pour l'aspect quantitatif et qualitatif, nous avons recruté les Inaptes via une base de données, la base de données RNV3P. Les participantes du groupe Inaptes ont toutes été vues en consultation de Pathologies Professionnelles du CHU de Nantes. Elles ne sont donc pas représentatives des AAD déclarées Inaptes en France, dans d'autres régions et par d'autres services de médecine du travail.

Également, il existe une différence statistiquement significative entre les Aptés et les Inaptes qui ont répondu au questionnaire sur l'âge moyen et l'ancienneté. Or, l'âge et la durée d'exposition sont des facteurs importants concernant la genèse des TMS.

Il existe également un biais de volontariat, puisque les participantes Aptés comme Inaptes qui ont participé au questionnaire et aux entretiens étaient toutes volontaires.

Du fait de ces biais de sélection, les résultats présentés dans cette étude ne peuvent pas être généralisés aux aides à domicile et auxiliaires de vie de France.

Il existe des biais d'information. En premier lieu, le biais de mémorisation. En effet, l'étude cas témoin est rétrospective. On demande aux participants de se souvenir d'une exposition à un facteur de risque dans leur passé. Lors de cet effort de rappel, les Cas (les Inaptes), sensibilisés au problème de santé qu'ils ont vécu, peuvent faire plus d'effort pour se souvenir de l'exposition passée que les Témoins (les Aptés).

Deuxièmement, le biais de subjectivité de l'enquêteur. Étant novice dans la réalisation des entretiens semi-dirigés, la façon de poser les questions, de rebondir aux réponses pouvait induire les réponses supposés. La technique s'est améliorée au fur et à mesure des entretiens.

Troisièmement, le biais de prévarication, l'omission d'information de manière volontaire de la part de l'interviewée de peur d'être jugé ou incompris par l'intervieweur.

Enfin, la taille de l'échantillon pour les entretiens n'a pas permis d'arriver à saturation des données, malgré la saturation catégorielle.

3. Comparaison avec la littérature :

A : Concernant les Troubles Musculo-squelettiques

En France :

La littérature est particulièrement pauvre concernant l'inaptitude et la lombalgie dans le secteur de l'aide à domicile.

Nous pouvons citer une étude de 2015, qui s'est intéressée au retentissement sur la santé des conditions de travail des intervenants dans une entreprise d'aide à domicile¹⁰¹. Un questionnaire a été envoyé et a été rempli par 235 aides à domicile. L'auto questionnaire était composé de 4 parties : caractéristiques des aides à domicile, horaires et organisation du travail, appréciation sur le travail et Santé. Un peu plus de la moitié des AAD avait une ancienneté au poste inférieure à 5 ans, ce qui est plus faible que dans notre étude chez les Aptés et les Inaptes. Dans cette étude, 44% des aides à domicile avaient déjà pensé à changer de travail à cause du salaire et de l'organisation du travail, ce qui rejoint les retours que l'on a pu avoir dans les entretiens semi-dirigés au sujet des problèmes d'organisation de travail. Dans cette étude, la moitié des AAD pensaient que le matériel n'était pas suffisant pour les tâches à accomplir. Concernant l'état de santé, 83% des AAD avaient eu des douleurs dorsales et 66% avaient eu des douleurs aux membres supérieurs (épaules, coudes, mains). Cette étude rejoint les résultats de notre étude faisant de la lombalgie la première plainte

chez les aides à domicile.

La DREES en 2008 a mené une enquête sur la santé des aides à domicile qui indiquait que 81% ressentait des douleurs du dos, 57% au niveau des membres supérieurs et 39% au niveau des membres inférieurs. Ces résultats font également des lombalgies, la première localisation des TMS chez les aides à domicile.

Dans cette étude, un tiers des salariés déclaraient avoir connu au moins un arrêt de travail au cours des douze derniers mois ce qui témoigne de l'impact des TMS sur le maintien ou non dans l'emploi chez ces salariés de l'aide à domicile¹⁶.

Une étude de cohorte rétrospective transversale descriptive et analytique a été réalisée par l'AMETRA (Service de Santé au Travail de la métropole de Montpellier) en 2020. Cette étude mentionnait que l'incidence moyenne des inaptitudes dans la population d'actifs était de 8,1‰ et les métiers qui prédominants étaient essentiellement ceux du nettoyage et aide à domicile (24,6‰). Suivi des métiers de la sécurité/sûreté et de la protection (13,7‰), du commerce (11,3‰), du médical et paramédical (10,4‰). On voit bien que le secteur de l'aide à domicile est très touché par l'inaptitude professionnelle¹⁰².

Dans le monde :

Plus largement, concernant la lombalgie et le travail, en 2010, la 5^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound) a montré que la lombalgie est un problème majeur de santé lié au travail. Avec 47 % des travailleurs européens disent avoir souffert du dos au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête⁵³.

En 2016, la société de Gérontologie Américaine a réalisé une analyse recherchant les variables les plus associées à l'intention de quitter le métier d'aide à domicile.

Ces analyses ont montré que les aides à domicile qui ont souffert de TMS dans l'année précédente ont plus de risque de quitter ce métier que celles qui n'en souffrent pas, Odds Ratio (OR) à 2,41⁸⁹. Ces résultats vont dans le même sens que notre étude à savoir que les TMS de l'épaule dans les 12 derniers mois d'activité étaient significativement plus fréquentes dans le groupe Inapte comparé au groupe Apte.

B : Concernant les Risques psycho-sociaux

En France :

D'après la thèse de Mme Soazig DISQUAY⁷, concernant l'aspect relationnel, dans le secteur de l'aide à domicile prestataire, seuls 54% des aides à domicile affichent entretenir des relations conviviales avec les bénéficiaires, contre 71% en emploi direct et 59% en mandataire, conséquence peut-être de la rotation fréquente des équipes qui ne permet pas de s'attacher aux bénéficiaires. La relation humaine, l'attachement, la convivialité avec le bénéficiaire et sa famille sont valorisantes pour les travailleuses du secteur de l'aide à la personne.

Lorsque cela vient à manquer, la satisfaction au travail diminue et l'on sait que c'est une variable importante sur l'intention de quitter le secteur de l'aide à domicile⁷³.

Dans les entretiens semi-dirigés de notre étude, l'investissement dans la relation au bénéficiaire est une notion très présente également (« *Moi je sais que je m'implique trop, je suis trop mère poule avec mes oies, je m'implique à fond* » IX8G)

Une étude de la DREES en 2008, reprise par François-Xavier Devetter, Djamel Messaoudi, Nicolas Farvaque, chercheurs au CLERSE (Centre Lillois d'Etudes et de Recherches Sociologiques et Economique)¹², pour étudier les contraintes de temps et la pénibilité au travail des aides à domicile montrait que le sentiment de pénibilité était augmenté significativement par la charge de travail (le nombre d'interventions pendant la journée) avec un OR de 2.32 ($p < 0.01$) et non par les heures supplémentaires et la durée de travail.

Cela va dans le même sens que nos résultats concernant le RPS « intensité et temps de travail » évalué par le questionnaire SIEGRIST axe « effort » qui retrouvait une différence significative entre les Aptes et les Inaptes avec une augmentation de la charge de travail ressentie chez les Inaptes et une absence de différence entre les 2 groupes concernant le fait de faire des heures supplémentaires.

Concernant l'exigence émotionnelle et surtout l'épuisement ressenti, principale variable où l'on a montré une différence significative entre les 2 groupes de notre étude, nous avons trouvé le travail d'Hélène REVILLON¹⁰³ dans le cadre de son mémoire pour l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, en 2014, qui s'intéressait à la prévention des risques psychosociaux en EHPAD à l'aide d'un questionnaire et d'entretiens soumis à tous le personnel de cet EHPAD. Cette étude mentionnait que de travailler toujours plus vite, avec des contraintes d'exigences des familles, des contraintes d'un management directif poussent les salariés vers un épuisement professionnel. Cet épuisement peut se traduire par la perte du sens du travail qui diminue la satisfaction au travail et augmente les risques de quitter le métier.

Dans le Monde :

En Australie, en 2017, des chercheurs ont donné la parole à 49 aides à domicile, sous forme d'entretiens individuels et de groupe de parole, pour définir les risques psycho-sociaux de leur métier.

Il en est ressorti quatre variables : une charge émotionnelle forte, travailler dans un environnement non sécurisé, l'insécurité financière, un faible support organisationnel⁸⁵.

En Suède, une étude cas témoin, réalisé en 2002, avec des aides à domicile qui ont été mis en invalidité et d'autres encore actives, a étudié au moyen d'un questionnaire, les facteurs psychosociaux présents 5 ans et 15 ans avant la mise en invalidité de ces aides à domicile.

Il en est ressorti qu'une ergonomie de travail faible, une pression temporelle forte et le manque de compétences techniques par manque de formation étaient des facteurs de risques de rupture avec le travail et de mise en invalidité important.

Le manque de support de la part des managers et les problèmes de relation au travail augmentaient de 2,6 fois le risque d'être en invalidité 15 ans après.

Le faible soutien dans l'organisation du travail de la part des managers augmentait fortement le risque d'être en invalidité 5 ans après^{87, 88}.

Aux Etats-Unis, au TEXAS plus précisément, en 2016, une étude menée sur 150 aides à domicile explorant les raisons de rupture avec le travail montrait qu'une amélioration du soutien organisationnel, notamment au niveau du planning, diminuait de 7% l'envie de quitter son emploi⁶⁴.

En 2005, une étude canadienne soulignait l'importance de la satisfaction au travail pour diminuer le turnover au sein des équipes.

Cette satisfaction au travail vient d'une bonne relation entre collègue, un support hiérarchique sur lequel les aides à domicile peuvent compter, un salaire convenable et une bonne organisation au niveau du calendrier⁶³.

Ces études font écho aux entretiens semi directifs réalisés dans notre étude et qui soulevaient l'importance de la possibilité de s'adapter dans son organisation du travail, d'être formé et de rester formé et compétent dans les tâches à accomplir, ainsi que d'entretenir de bonnes relations avec les supérieurs, les collègues et les familles des bénéficiaires.

4. Perspectives :

Pour diminuer, les TMS, notamment la lombalgie, **plusieurs programmes** ont vu le jour :

En Amérique du Nord et au Canada, la prévention des lombalgies repose sur des programmes de « zéro lift ». Le programme zéro lift, réduction au maximum du soulèvement, est basé sur les principes suivants : faire glisser, rouler et pivoter et faire participer le patient. Il vise à rechercher les meilleures pratiques sur l'usage généralisé d'aides techniques plus performantes. Ces programmes se sont construits par suite d'un échec de l'évaluation de l'impact de la formation gestes et posture sur la prévention des TMS. Dans le « zéro lift », il s'agit de réduire les efforts physiques lors des manœuvres de repositionnement au lit ou au fauteuil et lors des transferts dans les situations de travail quotidien des soignants, avec une diminution des TMS 31% et un bénéfice financier certain¹⁰⁴.

Aux États Unis, une étude interventionnelle randomisée étudiant l'impact d'un programme d'éducation et d'information sur les risques professionnels chez les aides à domicile a été réalisée.

Ce programme intitulé COMPASS (COMmunity of Practice And Safety Support) associait des sessions de relaxation, de diététique, d'activité physique et de prévention des mauvaises postures entraînant des blessures. Des améliorations significatives sur l'état de santé ont été rapportées^{105, 106, 107}.

En Europe, des projets comme PROXIMA en Belgique ou la cellule APTE de la région Provence Alpes Cotes d'Azur¹⁰⁸ visent à étudier et à améliorer les conditions de travail des aides à domicile.

Des aides matérielles comme l'alaise, le lève patient mobile et le lève patient sur rail sont déjà utilisés surtout à l'hôpital, moins en EHPAD et très peu au domicile du fait d'un manque d'investissement dans le matériel par les structures d'aides à domicile. Il y a également le fait que l'identité professionnelle des soignants est fondée sur un usage du corps dans la relation de soin (Molinier, 1992, Carpentier-Roy, 1995). Le fait d'utiliser un instrument crée une distance physique entre le soignant et le soigné et pose une question d'identité du soignant¹⁰⁴.

La technologie avec la robotique peut être une aide pour les soignants. Le Japon, pays confronté au problème vieillissement de sa population, est un pionnier dans l'industrie de la robotique d'assistance aux soignants avec 2 exemples :

L'exosquelette, une structure mécanique qui double le squelette humain et soulage dans l'effort le soignant qui est aidé notamment pour les transferts de patient.

Le robot ROBEAR, pour les transferts, le soulèvement.

Le robot ASIMO, pour l'aide à la maison.

Mais en France, il existe une crainte au sujet du remplacement du travail humain par les robots. La robotique devrait être une assistance au travail des aides à domicile, notamment sur les tâches les plus pénibles physiquement.

D'autres leviers d'action doivent être mis en place pour pérenniser l'emploi des aides à domicile. Selon, Paul OSTERMAN, professeur de gestion et management au MIT (Massachusetts Institute of Technology) aux Etats-Unis, les axes d'amélioration de l'emploi des aides à domicile passent par l'augmentation du salaire minimum, du taux de remboursement des soins prodigués par les AAD, intégrer le secteur de l'aide à domicile dans le système de santé Américain, améliorer les perspectives de carrières, diminuer l'isolement en augmentant les temps collectifs au sein des entreprises ou associations et conforter leur rôle de lanceuse d'alerte sanitaire vers les infirmières et les médecins¹⁰⁹.

Le rapport LIBAULT sur le Grand Age et les associations préconisait la reconnaissance de la DEPENDANCE comme un risque inhérent à la Sécurité Sociale et non à l'Aide sociale, comme actuellement.

Cela modifierait le financement de la Dépendance vers un modèle centralisé et uniforme intégré aux dépenses de CSBM (Consommation de Soins et de Bien Médicaux).

Financement plus stable, plus homogénéisé car ne dépendant pas des Départements mais de l'Etat directement et donc plus efficace pour soutenir et revaloriser le secteur⁵.

La gestion de fin de carrière et les perspectives d'emploi sont des sujets importants pour le maintien dans l'emploi des salariés seniors. Cela passe notamment par **la GPEC** (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) et **le tutorat**.

Pendant de nombreuses années, la politique de l'État a été d'aider le secteur à se professionnaliser, notamment par l'intermédiaire de la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) sur le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Ce mouvement s'est aujourd'hui ralenti car les structures n'ont plus les moyens économiques d'assumer une augmentation de leur masse salariale puisque la convention collective de la branche de l'aide à domicile a créé un lien automatique entre la montée en qualification et l'augmentation de la rémunération pour les salariés d'intervention les moins qualifiés.

La GPEC est une démarche intéressante puisqu'elle s'appuie sur une analyse de la pyramide des âges des salariés et permet d'aborder la question du maintien dans l'emploi des seniors, notamment sous l'angle du développement des compétences.

Les structures s'efforcent de former leurs salariés seniors à la fonction tutorale.

Un effort qui doit être poursuivi car le tutorat favorise le maintien dans l'emploi des seniors¹⁹.

Lutter contre l'Agisme.

Il existe dans le secteur de l'aide à domicile et des aides-soignantes en EHPAD des difficultés de recrutement comme souligné dans le rapport de Dominique Libault en Mars 2019³. Il y a une baisse des inscriptions dans les écoles d'aides-soignantes depuis 2016 selon les chiffres de la DREES¹¹⁰. L'image des métiers du grand âge dans l'espace public est désagréable. Il y a dans l'espace public une vision globalement négative du grand âge et de la place assignée à la personne âgée, qui déteint sur l'estime de soi des professionnels du secteur. Nous pouvons parler d'« **Agisme** », terme qui faisait référence aux discriminations touchant les personnes âgées, lors de sa création en 1969, aux Etats-Unis par le gérontologue Robert Butler et qui est employé aujourd'hui quel que soit l'âge des personnes qui sont victimes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondées sur l'âge.

La question de l'utilité de l'auxiliaire de vie ou de l'aide-soignante est intrinsèquement liée à celle de la citoyenneté de la personne âgée et à sa représentation dans l'espace public. Lutter contre l'Agisme, notamment contre les personnes âgées contribuera à améliorer la vision du métier d'aide à domicile et d'aide-soignante et aidera au recrutement dans le secteur de l'aide à domicile.

La professionnalisation du métier est un point important. D'après Emmanuelle PUISSANT (économiste, docteure en sciences économiques, diplômée de l'université de Grenoble, actuellement directrice scientifique à l'ADEES Rhône-Alpes (Association pour le développement des études économiques et sociales)), la professionnalisation du métier passe par le développement de dispositifs d'intermédiation, notamment grâce au déploiement de l'encadrement intermédiaire, déjà présent dans les associations et les entreprises à but lucratif, pour favoriser les temps collectifs¹¹¹. Il passe également par l'augmentation du niveau de qualification via le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS), le niveau de rémunération et la diminution des temps partiels^{13, 14}.

La démarche de certification est utile.

Les services certifiés ou détenant un dispositif de reconnaissance de leur qualité retiennent comme principal avantage leur impact sur la qualité du service rendu.

Ils valorisent également la reconnaissance de la part des usagers, des partenaires et des organismes financeurs que la certification apporte⁵⁹.

Rôle du médecin traitant :

La lombalgie est souvent caractérisée par une évolution fluctuante avec des récives fréquentes et un risque non négligeable de passage à la chronicité. Il faut donc la considérer d'emblée, après exclusion des drapeaux rouges, comme une maladie complexe. Ce constat conduit au modèle biopsychosocial, qui intègre le patient dans sa globalité en tenant compte de ses attentes et de son vécu¹¹².

Le médecin généraliste doit apporter une information claire et facile à appréhender pour le patient et éventuellement lutter contre les croyances erronées.

Le médecin traitant a un rôle de prévention quaternaire en demandant des examens d'imageries uniquement pour éliminer une pathologie sérieuse sous-jacente mais en aucun cas d'emblée, ni pour se rassurer ni pour rassurer le patient même si cela peut être nuancer puisque chaque situation est unique et complexe et qu'il doit également faire perdurer l'alliance thérapeutique avec son patient.

Enfin, le médecin traitant doit s'appuyer sur des professionnels de santé de son territoire pour accompagner le patient sur sa douleur, son ressenti et ses questions, sur la rééducation physique et pour accompagner la situation professionnelle du patient (maintien dans l'emploi, réorientation professionnelle...) ¹¹³.

Rôle du médecin du travail

Le médecin du travail a un rôle de conseil auprès des employeurs, du travailleur et de leur représentant concernant l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés.

La visite de pré-reprise, solliciter par le salarié encore en arrêt de travail est un moment clé permettant la mise en place de mesures d'adaptation du poste et du temps de travail.

Le médecin du travail y cherche des drapeaux rouges (pathologies secondaires potentiellement sévères) comme le médecin traitant avant lui mais cherche également, du fait de sa connaissance des spécificités des entreprises et du monde du travail, des drapeaux jaunes (facteurs psychosociaux), des drapeaux bleus (représentations perçues du travail et de l'environnement) et des drapeaux noirs (politique de l'entreprise, système de soins).

L'objectif est de rechercher le retentissement professionnel de la lombalgie pour estimer les

conditions de reprise du poste¹¹⁴.

La démarche de maintien dans l'emploi du patient et salarié lombalgique chronique passe par un travail en réseau. Ce réseau local devrait être composé du médecin traitant, du médecin du travail, du kinésithérapeute ou ostéopathe, du psychologue et le cas échéant de la consultation multidisciplinaire du service de pathologie professionnelle du centre hospitalier avec l'appui du médecin du travail y travaillant, des médecins rééducateurs et ergothérapeutes¹¹⁵.

La fluidité et l'efficacité de ce réseau dépend de la connaissance de son fonctionnement par chacun de ses acteurs et par un travail de coordination.

Tous les territoires ne possèdent pas forcément l'ensemble des acteurs cités si dessus, surtout dans le contexte actuel de pénurie de soignant mais il est important d'avoir la motivation de le faire fonctionner et perdurer dans l'intérêt premier du patient.

Bibliographie

1. Bontout O, Colin C, Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *DREES*. 2002;(160):12.
2. Bressé S. L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées. *Retraite et société*. 2003;39(2):119-143.
3. Libault D. Concertation Grand âge et autonomie. Grand âge, le temps d'agir. Published online March 2019:228.
4. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767. Accessed December 1, 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
5. Gallois F. Domiciliary care services: a poor relation of the french health system. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2013;31(1):15-29.
6. Lainé F, Omalek L. *Les Métiers En 2020 : Progression et Féminisation Des Emplois Les plus Qualifiés : Dynamisme Des Métiers d'aide et de Soins Aux Personnes*.; 2012.
7. Disquay S. La santé au travail des aides à domicile dans le secteur gériatrique prestataire breton La difficile prévention de soi dans l'exercice du care. Published online December 3, 2015. Accessed December 1, 2021. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01323951>
8. Barreyre JY, Watrin D. Deux ans après le rapport sur les services à domicile. *Vie sociale*. 2017;17(1):31-35.
9. Kulanthaivelu E, Thiérous L. *Les Salariés Des Services à La Personne : Comment Évoluent Leurs Conditions de Travail et d'emploi ?*; 2018. Accessed December 1, 2021. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/2018-038.pdf>
10. Devetter FX, Puissant E. Mécanismes économiques expliquant les bas salaires dans les

- services à la personne. *Travail et Emploi*. 2018;(155-156):31-64.
doi:10.4000/travailemploi.8826
11. *Convention Collective Nationale de La Branche de l'aide, de l'accompagnement, Des Soins et Des Services à Domicile Du 21 Mai 2010*.
 12. Devetter FX, Messaoudi D, Farvaque N. Contraintes de temps et pénibilité du travail : les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*. 2012;(2-3):244-268. doi:10.3917/rfas.122.0244
 13. grenat marquier. *La formation aux professions sociales en 2006*. Ministère du travail, des Relations Sociales, De la Famille, De la Solidarité et de la Ville; 2009:63.
 14. Maillard F, Rose J. La création du diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Social (DEAVS), un cas d'école ? In: Cereq; 2007:326.
 15. Simonot A. Ehpad et aide à domicile : un risque élevé d'accident du travail - Le Media Social Emploi. www.lemediasocial-emploi.fr. Accessed December 1, 2021.
<https://www.lemediasocial-emploi.fr/article/ehpad-et-aide-a-domicile-un-risque-eleve-daccident-du-travail-2019-02-22-07-00>
 16. Marquier R, Nahon S. *Les conditions de travail des aides à domicile*. DREES; 2008:60.
 17. Trabut L. Aides à domicile : la formation améliore-t-elle l'emploi ? *Formation emploi Revue française de sciences sociales*. 2014;(127):71-90. doi:10.4000/formationemploi.4254
 18. Ennuyer B. Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile. quel bilan après la loi borloo de 2005 ? *Gérontologie et société*. 2012;35 / 142(3):143-156.
doi:10.3917/gs.142.0143
 19. Queniet V. *Aide, Accompagnement, Soins et Services à Domicile*. Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle; 2014.
 20. Avril C. Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire. *Le Mouvement Social*. 2006;216(3):87-99.
 21. Zeytinoğlu LU, Denton MA, Webb S, Lian J. Self-reported musculoskeletal disorders among visiting and office home care workers. *Women Health*. 2000;31(2-3):1-35.
doi:10.1300/j013v31n02_01
 22. Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent "auxiliaires de vie sociale". - Publication scientifique - INRS. Accessed December 1, 2021.
<https://www.inrs.fr/inrs/recherche/etudes-publications-communications/doc/publication.html?refINRS=NOETUDE/4446/NS257>
 23. Chagas D. Prevalence and symptomatology of musculoskeletal problems reported by home care service workers caring for the elderly. *Dyna*. 2016;83(197):17-21.
 24. Les services d'aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS en 2014. UNCCAS. Published January 7, 2016. Accessed December 1, 2021. <https://www.unccas.org/les-services-d-aide-a-domicile-geres-par-les-ccas-cias-en-2014>
 25. Troubles musculosquelettiques (TMS). Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS. Accessed

December 1, 2021. <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>

26. Morken T, Mehlum IS, Moen BE. Work-related musculoskeletal disorders in Norway's offshore petroleum industry. *Occup Med (Lond)*. 2007;57(2):112-117. doi:10.1093/occmed/kql154
27. Jahangiri M, Moussavi Najarkola SA, Gholami T, et al. Ergonomics Intervention to Reduce Work-Related Musculoskeletal Disorders in a Lead Mine. *Health Scope*. 2015;4(4). doi:10.17795/jhealthscope-29507
28. Chen WQ, Yu ITS, Wong TW. Impact of occupational stress and other psychosocial factors on musculoskeletal pain among Chinese offshore oil installation workers. *Occup Environ Med*. 2005;62(4):251-256. doi:10.1136/oem.2004.013680
29. Musculoskeletal Disorders among Oil Field Workers: Influences of Health Beliefs, Mental Health and Somatisation Tendency. *Science Alert*. doi:10.3923/jms.2012.114.120
30. Choobineh A, Tabatabaee SH, Behzadi M. Musculoskeletal problems among workers of an Iranian sugar-producing factory. *Int J Occup Saf Ergon*. 2009;15(4):419-424. doi:10.1080/10803548.2009.11076820
31. Thetkathuek A, Meepradit P, Jaidee W. Factors affecting the musculoskeletal disorders of workers in the frozen food manufacturing factories in Thailand. *Int J Occup Saf Ergon*. 2016;22(1):49-56. doi:10.1080/10803548.2015.1117353
32. Chaiklieng S. Health risk assessment on musculoskeletal disorders among potato-chip processing workers. *PLOS ONE*. 2019;14(12):e0224980. doi:10.1371/journal.pone.0224980
33. Hossain MD, Aftab A, Al Imam MH, et al. Prevalence of work related musculoskeletal disorders (WMSDs) and ergonomic risk assessment among readymade garment workers of Bangladesh: A cross sectional study. *PLoS One*. 2018;13(7):e0200122. doi:10.1371/journal.pone.0200122
34. Berberoğlu U, Tokuç B. Work-related musculoskeletal disorders at two textile factories in edirne, Turkey. *Balkan Med J*. 2013;30(1):23-27. doi:10.5152/balkanmedj.2012.069
35. Wang X, Dong XS, Choi SD, Dement J. Work-related musculoskeletal disorders among construction workers in the United States from 1992 to 2014. *Occup Environ Med*. 2017;74(5):374-380. doi:10.1136/oemed-2016-103943
36. Boschman JS, van der Molen HF, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Musculoskeletal disorders among construction workers: a one-year follow-up study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:196. doi:10.1186/1471-2474-13-196
37. Yasobant S, Rajkumar P. Work-related musculoskeletal disorders among health care professionals: A cross-sectional assessment of risk factors in a tertiary hospital, India. *Indian J Occup Environ Med*. 2014;18(2):75-81. doi:10.4103/0019-5278.146896
38. Hayes M, Cockrell D, Smith DR. A systematic review of musculoskeletal disorders among dental professionals. *Int J Dent Hyg*. 2009;7(3):159-165. doi:10.1111/j.1601-

39. Catanzarite T, Tan-Kim J, Menefee SA. Ergonomics in gynecologic surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):432-440. doi:10.1097/GCO.0000000000000502
40. Benjamin JL, Meisinger QC. Ergonomics in the Development and Prevention of Musculoskeletal Injury in Interventional Radiologists. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2018;21(1):16-20. doi:10.1053/j.tvir.2017.12.004
41. Tirgar A, Javanshir K, Talebian A, Amini F, Parhiz A. Musculoskeletal disorders among a group of Iranian general dental practitioners. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2015;28(4):755-759. doi:10.3233/BMR-140579
42. Zahiri HR, Addo A, Park AE. Musculoskeletal Disorders in Minimally Invasive Surgery. *Adv Surg*. 2019;53:209-220. doi:10.1016/j.yasu.2019.04.020
43. Passali C, Maniopoulou D, Apostolakis I, Varlamis I. Work-related musculoskeletal disorders among Greek hospital nursing professionals: A cross-sectional observational study. *Work*. 2018;61(3):489-498. doi:10.3233/WOR-182812
44. Ribeiro T, Serranheira F, Loureiro H. Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses. *Appl Nurs Res*. 2017;33:72-77. doi:10.1016/j.apnr.2016.09.003
45. Sakzewski L, Naser-ud-Din S. Work-related musculoskeletal disorders in dentists and orthodontists: a review of the literature. *Work*. 2014;48(1):37-45. doi:10.3233/WOR-131712
46. Tomioka K. Low back pain among care workers working at newly-built nursing homes for the aged. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2008;50(3):86-91. doi:10.1539/sangyoeisei.e7003
47. Elovainio M, Sinervo T. Psychosocial stressors at work, psychological stress and musculoskeletal symptoms in the care for the elderly. *Work & Stress*. 1997;11(4):351-361. doi:10.1080/02678379708252998
48. Mariano PP, Baldissera VDA, Martins JT, Carreira L. Nursing work organization in long-stay institutions for the elderly: relationship to pleasure and suffering at work. *Texto contexto - enferm*. 2015;24:756-765. doi:10.1590/0104-070720150-1150014
49. Desve G, Boutry P. Étude de poste participative par une infirmière de santé au travail dans un EHPAD. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2016;77(3):469. doi:10.1016/j.admp.2016.03.261
50. Pelissier C. Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel non médical des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Published online 2015.
51. *Etude Sur Les Gisements d'emplois Dans La Prise En Charge à Domicile Des Personnes En Situation de Handicap, Besoins En Compétences et En Qualification et l'identification Des Freins Au Développement de Cette Activité*. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.; 2013.
52. Aide, accompagnement, soin et services à domicile - Brochure - INRS. Accessed December 2, 2021. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206066>

53. Lombalgie. Statistique - Risques - INRS. Accessed December 2, 2021. <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
54. enjeux-actions_lombalgie-travail-2017_assurance-maladie.pdf. Accessed December 2, 2021. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/enjeux-actions_lombalgie-travail-2017_assurance-maladie.pdf
55. INRS, Michèle Rocher, Valérie Langevin. REGARD SUR LE TRAVAIL: quand les aides à domicile deviennent “auxiliaires de vie sociale.” Published online October 2005. Accessed January 8, 2020. <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01431596/document>
56. Ministère du travail, de l’emploi et du dialogue social. Synthèse prospective EMPLOI-COMPETENCES Aide, accompagnement, soins et services à domicile. Published online 2014.
57. Observatoire régional de santé BRETAGNE, Philippe CLAPPIER. Diagnostic Santé-Travail pour la région Bretagne. Published online December 2010. Accessed December 8, 2019. https://orsbretagne.typepad.fr/diagnostic_sante_travail_%20final_2011.pdf
58. INRS CG. Aide, accompagnement, soin et services à domicile. Published online November 2016. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206066>
59. Mallet M, Koch F, Angier F, Bodo F, Descamps A. Les services d’aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS en 2014 : constats et enjeux d’un secteur en difficulté. *Enquêtes et observation sociale*. 2015;(9).
60. Bercovitz A, Moss AJ, Sengupta M, et al. Design and operation of the national home health aide survey: 2007-2008. *Vital Health Stat 1*. 2010;(49):1-94.
61. McCaughey D, McGhan G, Kim J, Brannon D, Leroy H, Jablonski R. Workforce implications of injury among home health workers: evidence from the National Home Health Aide Survey. *Gerontologist*. 2012;52(4):493-505. doi:10.1093/geront/gnr133
62. Stone R, Wilhelm J, Bishop CE, Bryant NS, Hermer L, Squillace MR. Predictors of Intent to Leave the Job Among Home Health Workers: Analysis of the National Home Health Aide Survey. *Gerontologist*. 2017;57(5):890-899. doi:10.1093/geront/gnw075
63. McCaughey D, McGhan G, Walsh EM, Rathert C, Belue R. The relationship of positive work environments and workplace injury: Evidence from the National Nursing Assistant Survey. *Health Care Management Review*. 2014;39(1):75-88. doi:10.1097/HMR.0b013e3182860919
64. Zeytinoglu IU, Denton M, Miles M, et al. Satisfied Workers, Retained Workers: Effects of Work and Work Environment on Homecare Workers’ Job Satisfaction, Stress, Physical Health, and Retention. :26.
65. Hamadi H, Probst JC, Khan MM, Bellinger J, Porter C. Home-Based Direct Care Workers: Their Reported Injuries and Perceived Training Knowledge. *Workplace Health Saf*. 2016;64(6):249-261. doi:10.1177/2165079916630554
66. Lee AA, Jang Y. What makes home health workers think about leaving their job? The role of physical injury and organizational support. *Home Health Care Services Quarterly*.

2016;35(1):1-10. doi:10.1080/01621424.2016.1145165

67. Horneij EL, Jensen IB, Holmström EB, Ekdahl C. Sick leave among home-care personnel: a longitudinal study of risk factors. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2004;5(1):38. doi:10.1186/1471-2474-5-38
68. Ono Y, Lagerström M, Hagberg M, Lindén A, Malker B. Reports of work related musculoskeletal injury among home care service workers compared with nursery school workers and the general population of employed women in Sweden. *Occupational and Environmental Medicine*. 1995;52(10):686-693. doi:10.1136/oem.52.10.686
69. Brulin C, Goine H, Edlund C, Knutsson A. Prevalence of Long-Term Sick Leave Among Female Home Care Personnel in Northern Sweden. *J Occup Rehabil*. 1998;8(2):103-111. doi:10.1023/A:1023063506148
70. Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1545-1602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6
71. Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS. Published April 13, 2020. Accessed April 13, 2020. <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
72. CNRACL. Aide à domicile, quelle prévention ? Published online April 2017. Accessed January 8, 2020. https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&ei=klQTXsP8ONKmaby0qPAM&q=Aide+%C3%A0+domicile%2C+quelle+pr%C3%A9vention%3F&oq=Aide+%C3%A0+domicile%2C+quelle+pr%C3%A9vention%3F&gs_l=psy-ab.3..33i22i29i30i13.2378.3566..4040...0.2..0.183.202.1j1.....0....1j2..gws-wiz.....0..0i71.a_N8AkRb3Tw&ved=0ahUKEwjDjfypp-_mAhVSUxoKHTwaCs4Q4dUDCAo&uact=5
73. Faul AC, Schapmire TJ, D'Ambrosio J, Feaster D, Oak CS, Farley A. Promoting Sustainability in Frontline Home Care Aides: Understanding Factors Affecting Job Retention in the Home Care Workforce. *Home Health Care Management & Practice*. 2010;22(6):408-416. doi:10.1177/1084822309348896
74. Ennuyer B. Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile. *Gerontologie et société*. 2012;35 / n° 142(3):143-156.
75. Van De Weerd C, Morel O, Caël C. Prévention des situations à risque de forte charge émotionnelle : exemple dans le secteur de l'aide à domicile. *Psychologie du Travail et des Organisations*. 2017;23(4):326-343. doi:10.1016/j.pto.2017.07.005
76. Disquay S, Egido A. La souffrance émotionnelle des personnels d'intervention: résultats préliminaires de l'étude sur la santé et la qualité de vie au travail dans les métiers du secteur de l'aide et du soin à domicile. *Revista de Psicología*. 2019;9(18):51-65.
77. Bonnet M. Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2006;n° 1(1):73-85.
78. Dussuet A. Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations

d'aide à domicile. *La Revue de l'Ires*. 2013;n° 78(3):77-97.

79. Butler SS. Home Care Workers in Maine: Increasingly Essential Workers Face Difficult Job Conditions. *Maine Policy Review*. 2012;21(2):82-91.
80. Sherman MF, Gershon RRM, Samar SM, Pearson JM, Canton AN, Damsky MR. Safety Factors Predictive of Job Satisfaction and Job Retention Among Home Healthcare Aides: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(12):1430-1441. doi:10.1097/JOM.0b013e31818a388e
81. Larsson A, Karlqvist L, Westerberg M, Gard G. Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:1. doi:10.1186/1471-2474-13-1
82. Larsson A, Westerberg M, Karlqvist L, Gard G. Teamwork and Safety Climate in Homecare: A Mixed Method Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11). doi:10.3390/ijerph15112495
83. Bardot F. Regard clinique sur le travail des auxiliaires de vie. *Travailler*. 2012;n° 28(2):57-73.
84. Devetter FX, Messaoudi D. Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi. *La Revue de l'Ires*. 2013;n° 78(3):51-76.
85. Evesson J, Oxenbridge S. The Psychosocial Health and Safety of Australian Home Care Workers: Risks and Solutions. :147.
86. Chou YC, Fu L yeh, Kröger T, Ru-yan C. Job satisfaction and quality of life among home care workers: a comparison of home care workers who are and who are not informal carers. *International Psychogeriatrics*. 2011;23(5):814-825. doi:10.1017/S104161021000219X
87. Dellve L, Lagerström M, Hagberg M. Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers: a case-control study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2003;76(3):216-224. doi:10.1007/s00420-002-0414-5
88. Swedberg L, Chiriac EH, Törnkvist L, Hylander I. From risky to safer home care: health care assistants striving to overcome a lack of training, supervision, and support. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013;8:20758. doi:10.3402/qhw.v8i0.20758
89. Stone R, Wilhelm J, Bishop CE, Bryant NS, Hermer L, Squillace MR. Predictors of Intent to Leave the Job Among Home Health Workers: Analysis of the National Home Health Aide Survey. *The Gerontologist*. 2017;57(5):890-899. doi:10.1093/geront/gnw075
90. Delp L, Wallace SP, Geiger-Brown J, Muntaner C. Job Stress and Job Satisfaction: Home Care Workers in a Consumer-Directed Model of Care. *Health Serv Res*. 2010;45(4):922-940. doi:10.1111/j.1475-6773.2010.01112.x
91. Butler SS, Brennan-Ing M, Wardamasky S, Ashley A. Determinants of longer job tenure among home care aides: what makes some stay on the job while others leave? *J Appl Gerontol*. 2014;33(2):164-188. doi:10.1177/0733464813495958
92. Mittal V, Rosen J, Leana C. A Dual-Driver Model of Retention and Turnover in the Direct

Care Workforce. *Gerontologist*. 2009;49(5):623-634. doi:10.1093/geront/gnp054

93. Jeoffrion C, Hamard JP, Barre S, Boudoukha AH. Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative. *Le travail humain*. 2014;Vol. 77(4):373-399.
94. Fuchs C, Jeoffrion C, Barré S, Savary F. La qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux : co-construction d'une méthodologie d'enquête pilotée par la MiRH via un processus participatif. *pistes*. 2018;20(2). Accessed November 10, 2019. <http://www.erudit.org/fr/revues/pistes/2018-v20-n2-pistes04112/1053780ar/>
95. Descatha A, Roquelaure Y, Aublet-Cuvelier A, Ha C, Touranchet A, Leclerc A. Validité du questionnaire de type "Nordique" dans la surveillance des pathologies d'hypersollicitation du membre supérieur. :18.
96. Le questionnaire de type "nordique". Intérêt dans la surveillance des pathologies d'hypersollicitation du membre supérieur - Article de revue - INRS. Published November 15, 2020. Accessed November 15, 2020. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20165>
97. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Published online 2011:223.
98. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. *U*. Published online 2012:231-314.
99. Dany L. Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. :37.
100. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :19.
101. Massoni P, Rajaona R, Rupied C, et al. Retentissement sur la santé des conditions de travail. *Références en santé au travail*. 2015;(144):49-57.
102. Bernardet C, Celik B, Yerriah B. Diagnostic territorial de l'AMETRA santé travail– Montpellier. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2020;81(5):514. doi:10.1016/j.admp.2020.03.247
103. Réveillon H. Conduire l'amélioration des services rendus aux usagers par la prévention des risques psychosociaux en EHPAD. Published online September 2014.
104. Caroly S, Moisan S, Juret I, Brinon C, Guillo-Bailly MP, Roquelaure Y. Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. 2009;(11-2). doi:10.4000/pistes.2368
105. Olson R, Thompson SV, Elliot DL, et al. Safety and Health Support for Home Care Workers: The COMPASS Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health*. 2016;106(10):1823-1832. doi:10.2105/AJPH.2016.303327
106. Olson R, Elliot D, Hess J, et al. The COMMunity of Practice And Safety Support (COMPASS) Total Worker Health™ study among home care workers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:411. doi:10.1186/1745-6215-15-411

107. Olson R, Hess JA, Parker KN, et al. From Research-to-Practice: An Adaptation and Dissemination of the COMPASS Program for Home Care Workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12). doi:10.3390/ijerph15122777
108. Castellanos T, Renard N. Dispositif de maintien dans l'emploi dans le service d'aide à domicile. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2018;79(3):455. doi:10.1016/j.admp.2018.03.558
109. Osterman P. Improving Long-Term Care by Finally Respecting Home-Care Aides. *Hastings Cent Rep*. 2018;48 Suppl 3:S67-S70. doi:10.1002/hast.917
110. Croguennec Y. *Aides-Soignants : De Moins En Moins de Candidats à l'entrée En Formation et Une Baisse Du Nombre d'inscrits*. DREES; 2019.
111. Puissant E. Le rôle ambivalent des associations d'aide à domicile dans la professionnalisation des emplois et des salariées. *Formation emploi Revue française de sciences sociales*. 2011;(115):37-50.
112. Lombalgie et médecin généraliste : des soins de premier et de dernier recours. *Revue Medicale Suisse*. Accessed December 10, 2021. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-126/lombalgie-et-medecin-generaliste-des-soins-de-premier-et-de-dernier-recours>
113. fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtseldca.pdf. Accessed December 10, 2021. http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtseldca.pdf
114. Petit A. Le médecin du travail : rôle pivot pour préserver le maintien dans l'emploi. *Le Concours médical*. 2014;136(9).
115. Moisan S, Roquelaure Y, Dano C, et al. La santé en réseau : l'expérience des médecins du travail du Maine-et-Loire, de la Sarthe, et de la Mayenne avec le réseau de maintien dans l'emploi de lombalgiques chroniques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2004;65(5):406-412. doi:10.1016/S1775-8785(04)93482-0

IX/ Liste des Abréviations:

AAD (Aide A Domicile)
 ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne)
 ADEES (Association pour le Développement des Etudes Economiques et Sociales)
 APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
 AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)
 CCAS (Centre Communal d'Action Social)
 CENS (CEntre Nantais de Sociologie)
 CISME (Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprises)
 CLERSE (Centre Lillois d'Etudes et de Recherches Sociologiques et Economiques)
 CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
 CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse)
 CNRACL (Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales)
 COMPASS (COMmunity of Practice And Safety Support)
 CREG (Centre de Recherche en Economie de Grenoble)
 CSBM (Consommation de Soins et de Bien Médicaux)
 DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques)
 DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale)
 DMS (Durée Moyenne de Séjour)
 DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)
 EHESS (École des Hautes Etudes en Sciences Sociales)
 EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
 ENS (Ecole Normale Supérieure)
 ETP (Equivalent Temps Plein)
 FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux)
 GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences)
 HID (Handicap Incapacité-Dépendance)
 HSR (Health Services Research)
 IFAS (Institut de formation des aides soignants)
 IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales)
 INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité)
 INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)
 IRES (Institut de Recherches Économiques et Sociales)
 MIT (Massachusetts Institute of Technology)
 NHHAS (National Home Health Aide Survey)
 NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)
 OR (Odds Ratio)
 ORSEU (Office européen de recherche en relations sociales)
 PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
 RNV3P (Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles)
 RPS (Risques Psycho Sociaux)
 RUSST (Registre Unique Santé Sécurité au Travail)
 SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile)
 SAP (Service A la Personne)
 SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile)
 TMS (Troubles Musculo-squelettiques)
 UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux et Intercommunaux d'Action Sociale)
 VAE (Validation des Acquis de l'Expérience)
 WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)

X/ ANNEXES :

ANNEXE 1:

Questionnaire DALLAS validé en version française

Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R

<http://www.antalvite.fr/pdf/Auto-questionnaire%20de%20Dallas.pdf>

ANNEXE 2:

Questionnaire NORDIQUE validé en version française

<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RG1-270.pdf>

ANNEXE 3:

Questionnaire SIEGRIST version 2 validé en français

<https://www.atousante.com/wp-content/uploads/2013/06/version-fran%C3%A7aise-questionnaire-d%C3%A9s%C3%A9quilibre-efforts-r%C3%A9compenses-2004.pdf>

ANNEXE 4:

Questionnaire COPSOQ version 2 validé en version française

<https://www.copsoq-network.org/assets/pdf/COPSOQ-Sante-Publique.pdf>

ANNEXE 5:

Grille d'entretien pour le groupe APTE (les Cas) :

Comment faites-vous pour éviter de vous faire mal?

Comment faites-vous si vous avez mal?

Comment sont organisées vos journées de travail ?

Par qui?

(Si elles organisent elles même leur journée= autonome)

Vous faites toujours comme ça ?

(Si planning organisé par agence = pas autonome)

Comment organisez-vous votre intervention au domicile d'une personne âgée?

Que faites-vous en premier? Et ensuite et ensuite ?

Faites-vous toujours comme ça?

Qu'est-ce qui peut changer vos habitudes de travail?

Qu'est-ce que pour vous les TMS et les RPS ?

Si connaissance:

Comment vous êtes-vous informée ?

Quelle formation avez-vous suivi avant de commencer votre activité d'aide à domicile ?

Quelle formation pendant?

Comment avez-vous eu accès à ces formations ?

Où cherchez-vous l'information sur votre métier ?

Comment se passent vos relations avec vos collègues et vos supérieurs ?

Quand vous avez un problème, une question, besoin d'aide, comment cela se passe-t-il ?

Comment êtes-vous arrivé dans ce métier ?

Avez-vous passé des diplômes, si oui lesquelles ?

Quelle est votre situation personnelle ?

Quelle est la profession de votre conjoint ?

Quelles sont ou étaient les professions de vos parents?

Grille d'entretien pour le groupe INAPTE (les Témoins) :

Si c'était à refaire, que feriez-vous différemment :

Pour éviter de vous faire mal ?

Pour éviter que cela empire ?

Est-ce qu'à un moment vous vous êtes dit que vous allez y laisser votre santé ?

Si oui pourquoi ?

Qu'avez-vous fait ?

Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour éviter cette situation d'invalidité ? :

Par vos employeurs (les personnes âgées ou la structure) ?

Par l'Etat?

Par vous-même?

Qu'est-ce que pour vous les TMS et les RPS ?

Si connaissance:

Comment vous êtes-vous informée ?

Quelle formation avez-vous suivie avant de commencer votre activité d'AàD?

Quelle formation pendant?

Comment avez-vous eu accès à ces formations ?

Où cherchez-vous l'information sur votre métier ?

Comment se passaient vos relations avec vos collègues et vos supérieurs ?

Quand vous aviez un problème, une question, besoin d'aide, comment cela se passait-il ?

Comment êtes-vous arrivé dans ce métier ?

Avez-vous passé des diplômes, si oui lesquelles ?

Quelle est votre situation personnelle ?

Quelle est la profession de votre conjoint ?

Quelles sont ou étaient les professions de vos parents?

ANNEXE 6:

THESE : AIDE A DOMICILE ET INAPTITUDE

(Thèse de Kévin GERMON, Dirigée par le Dr Dominique TRIPODI, chef du Service Pathologie Professionnelle Environnementale CHU de NANTES)

LETTRE D'INFORMATION

Bonjour,

Je suis médecin généraliste remplaçant, j'effectue une thèse sur l'inaptitude dans le secteur de l'aide à domicile.

La population française vieillit, le nombre de personne dépendante augmente, le souhait de vieillir chez soi est bien là mais le nombre d'aides à domicile ne suit pas cette augmentation. C'est pourquoi nous nous intéressons au sujet de l'inaptitude et du maintien dans l'emploi des aides à domicile.

Cette étude cherche à explorer les raisons principales qui font que certaines aides à domicile ne peuvent plus exercer leur métier pour cause d'inaptitude après avis du médecin du travail. Elle s'intéresse aux risques psycho-sociaux, aux troubles musculo-squelettiques (douleur et gêne aux bras, aux dos), à la santé et au bien-être des aides à domicile.

Pour cette étude, nous sollicitons une partie des participant(es) à remplir un questionnaire informatique anonyme qui aborde les risques psycho-sociaux, les troubles musculo-squelettique et les lombalgies (mal de dos).

Nous avons sollicité d'autres participant(es) pour répondre à quelques questions, sous forme d'entretien cette fois-ci, en visioconférence, afin de rechercher leur ressenti sur ce métier, les ressources utiles pour le réaliser dans la durée.

Nous souhaitons comparer ces deux types d'interventions chez des aides à domiciles en activité actuellement et d'autres qui ne le sont plus, pour cause de mise en inaptitude.

En ce qui vous concerne, nous vous proposons de remplir ce questionnaire informatique anonyme qui vous prendra 10 à 15 minutes.

Les réponses à ces questionnaires seront traitées avec respect de la confidentialité, seront utilisées dans le cadre de cette thèse et d'une éventuelle publication scientifique et resteront anonymes, prenant en référence la loi dite « Informatique et Libertés ».

Il vous est possible de refuser l'utilisation et la transmission des données et des résultats vous concernant. Il vous est possible de faire une demande pour recevoir les résultats de l'étude.

Je vous remercie pour votre coopération.

Je vous remercie !

ANNEXE 7 :

THESE : AIDE A DOMICILE ET INAPTITUDE

(Thèse de Kévin GERMON, Dirigée par le Dr Dominique TRIPODI, chef du Service Pathologie Professionnelle Environnementale CHU de NANTES)

LETTRE D'INFORMATION

Bonjour,

Je suis médecin généraliste remplaçant, j'effectue une thèse sur l'inaptitude dans le secteur de l'aide à domicile.

La population française vieillit, le nombre de personne dépendante augmente, le souhait de vieillir chez soi est bien là mais le nombre d'aides à domicile ne suit pas cette augmentation. C'est pourquoi nous nous intéressons au sujet de l'inaptitude et du maintien dans l'emploi des aides à domicile.

Cette étude cherche à explorer les raisons principales qui font que certaines aides à domicile ne peuvent plus exercer leur métier pour cause d'inaptitude après avis du médecin du travail. Elle s'intéresse aux risques psycho-sociaux, aux troubles musculo-squelettiques (douleur et gêne aux bras, aux dos), à la santé et au bien-être des aides à domicile.

Pour cette étude, le Dr TRIPODI et moi-même sollicitons des participant(es) pour répondre à quelques questions, sous forme d'entretien, en visioconférence. Je vous poserai quelques questions, afin de rechercher votre ressenti sur ce métier, les ressources utiles pour le réaliser dans la durée et les choses pouvant être amélioré.

Pour cette étude, nous avons également sollicité une partie des participant(es) à remplir un questionnaire informatique anonyme qui aborde les risques psycho-sociaux, les troubles musculo-squelettique et les lombalgies (mal de dos).

Nous souhaitons comparer ces deux types d'interventions chez des aides à domicile actuellement en activité et d'autres qui ne le sont plus, pour cause d'inaptitude.

Les entretiens individuels seront réalisés par visioconférence, sur la base du volontariat, les données des enregistrements audio par magnétophone resteront anonymes et utilisées après avoir recueilli le consentement éclairé et signé des participants. Les consentements seront classés dans le dossier individuel de chaque participant. L'utilisation des bandes-son dans le cadre de cette thèse et d'une éventuelle publication scientifique respectera la confidentialité, dans le cadre de la loi « Informatique et Libertés ».

Les participants à l'entretien individuel auront la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude et sans justification.

Il vous est possible de refuser l'utilisation et la transmission des données et des résultats vous concernant. Il vous est possible de faire une demande pour recevoir les résultats de l'étude.

Je vous remercie !

ANNEXE 8 :

THESE : AIDE A DOMICILE ET INAPTITUDE

(Thèse de Kévin GERMON, Dirigée par le Dr Dominique TRIPODI, chef du Service Pathologie Professionnelle Environnementale CHU de NANTES)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE A LA PARTICIPATION AUX ENTRETIENS INDIVIDUELS QUALITATIFS EXPLORATOIRES SEMI-DIRECTIF

Je soussigné(e)(*nom et prénom du sujet*),

accepte de participer à l'étude mené par le médecin remplaçant non thésé Mr Kevin GERMON sous la direction du Dr Dominique TRIPODI (chef du Service Pathologie Professionnelle Environnementale CHU de NANTES)

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mr Kévin GERMON.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte de participer à l'entretien individuel exploratoire mené par Mr KEVIN GERMON. J'accepte d'être enregistré par magnétophone. Mon anonymat sera préservé. Les données audio enregistrées par magnétophone pendant les entretiens seront analysées dans le respect de la confidentialité, en référence à la loi « Informatique et Libertés » et seront utilisées uniquement de la cadre de cette thèse et d'une éventuelle publication scientifique.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire. Il m'est possible de refuser l'utilisation et la transmission de données et des résultats me concernant. Il m'est possible de recevoir, à ma demande, les résultats de cette étude.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude sans justification ni conséquence pour ma personne.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du participant

ANNEXE 9:

THESE : AIDE A DOMICILE ET INAPTITUDE

(Thèse de Kévin GERMON, Dirigée par le Dr Dominique TRIPODI, chef du Service Pathologie Professionnelle Environnementale CHU de NANTES)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE A LA PARTICIPATION ET A L'UTILISATION DES QUESTIONNAIRES

Je soussigné(e)(nom et prénom du sujet),

accepte de participer à l'étude menée par le médecin remplaçant non thésé Mr Kevin GERMON sous la direction du Dr Dominique TRIPODI (chef du Service Pathologie Professionnelle Environnementale CHU de NANTES)

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mr Kévin GERMON.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte de répondre aux questionnaires. Mon anonymat sera préservé. Les réponses aux questionnaires seront analysées dans le respect de la confidentialité, en référence à la loi « Informatique et Libertés » et seront utilisées uniquement de la cadre de cette thèse et d'une éventuelle publication scientifique.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire. Il m'est possible de refuser l'utilisation et la transmission de données et des résultats me concernant. Il m'est possible de recevoir, à ma demande, les résultats de cette étude.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude sans justification ni conséquence pour ma personne.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve

tous mes droits garantis par la loi. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du participant

NOM : GERMON

PRENOM : Kévin

Titre de Thèse : Facteurs prédictifs d'inaptitude chez les aides à domicile : étude quantitative et qualitative sur des aides à domicile et auxiliaire de vie de Loire-Atlantique.

RESUME

Introduction : Le besoin dans le secteur de l'aide à domicile va augmenter dans les prochaines années avec l'augmentation du nombre de sujets âgés dépendants, mais il fait face à des difficultés de recrutement.

La moyenne d'âge dans ce secteur est en augmentation ainsi que le nombre d'aide à domicile mise en inaptitude à cause des TMS et des RPS. Dans notre étude, nous avons voulu évaluer et comparer le retentissement de la lombalgie chronique à l'aide du questionnaire de Dallas, dans une population d'aide à domicile active et inactive pour cause de mise en inaptitude.

Méthodes : Etude cas témoins, analytique.

Questionnaire auto administrée à 81 aides à domicile actives et inactives pour cause d'inaptitude qui s'intéressait à la lombalgie chronique, aux TMS des membres supérieur et aux RPS « intensité et temps de travail » et « exigence émotionnelle ».

11 entretiens semi dirigés réalisés auprès d'aide à domicile aptes et inaptes ont permis d'identifier les déterminants de l'inaptitude dans ce métier.

Résultats : Le retentissement de la lombalgie chronique, évalué par le questionnaire de DALLAS, était plus important chez les aides à domicile inaptes, au cours de leurs années d'activité, comparé à celles encore actives. La prévalence des douleurs à l'épaule dans la dernière année d'activité était plus élevée chez les aides à domicile inaptes.

Discussion : S'intéresser aux causes d'inaptitude chez les aides à domicile et tenter de les prévenir est un enjeu majeur pour améliorer la prise en charge de la dépendance dans les prochaines années. Peu d'études s'y sont intéressées. Les méthodes quantitative et qualitative se complètent et permettent de mieux appréhender le sujet. D'autres études seront nécessaires sur le sujet notamment pour évaluer l'impact de programmes de prévention et de traitement de la lombalgie chronique sur le taux d'inaptitude dans ce secteur d'activité.

MOTS-CLES

Aide à domicile – Inaptitude - Lombalgie chronique - Troubles musculo-squelettiques - Risques psycho-sociaux

Homemaker service – Professional impairment - Chronic low back pain - Occupational musculoskeletal disorders - Psychosocial risks

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,