



# MÉMOIRE

En vue de l'obtention de la

Licence Sciences Sanitaires et Sociales Parcours Santé-Travail

Présenté par :

**Shanel ALSAT**

Soutenu le 25 juin 2024

## AIDES À DOMICILE : COMMENT LES AIDER À PRÉSERVER LEUR SANTÉ ?



Directrice d'enseignement :

**Dr Ariane LEROYER**

Médecin tuteur :

**Dr Lakhdar OUNNAS**

Année universitaire 2023-2024

*« Une once de prévention vaut une livre de guérison. »*  
Benjamin FRANKLIN

# REMERCIEMENTS

L'infirmière souhaite adresser ses sincères remerciements aux différentes personnes qui lui ont apportées aide, soutien et encouragements pour cette formation :

- ❖ À son conjoint et sa famille pour leur soutien et leur aide logistique au quotidien.
- ❖ À ses collègues de promotion Marta, Lucie et Sandrine, pour les bons moments partagés.
- ❖ À l'équipe de son secteur de Villemandeur, Florence son binôme, Delphine, Lucie et Déborah.
- ❖ À Sylvie, pour ses conseils, relectures, encouragements et sa bienveillance.
- ❖ Au Docteur OUNNAS, médecin du travail et médecin tuteur pour sa confiance, son encadrement au quotidien et ses encouragements.
- ❖ À l'ensemble du personnel du Comité Interentreprise d'Hygiène du Loiret, qui participe au bon fonctionnement du service.
- ❖ Au Directeur du Comité Interentreprises d'Hygiène du Loiret, pour lui avoir permis d'intégrer la formation.
- ❖ Au personnel de l'Association ADAPAGE, pour le temps accordé.
- ❖ À l'équipe pédagogique et tous les professeurs de la formation Licence Sciences Sanitaires et Sociales Parcours Santé Travail pour nous faire partager leurs connaissances et leur expérience, ainsi que pour la qualité des enseignements.
- ❖ À Madame TONNEAU, responsable du pôle formation de l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France.

# TABLE DES ABRÉVIATIONS

<b>AAD</b>	<b>Aide À Domicile</b>
<b>AMT</b>	<b>Action en Milieu de Travail</b>
<b>ANACT</b>	<b>Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail</b>
<b>AT</b>	<b>Accident du Travail</b>
<b>CDD</b>	<b>Contrat à Durée Déterminée</b>
<b>CDI</b>	<b>Contrat à Durée Indéterminée</b>
<b>CIHL</b>	<b>Comité Interentreprises d'Hygiène du Loiret</b>
<b>CNAM</b>	<b>Caisse Nationale d'Assurance Maladie</b>
<b>CSE</b>	<b>Comité Social et Économique</b>
<b>DARES</b>	<b>Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques</b>
<b>DUERP</b>	<b>Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels</b>
<b>DREETS</b>	<b>Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités</b>
<b>EPI</b>	<b>Équipements de Protection Individuelle</b>
<b>FE</b>	<b>Fiche Entreprise</b>
<b>INRS</b>	<b>Institut National de Recherche et de Sécurité</b>
<b>INSEE</b>	<b>Institut National de la Statistique et des Études Économiques</b>
<b>IPRP</b>	<b>Intervenants en Prévention des Risques Professionnels</b>
<b>IST</b>	<b>Infirmière Santé Travail</b>
<b>MAD</b>	<b>Maintien À Domicile</b>
<b>MDT</b>	<b>Médecin Du Travail</b>
<b>MEE</b>	<b>Maintien En Emploi</b>

<b>MP</b>	<b>Maladie Professionnelle</b>
<b>PDP</b>	<b>Prévention de la Désinsertion Professionnelle</b>
<b>PEC</b>	<b>Prendre En Charge</b>
<b>RG</b>	<b>Régime Général</b>
<b>RPS</b>	<b>Risque PsychoSocial</b>
<b>SAAD</b>	<b>Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile</b>
<b>SDB</b>	<b>Salle De Bain</b>
<b>SPST</b>	<b>Service de Prévention en Santé au Travail</b>
<b>SPSTI</b>	<b>Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises</b>
<b>ST</b>	<b>Santé au Travail</b>
<b>TMS</b>	<b>Trouble MusculoSquelettique</b>
<b>VIP</b>	<b>Visite d'Information et de Prévention</b>
<b>VIPI</b>	<b>Visite d'Information et de Prévention Initiale</b>

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

TABLE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION .....	1
1. DE LA PROBLÉMATIQUE À L’HYPOTHÈSE.....	2
1.1. LE SERVICE DE PRÉVENTION & DE SANTÉ AU TRAVAIL INTERENTREPRISES .....	2
1.1.1. PRÉSENTATION.....	2
1.1.2. L’INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL .....	4
1.2. L’ASSOCIATION ADAPAGE.....	5
1.3. CONSTAT DE DÉPART .....	7
1.3.1. LES DONNÉES DU SECTEUR DE L’AIDE À DOMICILE .....	7
1.3.2. LES DONNÉES DE L’ADAPAGE .....	8
1.4. CADRE CONCEPTUEL .....	14
1.4.1. LE CONCEPT DE « MAINTIEN À DOMICILE ».....	14
1.4.2. LE MÉTIER D’AIDE À DOMICILE .....	15
1.4.3. LES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES .....	16
1.4.4. LE STRESS.....	19
1.4.5. L’USURE PROFESSIONNELLE .....	20
1.5. HYPOTHÈSE.....	22
2. VÉRIFICATION DE L’HYPOTHÈSE.....	23
2.1. L’OBSERVATION INFIRMIÈRE DE POSTE .....	23
2.1.1. MÉTHODOLOGIE.....	23
2.1.2. RÉSULTATS & ANALYSE.....	24
2.2. LE QUESTIONNAIRE .....	30
2.2.1. MÉTHODOLOGIE.....	30

2.2.2.	RÉSULTATS & ANALYSE .....	30
2.3.	QUESTIONS CIBLÉES DES ENTRETIENS INFIRMIERS .....	33
2.3.1.	MÉTHODOLOGIE .....	33
2.3.2.	RÉSULTATS & ANALYSE .....	34
2.4.	DISCUSSION .....	37
2.4.1.	DIFFICULTÉS & LIMITES .....	39
3.	PISTES D'AMÉLIORATION .....	42
4.	DISCUSSION GÉNÉRALE .....	47
	CONCLUSION .....	50
	BIBLIOGRAPHIE	
	TABLE DES ANNEXES & ANNEXES	
	RÉSUMÉ	

*« Un travailleur n'occupe un poste que si sa santé le permet. »*  
GOLLAC, VOLKOFF

# INTRODUCTION

Au 1<sup>er</sup> janvier 2024, 1 personne sur 10 est âgée de 75 ans ou plus. On peut alors s'interroger sur les conditions de vie dans lesquelles nos aînés évoluent à leur domicile, sachant que la dépendance s'accroît avec l'âge. L'évolution de la démographie occasionne la croissance des besoins, cela conduit le secteur de l'aide à domicile à se développer. L'objectif étant de permettre à nos aînés de bien vieillir chez eux.

Les professionnels de l'aide à domicile sont exposés à divers risques du fait de leurs activités variées, leurs conditions de travail fluctuent en fonction du lieu d'intervention et de la singularité du bénéficiaire concerné. Bien que l'article L.4121-1 du code du travail exige que l'employeur prenne les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ce secteur connaît une progression constante de la sinistralité, malgré un souci constant d'amélioration des conditions de travail, avec des taux supérieurs à ceux du bâtiment et travaux publics. Bien que les conséquences de l'exposition à ces risques soient nombreuses (accident du travail), ce sont les troubles musculosquelettiques qui sont les plus représentés, avec 95% des maladies professionnelles reconnues au tableau 57 (affections périarticulaires). Globalement, ces affections sont à l'origine de 30% des arrêts de travail et de 22 millions de journées de travail perdues. Les enjeux humains, économiques et sociaux sont considérables. Ces affections représentent un risque prépondérant, par conséquent, elles restent un axe prioritaire d'action du Plan Régional Santé Travail 4.

Dans le cadre de cette recherche, nous allons dans un 1<sup>er</sup> temps, présenter le service de prévention et de santé au travail dans lequel l'infirmière exerce. Puis, c'est l'Association dans laquelle cette étude est menée qui sera présentée. Dans un 2<sup>ème</sup> temps, nous chercherons à approfondir le constat d'atteintes ostéoarticulaires chez les aides à domicile qui nous a questionné. Une hypothèse sera proposée, que nous vérifierons avec différentes méthodes. L'étude de ces résultats nous permettra de confirmer ou non l'hypothèse. Enfin, ce sont des pistes d'améliorations qui seront proposées. Nous clôturerons cette recherche par une discussion générale afin de favoriser les échanges face à cette problématique de santé au travail.



# 1. DE LA PROBLÉMATIQUE À L'HYPOTHÈSE

## 1.1. LE SERVICE DE PRÉVENTION & DE SANTÉ AU TRAVAIL INTERENTREPRISES

### 1.1.1. PRÉSENTATION

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2022 et de l'entrée en vigueur de la Loi n°2021-1018 du 2 août 2021, le « service de santé au travail » devient le « service de prévention et de santé au travail » (SPST). Ce dernier est davantage assimilé aux enjeux de santé publique, et à la prévention en entreprise qui est au centre de la réforme. En effet, la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et le maintien en emploi (MEE) sont 2 notions fondamentales. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, l'adhésion à un SPST est rendue obligatoire pour les entreprises.

La mission principale du service de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) est, *selon l'article L4622-2 du code du travail*, « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail [...], de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi ».

Pour ce faire, il conseille et assure la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques auxquels ils sont exposés. Enfin, il participe au suivi et à la traçabilité des expositions et à la veille sanitaire. Les actions sont en cohérence avec les initiatives de responsabilité sociétale des différentes entreprises au vu de leurs caractéristiques.

L'Association Comité Interentreprises d'Hygiène du Loiret (CIHL), située en région Centre Val de Loire (45), assure le suivi en santé au travail (ST) des entreprises adhérentes depuis 1948 (conformément à la Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946). Le SPSTI réalise ses actions auprès de 13 100 entreprises adhérentes<sup>1</sup>, soit environ 152 000 salariés. Il accueille les salariés du lundi au vendredi de 8h15 à 17h30.

---

<sup>1</sup> Entreprises du secteur privé du Loiret, à l'exception des secteurs nucléaire, agricole et des établissements publics

Il dispose de 10 centres principaux et de 5 centres annexes (confère figure 1). Au total, il dénombre 174 salariés (octobre 2023), la répartition du personnel est présentée en annexe 1. Le siège du CIHL se situe à Saran.



Figure 1

Pour assurer ses missions auprès des salariés du département, le CIHL doit avoir un agrément délivré par la Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS). Il a été renouvelé le 1<sup>er</sup> janvier 2023 après avis du médecin inspecteur du travail, pour une période de 5 ans. Les critères nationaux de l'agrément des services regroupent la qualité de l'offre de service, la contribution dans la mise en œuvre de la politique de ST, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, et la couverture des besoins des entreprises (Décret n°2022-1435 du 15 novembre 2022).

Afin d'accompagner employeurs et salariés, le CIHL est composé d'équipes pluridisciplinaires (article L4622-8 du code du travail).

Le médecin du travail (MDT) est, conformément à l'article R4623-1 du code du travail, le conseiller de l'employeur, des travailleurs, et des représentants du personnel. Il orchestre l'équipe pluridisciplinaire, à qui il peut déléguer certaines activités, sous sa responsabilité, par le biais de protocoles écrits. Il assure le suivi médical des salariés lors de visite d'information et de prévention (VIP), ou au cours d'examens médicaux d'aptitude. Dans le cadre de ses missions, 1/3 de son temps est consacré aux actions en milieu de travail (AMT). Ces dernières lui permettent, par exemple, de réaliser des études de postes pour définir des aménagements permettant le MEE. Il est également convié aux réunions du comité social et économique (CSE).

La secrétaire médicale seconde MDT et infirmière santé travail (IST) au CIHL. Elle accomplit l'accueil physique et téléphonique. Elle gère la planification, l'envoi des convocations, des courriers et des attestations. Enfin, elle réalise les examens complémentaires (audiogrammes, visio tests et bandelettes urinaires), ainsi que l'archivage des dossiers.

L'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP), guide les entreprises dans la prévention des risques professionnels pour l'amélioration des conditions de travail. Il réalise, notamment, les fiches entreprises (FE), des études ergonomiques individuelles ou collectives, des relevés métrologiques. Il propose d'accompagner les entreprises sur des thématiques précises : aide à la réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) ; risques psycho-sociaux ; etc.

L'assistante sociale opère sur les interrogations liées au travail et au MEE. Elle intervient dans la cellule PDP. Globalement, ce sont les salariés confrontés à une inaptitude ou un risque d'inaptitude à leur poste de travail qui lui sont adressés, l'intention étant la réflexion ou l'élaboration d'un nouveau projet professionnel.

La psychologue du travail s'occupe de situations individuelles dont la problématique est axée sur le travail.

Nous allons à présent présenter spécifiquement notre métier : infirmière santé travail.

### 1.1.2. L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL

L'IST exerce depuis le 2 mai 2023 sur le site de Villemandeur sous la responsabilité d'un MDT. La profession d'infirmière est réglementée par différents textes issus du code de déontologie infirmier, du code de la santé publique, du code du travail et du code de la sécurité sociale. Elle est tenue au secret professionnel (conformément à l'article R4312-5 du code de la santé publique), et compose au titre de son rôle propre (article R4311-3 du même code) et prescrit résultants de son décret de compétences.

Les modalités de formation des IST sont précisées dans le Décret n°2022-1664 du 27 décembre 2022. En ST, ses missions sont exclusivement préventives, sauf urgences.

L'IST s'est vue progressivement confier différents types d'entretiens, ces derniers permettent d'établir et de suivre l'évolution du lien ST. De plus, ils concourent à informer et conseiller sur

les risques professionnels, le port des équipements de protection individuel (EPI), et orienter au besoin vers un professionnel de santé adapté. A ce jour, elle en pratique 6 par demi-journée. Un protocole réalisé avec son MDT lui permet d'exercer en sécurité et d'ajuster sa pratique en fonction des situations. De plus, une réunion hebdomadaire leur permet d'échanger sur les dossiers qui le nécessitent.

Elle réalise conformément à la Loi n°2016-1088 du 8 août 2016, la VIP périodique (article R4624-16 du code du travail) ; ainsi que la visite d'information et de prévention initiale (VIPI), en référence à l'article R4624-10 du code du travail. Elle se voit également confier le suivi individuel adapté (conformément à l'article R4624-17 du code du travail). De surcroît, elle procède au suivi individuel renforcé intermédiaire (article R4624-22 du code du travail), sauf pour les mineurs affectés à des travaux dangereux et les salariés exposés au milieu hyperbare. De plus, elle effectue la visite de reprise après un congé maternité, selon le Décret n°2022-679 du 26 avril 2022. Enfin, elle peut aller visiter les entreprises au cours d'AMT, afin de faciliter sa compréhension des différents postes des salariés dont elle effectue le suivi ST (article R4624-1 du code du travail).

Le cadre d'exercice de l'IST étant à présent situé, nous allons maintenant présenter l'Association ADAPAGE.

## 1.2. L'ASSOCIATION ADAPAGE

L'ADAPAGE Montargis (45) est une Association de service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), elle travaille en partenariat avec de nombreux acteurs locaux, départementaux et nationaux. Le but est d'apporter des services d'aide à domicile (AAD) de manière ponctuelle ou permanente aux personnes âgées, en situation de handicap, malades, sortant d'hospitalisation et à toute personne qui en fait la demande (confère dépliant de l'ADAPAGE en annexe 2). Les SAAD, dans les actes essentiels de la vie quotidienne, sont assurés 7 jours sur 7, la plage horaire d'intervention est comprise entre 7h30 et 20h30 (1.5h de pause pour déjeuner généralement). Les plannings sont établis 3 semaines à l'avance. Les intervenants badgent au domicile à leur arrivée et départ avec le smartphone professionnel.

L'Association dénombre 120 salariés au total<sup>2</sup> (détail de la composition confère annexe 3). Parmi eux, il y a 105 AAD dont les  $\frac{3}{4}$  ont plus de 40 ans (confère annexe 4). Dans ce travail, il est entendu par AAD : les agents à domicile (sans formation initiale dans le secteur de l'aide à domicile) et les auxiliaires/assistantes de vie (ayant une formation qualifiante dans ce secteur). Le discernement se réfère au poste déclaré par l'Association sur le logiciel du SPSTI.

Les salariés interviennent sur le canton de Montargis (15 communes) composé de 2 secteurs géographiques : Est et Ouest. Ils interviennent seuls la majorité du temps. Les tournées sont sectorisées en fonction du lieu d'habitation, un responsable et une assistante sont affectés à chaque secteur. Au moment de la prise en charge (PEC) d'un usager, la responsable de secteur se déplace au domicile de la personne pour évaluer le besoin de la PEC et vérifier si le matériel d'aide à la manutention est ou sera disponible. Les AAD ont la possibilité de solliciter la responsable de secteur tout au long de la PEC du bénéficiaire afin de la réajuster si besoin. Des carnets de liaison laissés au domicile permettent la transmission d'informations entre les AAD.

Notre choix s'est porté sur cette Association, entre autres, car le secteur d'activité est en cohérence avec les observations que l'IST a pu faire au cours de son précédent exercice professionnel. En effet, pour avoir travaillée à domicile, elle a pu constater à maintes reprises les difficultés et contraintes qui pouvaient émaner de ce modèle d'exercice.

De plus, l'étude des risques professionnels (présentée postérieurement), et les craintes exprimées par les AAD lors des VIP (pas seulement pour l'ADAPAGE), l'ont confortée dans son choix de recherche. Effectivement, plus de la moitié des AAD reçues (environ 70 au total), affirme une inquiétude relative à leur aptitude à pouvoir terminer leur carrière professionnelle à ce poste, au vu de leurs douleurs.

L'ADAPAGE est le plus grand organisme d'AAD (en termes de nombre de salariés), parmi les structures suivies par l'IST. Assurément, il est préférable de disposer d'un échantillon considérable, afin que les données analysées soient les plus représentatives possibles.

Enfin, l'IST a eu l'occasion d'échanger avec la Directrice de l'Association, qui a exprimé une certaine sollicitude aux questionnements et recherches entrepris.

---

<sup>2</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2024

L'Association étant présentée, nous allons maintenant exposer le constat qui a renforcé l'attention de nos investigations.

### 1.3. CONSTAT DE DÉPART

Les plaintes pour douleurs ostéoarticulaires et musculaires dans le secteur de l'aide à domicile sont nombreuses lors des VIP. Face à ce constat, nous sommes amenés à discerner une problématique de santé en lien avec le travail. En effet, les troubles musculosquelettiques (TMS) représentent l'un des dommages de l'exposition aux risques professionnels de ce secteur, qui est le plus fréquent. Nous sommes donc amenés à nous demander :

**QUELS SONT LES FACTEURS À L'ORIGINE DES PLAINTES DE DOULEURS OSTÉOARTICULAIRES & MUSCULAIRES CHEZ LES AIDES À DOMICILE ?**

Nous allons à présent appréhender ce constat à l'aide de données générales du secteur de l'AAD, puis avec les données spécifiques à l'Association présentée.

#### 1.3.1. LES DONNÉES DU SECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE

Le rapport « *Les métiers en 2030* » publié par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES, 2022), « [...] a pour objectif d'anticiper les besoins de recrutement des employeurs d'ici à 2030 [...] et de fournir un éclairage sur les déséquilibres potentiels entre les ressources en main-d'œuvre et les postes à pourvoir ». Selon le scénario de référence établi, la profession d'AAD fait partie des 10 métiers où la croissance de l'emploi serait la plus forte. Entre 2019 et 2030, 305 000 postes seraient à pourvoir chez les AAD, dont 207 000 (68%) dus aux départs en fin de carrière, et 98 000 (32%) aux créations nettes d'emplois. Ces postes à pourvoir représenteraient 55% de l'emploi de ce métier en 2019. Le déséquilibre potentiel entre les besoins de recrutement et le nombre de jeunes débutants serait de 224 000.

De plus, les chiffres suivants nous permettent d'illustrer la proportion des risques professionnels chez les AAD (Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), 2024) :

- ✚ 53% des accidents sont liés aux manutentions manuelles ;
- ✚ 2 250 000 : c'est le nombre de journées de travail « perdues » par an ;
- ✚ En moyenne, les professionnels du secteur de l'AAD sont arrêtés 82 jours pour cause d'accident du travail (AT) et 192 jours pour cause de maladie professionnelle (MP).

La majorité des accidents concerne les salariés de 40 à 59 ans (96% d'entre eux concernent des femmes), cela est induit par le fait que le personnel est majoritairement féminin et âgé de plus de 40 ans.

Enfin, le rapport « *Les métiers en 2030 : quelles perspectives de recrutement en région ?* » (DARES, 2023), permet de mettre l'accent sur la région Centre Val de Loire. Entre 2019 et 2030, le déséquilibre potentiel entre les besoins de recrutement et le nombre de jeunes débutants serait de 9 000. Ces besoins non couverts représenteraient 3,7 emplois (de 2019) sur 10 de ce métier.

Pour parfaire, la revue « *Actualités Sociales Hebdomadaires* » (RICARD, 2022), alerte : l'évolution des TMS dans le secteur de l'aide et du soin à la personne est constante depuis plus de 10 ans. Selon une étude (CNAM, 2019) : les TMS représenteraient 95% des MP reconnues dans le secteur et 20% des AT. Pour clore, 60% des arrêts de travail sont liés à des maux de dos.

Nous allons à présent énoncer les données de l'Association concernée par cette recherche.

### 1.3.2. LES DONNÉES DE L'ADAPAGE

L'ADAPAGE dispose d'un DUERP (conformément à l'article L4121-3-1 du code du travail), la dernière mise à jour date de 2021. Cependant, il concerne uniquement les salariés qui travaillent dans les locaux de l'Association (le pôle administratif).

La FE, spécifiée par l'article R4624-46 du code du travail, a été mise à jour par un technicien hygiène et sécurité le 5 mars 2024. L'Association ne dispose pas, à ce jour, de base de données économiques, sociales et environnementales.

Le travail préparatoire à notre recherche nous a permis d'identifier que l'ensemble des salariés de l'Association est exposé à différentes catégories de risques professionnels, mais ce sont les

AAD qui semblent être les plus exposées. Nous avons donc cherché à identifier et hiérarchiser les différentes expositions professionnelles, en fonction des données relevées en VIP (catégories de tâches réalisées, fréquence et environnement dans lequel l'activité est réalisée). Il semble que ce soient les risques liés à l'activité physique et les risques organisationnels qui sont prépondérants.

Les **RISQUES LIÉS À L'ACTIVITE PHYSIQUE** se manifestent par la manutention manuelle de charges inertes (courses, matériel volumineux : fauteuil roulant, meuble, etc.) et d'usagers (assistance physique au déplacement et aides aux transferts) ; les contraintes posturales et articulaires (gestes répétés, postures contraignantes lors de l'aide à la toilette et lors des tâches d'entretien du domicile) ; et l'utilisation d'outils de travail (instrument de cuisine, etc.). Il convient de préciser que les AAD bénéficient régulièrement de formation aux gestes et postures.

Les **RISQUES ORGANISATIONNELS** se manifestent eux par la durée et l'intensité du travail (horaires, différence entre théorie et réalité du terrain) ; l'exigence émotionnelle ; la place de l'autonomie dans la réalisation des tâches ; les rapports sociaux, les conflits de valeurs (sentiment d'injustice et manque de reconnaissance) et à l'insécurité de la situation de travail.

Néanmoins, les **RISQUES ROUTIERS** (déplacements routiers de mission et de trajet) et les **RISQUES LIÉS AUX DÉPLACEMENTS** (de plain-pied, chute et glissade) occupent une place non négligeable pour ces salariés dont les lieux de travail changent.

Enfin, les **RISQUES BIOLOGIQUES** (agents biologiques), **CHIMIQUES** (produits d'entretiens) et **LIÉS A L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL** (conditions d'accueil à chaque domicile : ambiance thermique, sonore, lumineuse ; électricité ; incendie ; explosion ; poussières et fumées), sont à prendre en compte afin d'avoir une vision holistique des risques induits par cette profession.

Afin d'enrichir nos observations, nous avons consulté le bilan social<sup>3</sup> de l'Association. Ce dernier (défini par l'article L2323-70 du code du travail), permet de réaliser une photographie de la situation de l'Association à un moment donné. Il fait partie des indicateurs reflétant la « *santé* » d'une organisation. Il reprend l'intégralité des informations centrales qui sont

---

<sup>3</sup> De l'année 2022



nécessaires à son pilotage stratégique. La finalité est de permettre une analyse de la situation en comparant le moment présent aux années précédentes.

L'Association déclare 5 AT avec arrêt de travail en 2022, pour 11 en 2023. A cela s'ajoute 3 AT supplémentaires en 2023 sans arrêt de travail associé.

Enfin, on dénombre 538 jours d'arrêt sur l'année 2023.

Il n'y a pas eu de déclaration de MP, ni de maladie à caractère professionnel au cours de l'année 2023.

Il convient de notifier que ces indicateurs de résultats concernent l'ensemble des salariés de l'ADAPAGE, nous n'avons pas pu obtenir d'indicateurs spécifiques aux AAD.

De plus, nous n'avons pas pu recueillir de données concernant :

- ✚ Les éventuelles incapacités permanentes partielles liées à un AT ;
- ✚ Les causes des AT et le nombre d'enquête éventuelle sur les AT ;
- ✚ Le taux de fréquence des AT et leur taux de gravité ;
- ✚ Les raisons des inaptitudes ;
- ✚ Le taux d'absentéisme et de turnover<sup>4</sup> de l'Association.

Notre logiciel de ST nous a permis de répertorier des données au sujet des AAD, concernant les 3 dernières années. Ces dernières sont récapitulées dans le tableau 1 ci-dessous.

On note une augmentation de différents types de visites (reprise après maladie, occasionnelle demande MDT, pré-reprise demande salarié), et une augmentation du nombre de préconisation par le MDT et d'inaptitude.

	2021	2022	2023
VIPI	7	6	7
VIP PÉRIODIQUE	6	26	11
REPRISE APRÈS AT	1	1	1
REPRISE APRÈS ARRÊT MALADIE	/	2	5
OCCASIONNELLE DEMANDE SALARIÉ	1	/	1
OCCASIONNELLE DEMANDE MDT	/	1	3

<sup>4</sup> Relatif à la « Rotation du personnel dans une entreprise » d'après le dictionnaire Larousse

	2021	2022	2023
OCCASIONNELLE DEMANDE EMPLOYEUR	/	/	1
PRÉ REPRISE DEMANDE SALARIÉ	4	4	6
PRÉ-REPRISE DEMANDE MÉDECIN TRAITANT	/	/	1
PRÉCONISATION	3	5	12
INAPTITUDE	3	1	5

Tableau 1

Il convient de signifier que le suivi individuel en ST des salariés de l'ADAPAGE est « à jour ».

Parallèlement, nous avons pu consulter le rapport d'activité de l'année 2022 de l'Association. Il montre une « diminution de l'activité globale de l'ordre de 7.80% par rapport à l'activité constatée sur les 12 mois précédents. Ce repli s'explique principalement par d'importantes difficultés de recrutement qui entravent la capacité du service à répondre aux demandes ».

Au 31 décembre 2022, l'Association comptait une baisse d'effectif d'AAD de 8.26% par rapport à l'année précédente. Le rapport souligne que l'Association rencontre « d'énormes difficultés » pour remplacer les départs en retraite et se trouve, notamment lors des périodes de congés, en sous-effectif. Ce qui conduit parfois à refuser des prestations par manque de personnel.

Concernant l'ancienneté, la figure 2 illustre que 67.57% des AAD ont une ancienneté supérieure à 10 ans.

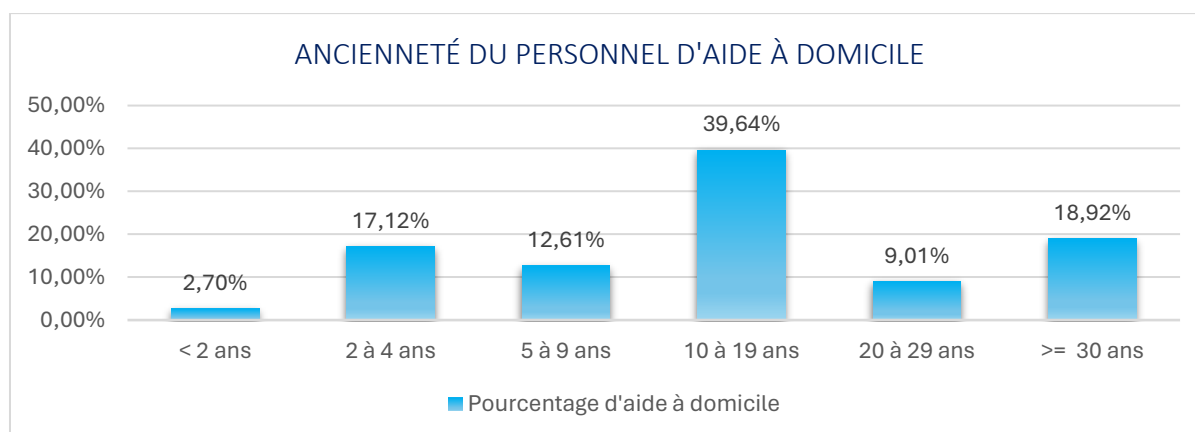


Figure 2

De plus, il s'avère que la durée contractuelle de travail des salariés (AAD) varie (illustration en figure 3). En effet, 29% des AAD sont à temps partiel (moins de 33.75h/semaine).

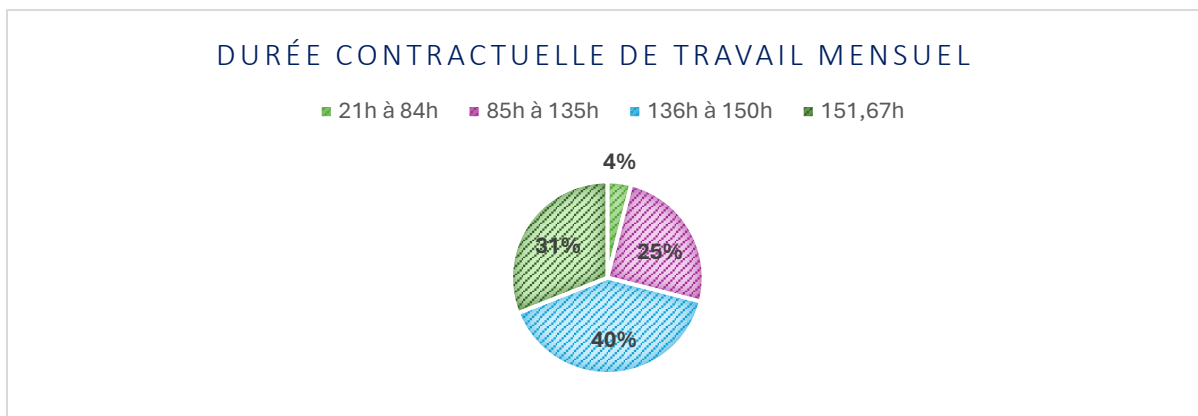


Figure 3

En outre, le rapport nous apprend que de plus en plus de recrutement se font en contrat à durée indéterminé (CDI), compte tenu du coût des contrats à durée déterminée (CDD). Or, depuis 2020, la plupart des candidats AAD ne souhaitent pas de CDI, mais préfère la « liberté » d'un CDD (reflet en figure 4).

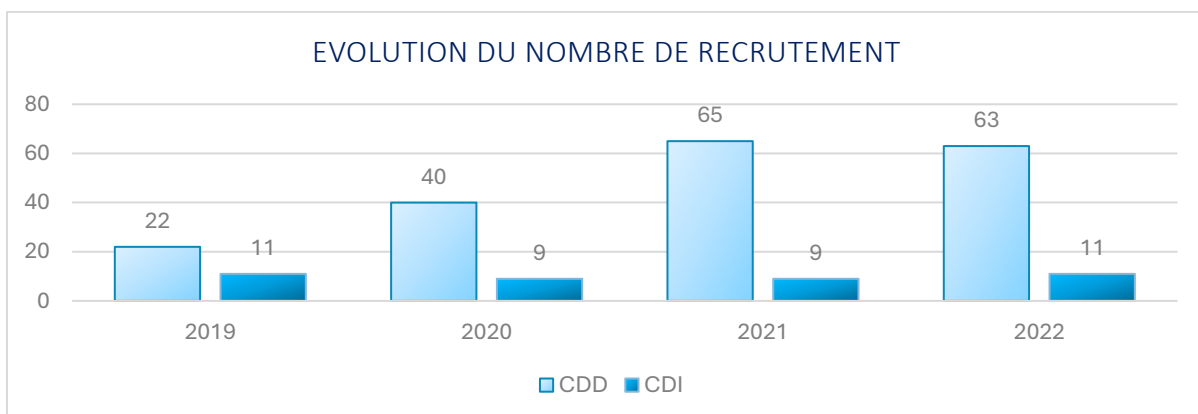


Figure 4

Le rapport nous apprend également que le public de l'ADAPAGE Montargis se caractérise par sa « fragilité » (1 personne accompagnée sur 4 a plus de 90 ans), massivement bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie avec de nombreuses situations complexes. Il convient de noter que plus de 66 % des personnes accompagnées vivent seules.

La priorité est axée en direction des plus fragiles, qui portent le plus d'aléas en termes de gestion de plannings et d'heures effectuées.

L'Association compte moins de 300 salariés, le MDT référent n'est donc plus soumis à l'obligation d'établir un rapport annuel d'activité, depuis la Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021.

De plus, la commission santé, sécurité et condition de travail n'est pas obligatoire au vu de l'effectif, nous n'avons donc pas de comptes rendus sur lesquels nous appuyer.

Concernant les observations de poste préexistantes (au nombre de 4) des AAD de l'Association, elles reprennent les principales tâches réalisées par l'AAD, ainsi que leur fréquence par exemple : repasser du linge (durée 1h) 4 à 6 fois par semaine.

Nous avons demandé aux ergonomes de notre SPSTI s'ils avaient réalisé d'autres études de poste concernant cette profession, mais il s'avère pour ce secteur d'activité, que les interventions portent essentiellement sur des approches collectives.

La fiche de poste « *auxiliaire de vie* » remise à tous nouveaux salariés est disponible en annexe 5. Elle avise sur le public accompagné, les relations professionnelles, la description du poste, ainsi que les compétences requises.

La situation du secteur de l'AAD et circonscrite de l'Association étant établit, nous allons présentement proposer des recherches. L'objectif étant de comprendre la problématique évoquée en amont :

**QUELS SONT LES FACTEURS À L'ORIGINE DES PLAINTES DE DOULEURS  
OSTÉOARTICULAIRES & MUSCULAIRES CHEZ LES AIDES À DOMICILE ?**

Il est donc essentiel de prendre en compte les diverses composantes en lien, dans le but d'avoir la vision la plus exhaustive possible. C'est pourquoi le concept de maintien à domicile (MAD) sera exploré, ainsi que les spécificités du métier d'AAD. Ensuite, c'est l'étude minutieuse des TMS qui sera soumise. Le lien avec le stress sera abordé, enfin c'est l'usure professionnelle qui sera expliquée.

## 1.4. CADRE CONCEPTUEL

### 1.4.1. LE CONCEPT DE « MAINTIEN À DOMICILE »

Le concept de MAD comprend l'ensemble des moyens mis en place pour qu'une personne en perte d'autonomie puisse demeurer à son domicile. Les prestations permettant de répondre à cet objectif peuvent relever :

- ✚ Du médical (soins et traitements) ;
- ✚ De l'administratif (accompagnement aux démarches) ;
- ✚ De l'aspect technique (aménagement lieux de vie) ;
- ✚ D'une composante financière (aides existantes) ;
- ✚ Et de service (aide pour la réalisation des tâches quotidiennes par exemple).

*« Ce type de service est d'autant plus important que 50% des personnes âgées de 70 ans ou plus vivent seules » (CNAM, 2023).*

Afin de mieux appréhender ce concept, il est important de préciser les notions d'autonomie et d'indépendance. Ces 2 notions, bien qu'elles soient souvent associées comme synonymes, sont différenciables :

*« L'autonomie se trouverait alors plus du côté de la capacité d'une personne à assurer seule les divers actes de la vie aux différents niveaux du quotidien, de la vie sociale, des déplacements... L'indépendance quant à elle se situerait plutôt dans le champ relationnel, de la relation à l'autre. Il s'agirait donc de pouvoir supporter l'absence de l'autre [...] » (VAUCHEZ, 2015).*

La dépendance est un « *concept polysémique* ». En effet : « *selon le champ qui la qualifie, la dépendance peut être mentale, physique, économique, sociale... Elle concerne toutes les catégories d'âges (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées).* » (WARCHOL, 2012).

C'est donc la perte d'autonomie à un moment donné, entraînant une forme de dépendance, qui occasionne la nécessité d'un MAD. Par ailleurs, la diminution du temps d'hospitalisation entraîne un retour au domicile de plus en plus précoce. Les conditions ne sont pas toujours compatibles avec une autonomie retrouvée.

De surcroît, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2023 en France, l'espérance de vie à la naissance est de 85.7 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes.

Enfin, au 1<sup>er</sup> janvier 2024, c'est 21.5% de la population qui a 65 ans ou plus. Les personnes qui sont âgées de 75 ans ou plus représentent désormais 1 personne sur 10 (soit 10.4% de la population). Par conséquent, le recours aux SAAD est régulier et l'évolution démographique confirme que ces services sont, et seront indispensables à l'épanouissement de nos aînés.

Nous allons maintenant nous intéresser spécifiquement à la profession d'AAD.

### 1.4.2. LE MÉTIER D'AIDE À DOMICILE

L'activité exercée par les AAD est régie par les textes réglementaires qui s'appliquent aux SAAD (listés à l'article D.7231-1 du code du travail). Les SAAD étant à destination des personnes fragiles, la réglementation en vigueur (en vertu de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles) se voit plus protectrice de ces consommateurs vulnérables. Les opérateurs des SAAD sont donc tenus de disposer d'une autorisation délivrée par le Président du Conseil Départemental. En fonction du cadre d'exercice, un agrément et une déclaration auprès de la DREETS sont nécessaires (selon le Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté Numérique).

*« L'aide à domicile accompagne les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne, [...]. Ce professionnel prend en compte les difficultés liées à l'âge, à la maladie, au mode de vie ou aux conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, pour permettre à la personne d'être actrice de son projet de vie »*  
(Ministère du Travail de la Santé et des Solidarités, 2022).

L'AAD « assure un travail matériel, moral, social ou sanitaire et les tâches liées à cette fonction à l'exclusion de tout acte relevant d'une autre profession que la sienne. » (TRILHE-LEFEVRE, 2002).

L'activité porte sur un accompagnement au quotidien (entretien de l'habitat, alimentation, hygiène et confort corporel). Une assistance dans l'autonomie physique (mobilité, déplacements). Enfin, c'est l'aide aux démarches administratives et la garantie d'un soutien psychologique et intellectuel.

En effet, l'AAD est amenée à partager avec les bénéficiaires des instants de vie, qu'ils soient radieux ou douloureux. Ces situations sont propres aux caractéristiques du bénéficiaire et à la relation construite avec l'AAD. Là repose toute la complexité d'accompagner l'Humain.

L'accompagnement des bénéficiaires suppose donc d'avoir des habilités relationnelles et émotionnelles, afin de s'adapter aux situations individuelles parfois difficiles (personne en fin de vie, contextes familiaux difficiles, etc.). Les AAD sont de ce fait, exposées au stress entraînant un risque psychosocial (RPS), dont les conséquences ne doivent pas être sous-estimées.

L'activité de l'AAD l'expose donc à différentes catégories de risques professionnels (mentionnés en amont). Parmi les risques liés à l'activité physique, ce sont les TMS qui représentent le dommage prédominant. Concernant les risques dits organisationnels ou RPS, le retentissement principal renvoie au stress et à l'épuisement professionnel.

D'un point de vue didactique, on note que les préalables d'accès à l'emploi sont hétérogènes. En emploi par un particulier, l'accès sans diplôme et/ou qualification est possible. Dans le cadre d'un emploi institutionnel, des qualifications de niveau 3 sont de plus en plus exigées.

Conformément au « *compte formation* » proposé par le gouvernement, les formations spécialisées sont, entre autres :

- ✚ Le certificat d'aptitude professionnelle assistant technique en milieux familial et collectif et/ou le titre professionnel assistant de vie aux familles ;
- ✚ Le diplôme d'état auxiliaire de vie sociale ou d'accompagnement éducatif et social ;
- ✚ Le baccalauréat professionnel accompagnement, soins et service à la personne.

Pour suivre, c'est l'investigation au sujet des TMS qui est décrite.

### 1.4.3. LES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES

Les TMS affectent les articulations, les muscles, les ligaments, les tendons, les nerfs, de même que les vaisseaux sanguins, les bourses séreuses et les cartilages. Ces différents éléments anatomiques sont liés entre eux par leur fonction.

Par exemple, le muscle est un assemblage de fibres qui se contractent ou s'étirent. Il exerce une force sur les os du squelette à l'aide des tendons, permettant ainsi de mouvoir les pièces

osseuses autour des articulations. Cela, orchestré par le cerveau qui transmet l'information à l'aide des nerfs moteurs.

De plus, « *La sollicitation d'une articulation au-delà d'une certaine amplitude articulaire a des effets néfastes sur les éléments qui l'entourent.* » (Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), 2023).

En France, les TMS représentent (Santé publique France, 2022) :

- ✚ La 1<sup>ère</sup> cause de MP indemnisées ;
- ✚ 88% des MP reconnues par le régime général (RG) : 44 492 cas en 2019 ;
- ✚ 53 à 73% de sous-déclaration selon la localisation.

En France, les rachialgies sont à l'origine de (INRS, 2018) :

- ✚ 2,3 millions de journées de travail perdues dans le secteur de l'aide et des soins à la personne, soit l'équivalent de 10 800 emplois à temps plein ;
- ✚ 1/3 des AT sont liés à une lombalgie ;
- ✚ 200 millions d'euros de cotisation AT/MP par an, plus les coûts indirects (perte de productivité, remplacement des salariés, désorganisation du travail, etc.).

Depuis 1972, le tableau n°57 du RG rassemble l'ensemble des conditions de reconnaissance des TMS au titre des MP. Au fil des années, ces conditions, ainsi que les délais de PEC et la liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies ont évolué.

D'autres tableaux comme le n°98 sont venus compléter les catégories de MP reconnues en fonction du type d'affections (charges lourdes, vibrations, etc.).

Les années 90 manifestent un virage dans la préoccupation au sujet des TMS en France, en partie dû à l'évolution de l'organisation du travail.

D'après le professeur d'ergonomie SZNELWAR cité par DANIELLOU (2022) lui aussi professeur d'ergonomie, c'est le lien entre TMS et « *développement de tâches dépourvues de signification.* », qui est dans un 1<sup>er</sup> temps établi.

Les TMS sont aussi mis en relation avec les « *bouleversements du statut de l'entreprise* » (d'après le MDT CARRÉ cité par DANIELLOU, 2022).



Le professeur de médecine du travail PENNEAU-FONTBONNE (cité par DANIELLOU, 2022), signale que « *le nombre et la diversité des TMS augmentent dans des métiers très différents, pas seulement dans des métiers impliquant de fortes charges physiques.* »

Le réseau de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et l'INRS se mobilisent de façon coordonnée sur la problématique des TMS.

D'après MALINE (ergonome) cité par DANIELLOU (2022), « *[...] il fallait combattre deux idées fortes qui sortaient d'un discours simpliste. La première [...] était qu'il s'agissait d'une histoire de femmes, une maladie liée au genre et au sexe [...].* » La 2<sup>e</sup> concernait « *un déni d'existence de relations entre le travail et ces affections périarticulaires.* » Ces affections étaient forcements liées aux activités personnelles, extérieures, au travail de la personne.

En 1991, un dossier dans la lettre d'information de l'ANACT a pour objectif de « *considérer les TMS non plus comme une maladie mais comme un symptôme de dysfonctionnements dans l'organisation du travail. C'est l'organisation qui est malade.* »

Selon la consultante en ergonomie LAPEYRIERE cité par DANIELLOU (2022) :

*« Cette époque, celle des années 1980-90, est marquée par l'épidémie ou l'explosion des TMS dans l'industrie, à l'hôpital, dans les travaux manuels et répétitifs, les ports de charge et dans la grande distribution. Ce que l'on peut considérer comme une autre approche du vieillissement accéléré par la répétition des gestes sous contraintes de temps, qui atteint même les jeunes professionnels, hommes et femmes. »*

En réponse à cette problématique, DANIELLOU (2022) met en évidence que les :

*« [...] réseaux de recherche interdisciplinaires se structurent [...]. Ces recherches conduisent à chercher l'étiologie des pathologies non seulement dans la configuration des postes de travail, mais dans l'organisation du travail et notamment l'insuffisance des marges de manœuvre dont disposent les salariés. Des liens sont établis entre les dimensions physiologiques de l'astreinte, cognitives des possibilités de régulation, et psychiques relatives au sens du geste. La nécessaire participation des salariés à la construction des solutions est soulignée,*

*tout comme l'enjeu de la prévention dès le stade de la conception technique et organisationnelle des systèmes. »*

Les TMS sont les conséquences de l'exposition à certains risques, ils sont des maladies multifactorielles (combinaison de multiples causes liées au poste de travail et à son environnement, au climat social dans l'entreprise et à l'organisation du travail).

Les facteurs à l'origine sont biomécaniques (répétitivité des gestes, postures inconfortables/contraignantes, efforts excessifs, etc.) et liés aux contraintes psychosociales (charge de travail, pression temporelle, etc.) et organisationnelles (durée du travail, alternance entre les tâches, etc.). A cela s'ajoute le stress, car « *On ne souffre pas seulement de ce que l'on fait, on souffre de ce que l'on voudrait faire et ce que l'on n'arrive pas à faire* » (CLOT, 2010). Cela renvoie au sentiment de ne pas avoir les ressources nécessaires pour effectuer « *correctement* » son travail du point de vue de l'individu.

Enfin, les facteurs personnels, le contexte de vieillissement de la population active, conjugué à l'intensification du travail y participent aussi.

*« Les TMS des membres supérieurs et inférieurs sont des troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation. » (INRS, 2023).*

Nous allons maintenant expliquer ce que l'on entend par « *stress* ».

#### 1.4.4. LE STRESS

Selon l'INRS (2024), « *Le stress est une réponse physiologique d'adaptation de l'organisme qui nous permet de réagir à notre environnement changeant.* »

Les mécanismes physiologiques du stress sont décrits par 3 phases illustrées en figure 5 :



Figure 5

L'alarme : réaction immédiate de l'organisme (libération des catécholamines), augmentation entre autres de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et des niveaux de vigilance.

La phase de résistance apparaît si la situation stressante subsiste. Les glucocorticoïdes sont sécrétés, maintenant un taux de sucre dans le sang pour garantir l'énergie nécessaire aux divers systèmes (musculaire, cardiaque, cérébral, etc.).

L'épuisement se traduit par une inefficience dans l'autorégulation des hormones, qui peut devenir délétère pour la santé : « *L'état de stress n'est pas une maladie en soi mais lorsqu'il est intense et qu'il dure, il peut avoir des effets graves sur la santé physique et mentale des travailleurs concernés.* »

Divers symptômes peuvent apparaître en quelques semaines :

- ✚ Physiques : douleurs, troubles de l'appétit, de la digestion et du sommeil, etc. ;
- ✚ Emotionnels : sensibilité et nervosité intensifiées, angoisse, excitation, tristesse, etc. ;
- ✚ Intellectuels : perturbation de la concentration, difficultés à prendre des initiatives...

Il n'existe pas de tableaux de MP pour les atteintes à la santé liées aux facteurs de stress, néanmoins, il paraît essentiel d'être conscient de l'impact de ces atteintes pour le salarié.

Pour conclure cette rubrique, nous allons aborder le concept d'usure professionnelle qui est associé aux TMS et au stress.

#### 1.4.5. L'USURE PROFESSIONNELLE

D'après l'ergonome TEFTRI (2022) :

*« L'usure professionnelle peut être définie comme un processus d'altération de la santé des salariés. Elle concerne tout type de salariés, de tout âge, et elle se traduit comme un processus de vieillissement, tout au long de leur parcours professionnel, de par : l'ancienneté au poste ; les expositions professionnelles ; l'avancée de l'âge des salariés. »*

Les causes de l'usure professionnelle regroupent une multitude de facteurs, fonction de l'individu et de son environnement de travail. Le parcours professionnel (évolution, reconnaissance) ; l'organisation du travail et les contraintes professionnelles en font partis.

Les manifestations de l'usure professionnelle sont diverses. Les symptômes physiques sont en lien avec « *les TMS, la surdité, les cancers professionnels...* ». Les symptômes psychiques représentent la « *perte de sens ou un désengagement professionnel* ». Les symptômes cognitifs sont liés à « *des troubles de la communication ou de l'attention.* »

Les conséquences de l'usure professionnelle, touchent à la fois la santé du salarié qui se voit détériorée, avec une « *perte de motivation* » et de « *compétences* ». Et celle de l'organisation (entreprise, association), avec une « *augmentation de l'absentéisme et du turnover* », on note « *une détérioration du climat social, des rapports sociaux* » et une « *désorganisation du service ou de l'entreprise plus généralement.* »

Pour prévenir le phénomène d'usure professionnelle, il est possible d'agir à différents niveaux :

- ✚ Individuellement, en adaptant le travail à l'homme, principe instauré par la Directive Européenne du 12 juin 1989 ;
- ✚ Collectivement, par la mise en place d'actions de prévention dans le but d'améliorer les conditions de travail ;
- ✚ Stratégiquement, en priorisant les postes les plus exposés, et en tenant compte des méthodes managériales (PÔLE SANTÉ TRAVAIL Métropole Nord, 2022).

L'usure professionnelle induite entre autre, par les TMS et les RPS, peut conduire à la désinsertion professionnelle. La création des cellules PDP au sein des SPSTI, dont le Décret n°2022-372 du 16 mars 2022 concrétise les modalités d'application, permettent l'essor :

- ✚ Du rendez-vous de liaison ;
- ✚ De la visite de pré-reprise et de reprise ;
- ✚ De l'essai encadré ;
- ✚ De la convention de rééducation professionnelle en entreprise ; qui constituent des outils favorables au MEE

C'est à présent l'hypothèse de travail qui est formulée.

## 1.5. HYPOTHÈSE

Dans la 1<sup>ère</sup> partie, nous avons émis la problématique suivante :

**QUELS SONT LES FACTEURS À L'ORIGINE DES PLAINTES DE DOULEURS  
OSTÉOARTICULAIRES ET MUSCULAIRES CHEZ LES AIDES À DOMICILE ?**

Les risques professionnels auxquels sont exposés les AAD, ainsi que les données chiffrées, induisent qu'il semblerait que l'opérateur soit tenu d'adapter son intervention à la spécificité de l'individu, et du moment. Ce qui engendre un risque non négligeable d'effets sur la santé. Ces constats, approfondis par des recherches scientifiques et littéraires, nous amènent à formuler l'hypothèse suivante :

**LES ATTEINTES OSTÉOARTICULAIRES DES AIDES À DOMICILE DE L'ADAPAGE  
SERAIENT DUES À UNE CHARGE DE TRAVAIL PHYSIQUE MAJORÉE PAR  
L'ORGANISATION DU TRAVAIL & UNE CHARGE MENTALE IMPORTANTE.**

*« Un incident n'est que la pointe de l'iceberg, signe d'un  
problème bien plus important sous la surface. »*

Don BROWN

## 2. VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE

- ✚ L'étude de poste, afin d'observer le travail réel réalisé par l'AAD. Cela permet par ailleurs, de constater la charge de travail physique.
- ✚ Le questionnaire « *NORDIQUE* », permet de faire un état des lieux explicite des problèmes musculosquelettiques chez les AAD. « *Ce qu'on entend par problèmes sont les courbatures, les douleurs ou les gênes ressenties à des endroits particuliers du corps.* »
- ✚ Des questions ciblées posées lors des VIP et VIPI réalisées (18), pour déterminer le ressenti des AAD, au sujet de l'organisation du travail et de leur charge mentale.

### 2.1. L'OBSERVATION INFIRMIÈRE DE POSTE

#### 2.1.1. MÉTHODOLOGIE

L'observation de poste permet d'analyser les risques présents au poste de travail en étudiant l'activité réelle des salariés. L'analyse d'une situation de travail est une démarche à part entière qui nécessite d'être préparée. Notons qu'il est préférable, dans la mesure du possible, de faire des observations à différents moments et avec maints salariés. En effet, cela permet d'observer de possibles variations (organisations du travail, spécificités propres au salarié, etc.).

L'étude a lieu dans le cadre d'une recherche émanant de plaintes répétitives des salariés reçus en VIP. Ces dernières concernent tant des problématiques de « *douleurs/gênes* », qu'une « *fatigue* » et un « *stress* » ressentis.

Notre requête portait sur l'observation, si possible, de plusieurs types d'interventions (entretien logement, aide dans les soins d'hygiène, etc.), chez différents bénéficiaires. La finalité étant d'avoir une vision la plus globale possible. Poursuivre, l'IST a choisi d'utiliser le QQQQCCP (Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Pourquoi ?), afin de ne pas omettre d'information essentielle lors de son observation. C'est la 1<sup>ère</sup> fois que l'IST réalise une étude de poste.

C'est une responsable de secteur qui a choisie la salariée avec qui l'observation a eu lieu. Cette dernière s'est déroulée le jeudi 8 février 2024 de 7h30 à 12h. L'IST n'ayant pas eu l'opportunité

de s'entretenir avec la salariée en amont, elle a donc veillé à se présenter et expliquer l'objet de sa démarche, afin de s'assurer de la compréhension de la salariée (que l'on appellera Lise). L'observation consiste à suivre Lise, pendant une matinée de travail chez 3 bénéficiaires.

### 2.1.2. RÉSULTATS & ANALYSE

Lise travaille à temps plein, et a un CDI d'AAD depuis 21 ans (au même poste). Son planning, est disponible (sur son portable professionnel), au plus tard 15 jours avant. Un accord spécifie que les salariés âgés de plus de 59 ans ne travaillent pas les week-ends, Lise ayant 61 ans, elle en bénéficie. Elle n'a pas de restriction médicale, ni de reconnaissance qualité travailleur handicapé. Lise intervient de façon régulière au domicile d'une dizaine de bénéficiaires. Son secteur d'intervention a été défini selon son lieu d'habitation. Elle a en moyenne, entre 5 et 20 minutes de trajet entre son domicile et le lieu d'intervention (et entre 2 domiciles). Nous rejoignons Lise au domicile de la 1<sup>ère</sup> bénéficiaire et poursuivrons les déplacements entre chaque domicile avec sa voiture. Cela permet une économie de temps (stationnement), mais surtout, un temps d'échange privilégié. Nous demandons l'accord de chaque bénéficiaire afin d'accéder à leur domicile, observer les tâches de Lise et prendre des photographies. Notons que les données à suivre, sont valables à juste titre, pour la matinée d'observation citée.

**ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL :** les 3 bénéficiaires de la matinée sont des personnes âgées qui vivent seules. Chacun des 3 domiciles semblent équipés d'éclairages adaptés aux tâches réalisées par Lise, l'ambiance lumineuse paraît adaptée. Concernant l'ambiance sonore, dans le 1<sup>er</sup> logement la télévision allumée n'entraîne pas de gêne pour Lise dans la réalisation de ces tâches. A propos de l'ambiance thermique, nous ne relevons pas de spécificité particulière. Lise n'a pas exprimé de commentaire pour ces 3 sujets. L'observation met en exergue la polyvalence dont doit faire preuve l'AAD. C'est un exercice qui n'est pas linéaire, mais tributaire du bénéficiaire, du logement et même du moment où l'AAD intervient.

Le 1<sup>er</sup> logement (intervention 1h), est un appartement au 1<sup>er</sup> étage, avec ascenseur. Une infirmière à domicile passe 3 fois par jour. Il convient de noter que la salle de bain (SDB) est aménagée dans la longueur, le positionnement de l'évier semble contraindre Lise dans sa mobilité pour réaliser la toilette de Me B (confère figure 8). De plus, Me B dépose ses ordures journalières au sol, à côté du fauteuil. Elles sont ramassées chaque matin par l'AAD. Lise ajoute qu'il n'est pas rare que le lundi elle trouve les déchets accumulés du weekend. Nous

remarquons que le temps est plus que compté, Lise connaît et anticipe les demandes de la bénéficiaire. Cela lui permet de faire un maximum de tâches pendant le temps imparti. Le téléphone de Lise sonne 5 minutes avant la fin du temps pour chacune des interventions. Nous quittons le domicile avec 2 minutes de retard sur la planification (information donnée par l'application mobile).

Le 2<sup>e</sup> logement (intervention 1h), est un appartement au 5<sup>e</sup> étage, avec 2 ascenseurs. La SDB est étriquée au vu du mobilier présent (confère figure 11).

Le 3<sup>e</sup> logement (intervention 2h), est un pavillon sur sous-sol total accessible par 8 marches extérieures (présence d'une rampe). La pièce à vivre contient de multiples plantes, bibelots, vases, et autres petits meubles. Ils sont « *très chers* » aux yeux de Me T, qui exprime ne « *pas laisser tout le monde y toucher* ». Me T demande parfois à Lise de balayer le balcon. Les interventions (repassage et lavage du sol) ne sont pas exposées dans l'étude car nous avons dû prioriser les éléments présentés.



**Les EPI fournis** : Lise est équipée d'un tablier fourni par l'ADAPAGE. Elle dispose de gants vinyle à usage unique chez ses bénéficiaires, elle précise que si besoin, elle peut en prendre dans les locaux de l'Association. Lise utilise les gants de toilette des bénéficiaires. Elle a une paire de gant de ménage chez chacun de ses bénéficiaires, ainsi qu'une paire de chausson.

**Travail prescrit et travail réel** : d'après l'Ergo Motri Santé (cabinet de conseil en ergonomie),



*« Le travail prescrit est le travail tel qu'il doit être réalisé et souvent formalisé par une fiche de poste. [...] Le travail réel, lui, est plus complexe : il prend en compte toutes les actions effectuées et stratégies déployées par le salarié pour réaliser son activité. Dans la réalité un salarié est contraint de chercher en permanence l'équilibre entre la demande et les contraintes auxquelles il est confronté. »*


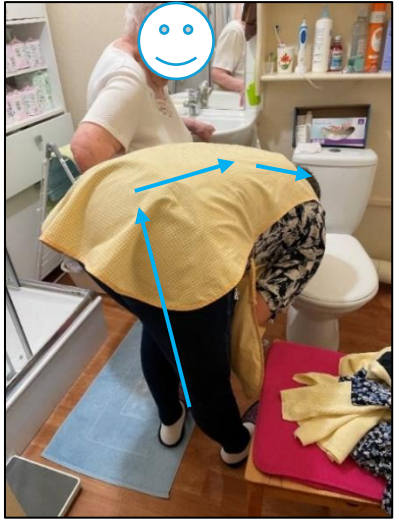
Le tableau (2) à suivre, répertorie le travail prescrit, en lien avec les tâches entreprises par Lise, ainsi que leurs fréquences de réalisation. Les contraintes / dangers, sollicitations (articulaires et musculaires) et risques en corrélations sont évoqués. Cela, illustré par une photographie et/ou une remarque spontanée de Lise. Les photographies sont étayées de flèches pour clarifier les propos associés. Il convient d'ajouter que tout au long de la PEC, Lise s'investit dans un échange (communication) avec la bénéficiaire concernée.



TRAVAIL PRESCRIT	PHOTO DU TRAVAIL RÉEL	TÂCHE RÉALISÉE.	DANGER	RISQUE
<p><b>DOMICILE 1 (1H)</b> Préparation des repas pour la journée.</p> <p>Aide à la mobilisation</p>	 <p style="text-align: center;"><i>Figure 6</i></p>  <p style="text-align: center;"><i>Figure 7</i></p>	<p>Cuisson œufs, sortir fromage et yaourt du réfrigérateur. Jeter les aliments périmés. Amener l'ensemble dans le salon sur une table basse auprès de Me B, ajout de pain, biscuits et soda. 1 à 6x/jour, 5 jours/semaine.<sup>5</sup></p> <p>Aide aux déplacements, mobilité : salon – SDB. Aider Me B à passer de la station assise à la station debout, et vice-versa. 2 à 12x/jour, 5 jours/semaine.</p>	<p>Utilisation d'équipement à gaz + couteaux. Pas de plan de travail, la table utilisée (figure 6) mesure 78 cm (hauteur recommandée : 85-95 cm). Posture contraignante : dos penché en avant.</p> <p>Station debout avec piétinement. Posture contraignante : flexion du cou vers l'avant angle &gt; 25, flexion du tronc vers l'avant, +/- port de charge en fonction de la stabilité de la bénéficiaire (figure 7). Moyen de prévention existant : Lise fléchis les genoux (induit la minoration de la flexion du tronc), déambulateur de la bénéficiaire.</p>	<p>Coupure, brulure, explosion.</p> <p>Frustration : Lise ajoute : « <i>Ce n'est pas ce qu'il y a de plus équilibré, mais on fait avec ce que l'on a</i> ».</p> <p>TMS : risque d'affection rachis lombaire et cervical.</p>

<sup>5</sup> La fréquence est donnée à titre indicative, en moyenne, pour une journée de travail chez l'ensemble des bénéficiaires de la journée

<p>Soins d'hygiène : aide à la toilette (alternance 1j/2 toilette complète / partielle).</p>		<p>Me B retire son haut (avec aide), puis lave et essui son visage + torse, pendant que Lise s'occupe du dos (savonner, rincer, sécher), puis remettre le haut. Lise réalise la toilette intime (laver, savonner, sécher). Me B est debout appuyée au déambulateur, application d'un change complet. Savonner, rincer, sécher membres inférieurs +/- application de crème.</p>	<p>Posture contraignante : accroupie prolongée, environnement de travail restreint. Port d'une jambe à 1 main pendant que l'autre lave la jambe. Augmentation de la pression sur le cartilage des genoux + chevilles. Etirement des ligaments et de la partie postérieure du disque méniscal. Pincement de la partie antérieure du disque méniscal (figure 8).</p>	<p>TMS : risque d'affection rachis lombaire, cervical et membres inférieurs (hanches, genoux, chevilles). Risque de chute (glissade, sol possiblement mouillé, serviette au sol).</p>
<p>Entretien du logement.</p>		<p>Lise récupère le linge dans la machine à laver qu'elle stocke dans une bassine. Elle prend ensuite le linge dans la bassine posée au sol à plusieurs reprises pour l'étendre.</p>	<p>Posture contraignante : flexion du tronc en avant angle &gt; 60° (au-delà de la zone de confort). Etirement des ligaments et des disques intervertébraux. Augmentation de la pression sur les disques. Augmentation de la courbure du dos. Mouvements répétitifs des membres supérieurs. Station debout prolongée (figure 9).</p>	<p>TMS : risque d'affection rachis lombaire, cervical et genoux.</p>

<p>Entretien du logement.</p>	 <p>Figure 10</p>	<p>Lise nettoie et lave le sol à l'aide d'un balai brosse et d'une serpillère (rassembler miettes, éléments volatiles avec balai, ramasser avec balayette, puis laver). Elle priorise l'environnement autour de Me B (qui mange et dort au fauteuil), en fonction du temps qu'il lui reste.</p> <p>1 à 6x/jour, 5 jours/semaine.</p>	<p>Station debout prolongée avec piétinement.</p> <p>Gestes répétitifs des membres supérieurs avec effort de frottement. Posture contraignante : flexion du tronc en avant angle &gt; 60° (au-delà de la zone de confort), confère figure 10.</p>	<p>TMS : risque d'affection rachis lombaire, cervical et membres inférieurs.</p> <p>Frustration : Lise commente « On fait au mieux au vu du temps imparti ».</p>
<p><b>DOMICILE 2 (1H)</b></p> <p>Aide à l'habillage et au déshabillage.</p>	 <p>Figure 11</p>	<p>Lise aide Me X à se déshabiller puis à se rhabiller après la toilette. Elle l'aide à retirer son t-shirt, son pantalon, ses chaussettes et chaussons, pour les lui remettre ensuite.</p> <p>1 à 6 x/jour, 5 jours/semaine.</p>	<p>Station debout avec piétinement.</p> <p>Posture contraignante : non-respect des courbures naturelles du rachis. Etirement des ligaments et des disques intervertébraux. Augmentation de la pression sur les disques.</p> <p>Flexion du tronc en avant angle &gt; 60°. Port de charge (jambe) bref possible, dans l'accompagnement du mouvement (figure 11).</p>	<p>TMS : risque d'affection rachis lombaire et cervical.</p>



<p>Soins d'hygiène : aide à la toilette (alternance 1j/2 toilette au lavabo / douche).</p>	 <p>Figure 12</p>	<p>Lise savonne le dos, les MI, réalise la toilette intime de Me X, avant de rincer et de sécher l'ensemble. Me X se lave le visage, le buste, les bras et sèche l'ensemble entre-temps. Application de crème +/- sur l'ensemble du corps en fonction de la demande de Me X. 1 à 5x/jour, 5 jours/semaine.</p>	<p>Station debout prolongée. Posture contraignante : augmentation de la courbure du dos avec rotation. Flexion dynamique avec rotation du cou angle parfois &gt; 40° selon le mouvement. Lise semble être contrainte dans sa posture et ses mouvements par la chaise placée derrière elle. Lise fléchit de nouveau légèrement les genoux (figure 12).</p>	<p>Risque de chute (tapis de bain au sol, espace encombré par une chaise derrière Lise, sol possiblement mouillé).</p>
<p>Pose de chaussettes de contention.</p>	 <p>Figure 13</p>	<p>Lise accompagne Me X au fauteuil, lui retire ses chaussons et lui applique de la crème sur les MI. Puis elle déroule les chaussettes de contention (avec précaution afin de ne pas plus les abîmer qu'elles le sont déjà). 1 à 3x/jour, 5 jours/semaine.</p>	<p>Position à genou prolongée. Posture contraignante : flexion du cou vers l'avant angle &gt; 25°. Mouvements répétitifs (rotation) des épaules, poignets et doigts (préhension) sans port de charge, mais avec « résistance », confère figure 13.</p>	<p>TMS : risque d'affection rachis lombaire, cervical et membres inférieurs (hanches, genoux, chevilles).</p>

Tableau 2

## 2.2. LE QUESTIONNAIRE

### 2.2.1. MÉTHODOLOGIE

Nous avons choisi d'utiliser le questionnaire de type « *NORDIQUE* » permettant de recenser les douleurs, gênes, engourdissements et courbatures au cours des 12 derniers mois et des 7 derniers jours. Par ailleurs, il « [...] est un outil fiable permettant la recherche de symptômes récents au niveau musculosquelettique-périarticulaire. » De plus, « Compte tenu de sa validité, de sa simplicité et de sa faisabilité [...] » (INRS, 2007) il semble être l'outil adapté pour recenser précisément les TMS chez les AAD de l'ADAPAGE.

Après l'accord de la directrice de l'Association, nous avons déposé à l'accueil 2 pochettes, la 1<sup>ère</sup> contenant les questionnaires vierges, la 2<sup>nd</sup> pour les questionnaires remplis. Avec un document de présentation et d'explication de notre démarche, à afficher à proximité des pochettes. Ce même document et le questionnaire (format numérique) ont été envoyés par mail à l'ensemble des AAD. Ainsi, ces dernières pouvaient, à leurs convenances, remplir le questionnaire numériquement ou sur format papier. Les AAD ont disposées de 4 semaines (déposés/envoyés le 3 avril 2024, récupérés le 2 mai 2024). Nous n'avons pas pu obtenir de chiffres concernant le nombre et le motif d'absence des salariés AAD au cours de cette période.

### 2.2.2. RÉSULTATS & ANALYSE

Nous avons utilisé le tableur « *Excel* » afin de répertorier, croiser et classer les informations. Une 1<sup>ère</sup> synthèse de ces informations est présentée à l'aide du tableau 3. Celui-ci propose, en fonction de la tranche d'âge, le type d'emploi occupé (agent à domicile, auxiliaire de vie), l'ancienneté dans le métier, le temps de travail, la moyenne d'heures travaillées (hebdomadaire), si variabilité des horaires et si la durée du travail est supérieure à 10 heures par journées travaillées. Sur 105 AAD en poste, nous avons eu 40 retours (tous sur format papier). L'échantillon représenté étant inférieur à la moitié du nombre total d'AAD en poste, les résultats sont exprimés en nombre et non en pourcentage, cela, afin de ne pas risquer d'altérer la perception de ces derniers.

Parmi les 40 réponses, on dénombre 16 agents à domicile et 24 auxiliaires de vie.

Il est essentiel de prendre en compte, que plus de la moitié des retours (22/40) proviennent de salariées âgées de plus de 51 ans. Leur ancienneté moyenne dans le métier est de 32 années. Elles exercent, pour la plupart (16/22) à temps complet. La moyenne d'heures travaillées hebdomadaire est de 32 heures, 14 salariées sur 22 déclarent avoir des horaires de travail variables. En revanche, aucune de ces salariées n'indique travailler plus de 10 heures par jour. Ces salariées ont majoritairement reçu une formation initiale d'auxiliaire de vie (16/22).

ÂGE	20 – 30 ans	31 – 40 ans	41 – 50 ans	51 – 59 ans	60 ans & +
EMPLOI	4 agents à domicile	4 agents à domicile – 6 auxiliaires de vie	2 agents à domicile – 2 auxiliaires de vie	4 agents à domicile – 14 auxiliaires de vie	2 agents à domicile – 2 auxiliaires de vie
ANCIENNETÉ MÉTIER	2 mois à 3 années	9 à 14 années	11 à 20 années	3 à 35 années	30 à 37 années
TEMPS COMPLET / PARTIEL	2 temps complet – 2 temps partiel	4 temps complet – 6 temps partiel	2 temps complet – 2 temps partiel	12 temps complet – 6 temps partiel	4 temps complet
MOYENNE D'HEURES/SEMAINE	23h/sem à 30h/sem	24h/sem à 37h/sem	33h/sem à 35h/sem	22h/sem à 40h/sem	35h/sem
HORAIRES RÉGULIERS / VARIABLES	2 horaires variables – 2 horaires réguliers	6 horaires variables – 4 horaires réguliers	2 horaires variables – 2 horaires réguliers	14 horaires variables – 4 horaires réguliers	4 horaires réguliers
TRAVAIL +10H/JOUR	2 oui – 2 non	2 oui – 8 non	4 non	18 non	4 non

Tableau 3

Les problématiques (courbatures, douleurs, gênes ressenties) recensées au cours des 12 derniers mois (selon les 40 restitutions), sont proposées avec la figure 14. Le fait que la

problématique puisse empêcher d'effectuer le travail habituel, ainsi que la récurrence de la problématique au cours des 7 derniers jours sont abordés.

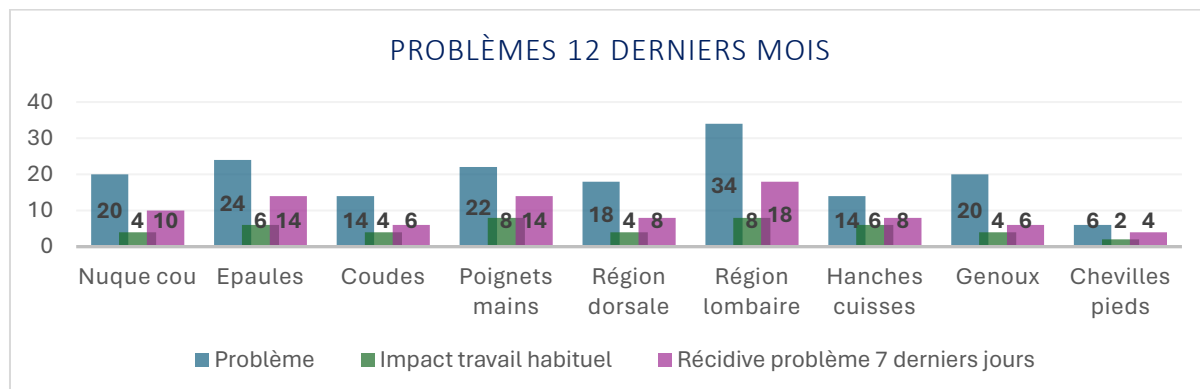


Figure 14

Nous constatons qu'au moins la moitié de l'échantillon, déclare avoir eu une problématique :

- ✚ À la nuque ou au cou ;
- ✚ À 1 ou aux épaules ;
- ✚ À 1 ou aux poignets et/ou main(s) ;
- ✚ Au niveau de la région lombaire ;
- ✚ À 1 ou aux genoux.

Les problématiques au niveau de la région lombaire sont les plus représentées (34/40) au cours des 12 derniers mois. Parmi les 34 salariées concernées, 21 déclarent avoir été contraintes de réduire leurs activités (habituelles au travail et/ou à la maison et/ou de loisir). C'est aussi la problématique qui amène le plus de salariées 20/34, à consulter (médecin, physiothérapeute, chiropraticien, etc.).

La durée moyenne totale, pendant laquelle, au cours des 12 derniers mois, une problématique a empêché d'effectuer les activités habituelles (au travail ou à la maison) est supérieure à 30 jours. De plus, il y a en moyenne plus de la moitié des salariées qui évoquent la récurrence de cette même problématique au cours des 7 derniers jours. Les répercussions de ces problématiques tant dans la sphère professionnelle que personnelle sont considérables.

Enfin, nous relevons qu'en moyenne (toutes problématiques confondues au cours des 12 derniers mois), c'est moins de la moitié des salariées qui ont consulté un professionnel. Nous pouvons néanmoins observer le lien entre la présence d'impact dans les activités habituelles au travail ou à la maison et la consultation d'un professionnel de santé.

## 2.3. QUESTIONS CIBLÉES DES ENTRETIENS INFIRMIERS

### 2.3.1. MÉTHODOLOGIE

Lors des entretiens infirmiers (VIP, VIPI, reprise après congé maternité), l'IST utilise une trame conductrice, reprenant les différentes questions et points à aborder. Celle-ci est construite à l'aide des protocoles existants pour chaque catégorie de visite, et adaptée en fonction de l'expertise pour chacun des métiers. Quand nous faisons l'état des lieux des différents systèmes (cardiovasculaire, nerveux, urinaire, etc.), nous demandons, si présence de douleur il y a, de l'évaluer sur une échelle de 0 à 10. Par ailleurs, il nous paraît tout autant important de pouvoir estimer l'impact de l'organisation du travail sur les salariées. En effet, il est possible que cette dernière ait un retentissement également dans la vie privée du salarié, au vu de la charge mentale induite.

Afin d'évaluer cette dimension organisationnelle, nous questionnons :

- ✚ La satisfaction globale au poste, de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), avec ce qui est préféré dans le travail ;
- ✚ Le stress ressenti en moyenne du fait du travail, de 0 (aucun stress) à 10 (stress extrême), avec ce qui est le moins apprécié dans le travail ;
- ✚ Si l'organisation en place dans l'entreprise permet de faire face à la charge de travail (oui tout à fait ; plutôt oui ; plutôt non ; non pas du tout) ;
- ✚ Si les salariées sont contactées pour des raisons professionnelles en dehors des heures de travail (jamais, parfois, souvent, très souvent) ;
- ✚ Si les salariées se sentent écoutées et prises en compte par la hiérarchie (oui tout à fait ; plutôt oui ; plutôt non ; non pas du tout) ;
- ✚ Si les salariées ressentent un sentiment d'insécurité lors de l'exercice de leurs missions (jamais, parfois, souvent, très souvent) ;
- ✚ Si les salariées ont le sentiment de pouvoir effectuer un travail de qualité (oui, non, si non pourquoi).

Les salariées reçues en visite au cours de la recherche ont été informées sur l'objet de la démarche, leur consentement a été requis afin d'utiliser leurs réponses et commentaires (anonymisées). Les salariées reçues en visite, en amont de l'amorce des recherches, ont été



contactées par l'IST, dans le même objectif. Toutes les salariées ont accepté que les données suivantes soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

### 2.3.2. RÉSULTATS & ANALYSE

Pour commencer, la figure 15 ci-dessous témoigne de la satisfaction globale au poste et du stress ressenti en moyenne du fait du travail.

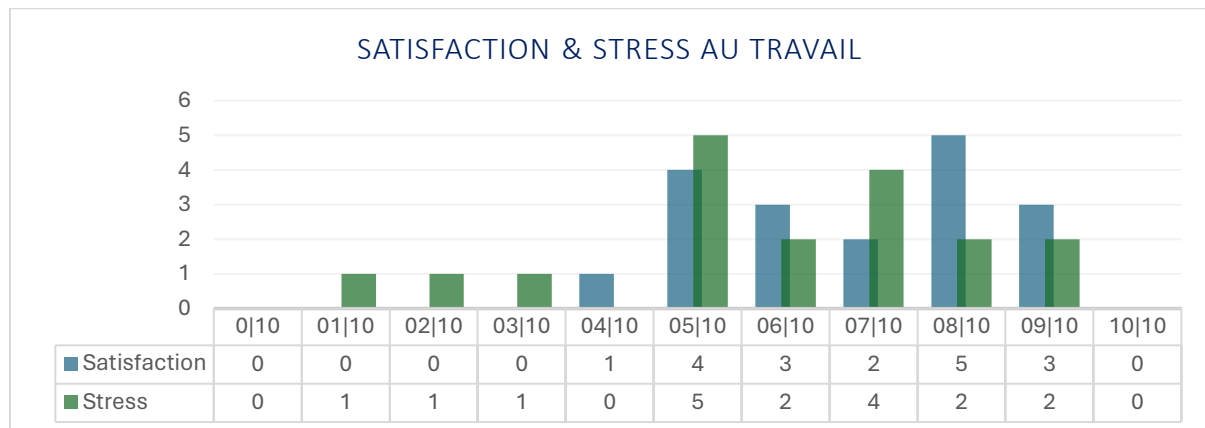


Figure 15

La moyenne de satisfaction globale au poste exprimée par les 18 salariées est de 6.8/10. Le minimum déclaré étant 4/10, le maximum 9/10. Dans l'ensemble, les réponses du panel interrogé se rapproche plus de « *très satisfait* » de son travail que de « *pas du tout satisfait* ».

À la question « *que préférez-vous dans votre travail ?* », c'est « *la relation avec les bénéficiaires* » qui est toujours énoncée.

La moyenne du stress ressenti du fait du travail est de 5.8/10. Le minimum énoncé étant 1/10, le maximum 9/10. Globalement, le retour du panel exprime la présence d'un stress ressenti du fait de leur travail non négligeable, car celui-ci se rapproche plus d'un « *stress extrême* » que de l'absence de ce dernier. On note également que la disparité des retours est plus importante pour ce ressenti que pour la satisfaction globale au poste.

À la question « *qu'aimez-vous le moins dans votre travail ?* » c'est « *le sentiment de ne pas en avoir fait assez* » qui reviens le plus souvent (15/18), sinon c'est « *le temps passé en voiture* » (3/18).

Pour suivre, afin de savoir si l'organisation dans l'entreprise permet de faire face à la charge de travail, selon l'échantillon consulté, nous avons regroupé les réponses via la figure 16.

## ORGANISATION ADAPTÉE À LA CHARGE DE TRAVAIL

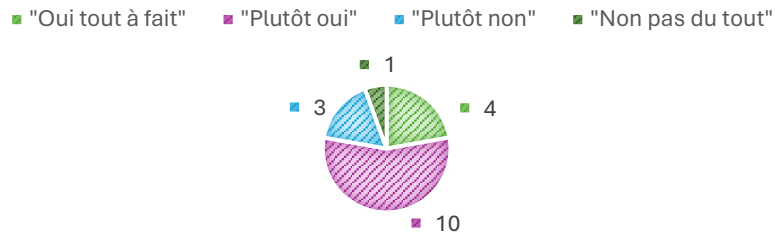


Figure 16

Il apparaît que plus des  $\frac{3}{4}$  du panel interrogé (14/18), trouvent l'organisation plutôt adaptée ou tout à fait adaptée à la charge de travail. Néanmoins, 5 salariées pensent que l'organisation n'est plutôt pas, ou pas du tout adaptée. Cela peut traduire une disparité d'appréciation entre des salariées qui exercent les mêmes missions, mais pas forcément dans les mêmes conditions. Effectivement, il est décisif de prendre en compte que l'analyse de la charge physique de travail dépend de 5 indicateurs : l'effort physique, le dimensionnement de l'espace de travail, les caractéristiques temporelles, les caractéristiques de l'environnement et l'organisation. Gardons à l'esprit que rien que pour l'effort physique, une nuance est admise entre l'effort physique observé et l'effort physique ressenti. Il n'est donc pas surprenant que les salariées n'est pas le même ressenti, sachant que, bien que les missions soient plus ou moins similaires, le bénéficiaire, le lieu et le moment varis. A cela vient s'ajouter la charge mentale de travail, qui elle aussi peut fluctuer d'un individu à un autre, et d'un moment à un autre.

Concernant le fait d'être contacté pour des raisons professionnelles (remplacement de collègue absente) en dehors des heures de travail, les salariées expriment pour la majorité (11/18), l'être parfois. Un petit nombre (2/18) indique ne jamais être contactée. Les 5 autres salariées affirment être souvent (2) ou très souvent (3) contactées (confère figure 17).

## CONTACT EN DEHORS DES HORAIRES DE TRAVAIL

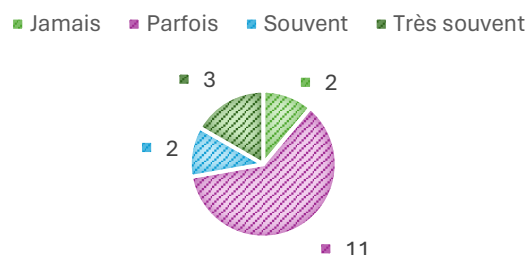


Figure 17

À propos du sentiment d'écoute et de prise en compte des salariées par la hiérarchie, les retours sont mitigés (confère figure 18). On constate qu'un peu plus de la moitié se sent écoutée et prise en compte (10/18). Cela dit, les 8 autres salariées ne sont pas d'accord, 3 d'entre elles ne se sentent pas du tout écoutées ou considérées. La disparité des ressentis est remarquable (notons qu'il y a eu un changement de direction au cours de l'année 2022). Afin d'illustrer ces disparités, nous proposons quelques remarques des salariées à la suite de cette question :

- ✚ « J'ai travaillé dans plusieurs entreprises de soins à domicile, je ne me suis jamais sentie aussi considérée » ;
- ✚ « Je travaille depuis plus de 20 ans dans cette Association, si j'y reste c'est que je m'y sens bien. » ;
- ✚ « Les difficultés de remplacements se répercutent sur nos conditions de travail, je n'ose pas refuser, donc je me retrouve à faire bien plus d'heures que prévues au contrat. » ;
- ✚ « Lors de mon entretien d'embauche, on m'a parlé de tournée à proximité de mon domicile. Finalement c'est rarement le cas... » ;
- ✚ « Je n'ai pas l'impression que les remarques transmises à la direction soient prises en compte, nous avons rarement de retour... ».

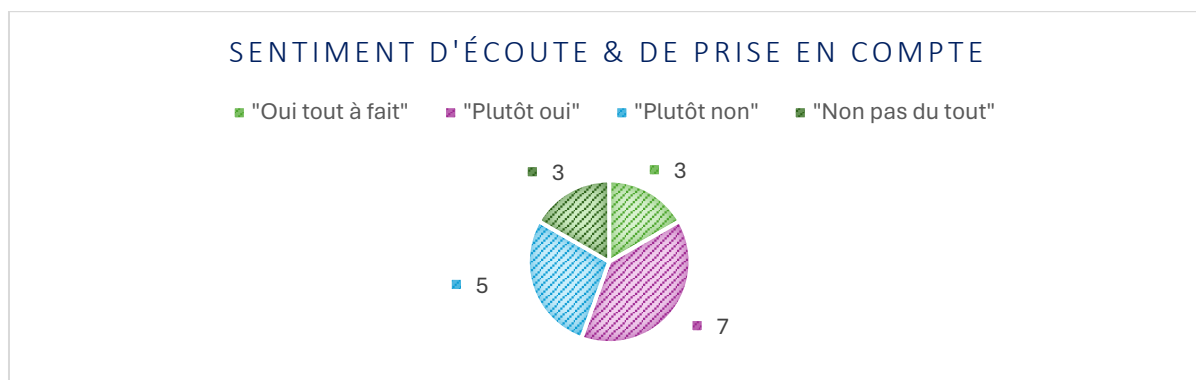


Figure 18

Au sujet du sentiment d'insécurité lors de l'exercice de leurs missions, la totalité du panel interrogé s'accorde sur le fait qu'elles en ressentent « parfois ». La majorité (12/18), attribue ce sentiment à la fréquentation des lieux dans lesquels elles peuvent être amenées à intervenir. Les autres admettent que ce sentiment vient de l'imprévisibilité de certain(es) bénéficiaire(s).

Enfin, la moitié des salariées consultées ont le sentiment de pouvoir effectuer un travail de qualité. Pour les autres, c'est « *le manque de temps* » qui est souligné, certaines (4) ajoutent aussi « *un manque de moyen* ».

## 2.4. DISCUSSION

Notre questionnement de départ était celui-ci :

**QUELS SONT LES FACTEURS À L'ORIGINE DES PLAINTES DE DOULEURS OSTÉOARTICULAIRES & MUSCULAIRES CHEZ LES AIDES À DOMICILE ?**

À la suite de nos recherches sur ce métier et les concepts en lien, nous avons émis l'hypothèse suivante :

**LES ATTEINTES OSTÉOARTICULAIRES DES AIDES À DOMICILE DE L'ADAPAGE SERAIENT DUES À UNE CHARGE DE TRAVAIL PHYSIQUE MAJORÉE PAR L'ORGANISATION DU TRAVAIL & UNE CHARGE MENTALE IMPORTANTE.**

Nous avons ensuite cherché à vérifier cette hypothèse à l'aide d'une observation de poste, d'un questionnaire destiné aux AAD et de questions ciblées posées lors d'entretiens infirmier. L'étude de poste témoigne de la charge physique de travail de l'AAD. Il paraît donc indéniable que les TMS des AAD sont dues à cette charge de travail physique. En effet, on observe une importante sollicitation de l'ensemble du corps, par les postures adoptées et/ou les dispositifs utilisés, même si l'organisation du travail favorise l'alternance des tâches. Le dépassement pluriquotidien des angles articulaires de confort vient renforcer la charge physique. Cependant, nous avons pu constater que du travail prescrit à la tâche réalisée, il peut facilement y avoir des variations. Qu'elles soient propres au bénéficiaire concerné, à

l'agencement de son lieu de vie et/ou à l'AAD concernée, il y a de nombreuses actions et/ou pensées, conscientes ou non qui sont mises en œuvre (communication verbale, non verbale, investissement dans la relation, etc.).

*« Le travail n'est pas mesurable, car il procède d'une expérience subjective qui est fondamentalement incommensurable à tout autre chose. Et c'est par défaut que l'on passe de l'évaluation du travail à l'évaluation du temps de travail, et que l'on tient les deux dimensions pour équivalentes. » MARX cité par DEJOURS, 2003.*

Il est vrai que certaines postures des AAD pourraient être améliorées, néanmoins il semble que l'origine de la problématique vienne de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Cette divergence engendre la mise en place de gestes et postures préjudiciables pour la santé. La figure 19 « *modèle de la dynamique d'apparition des TMS* » vient renforcer la composante multifactorielle de l'origine des TMS.

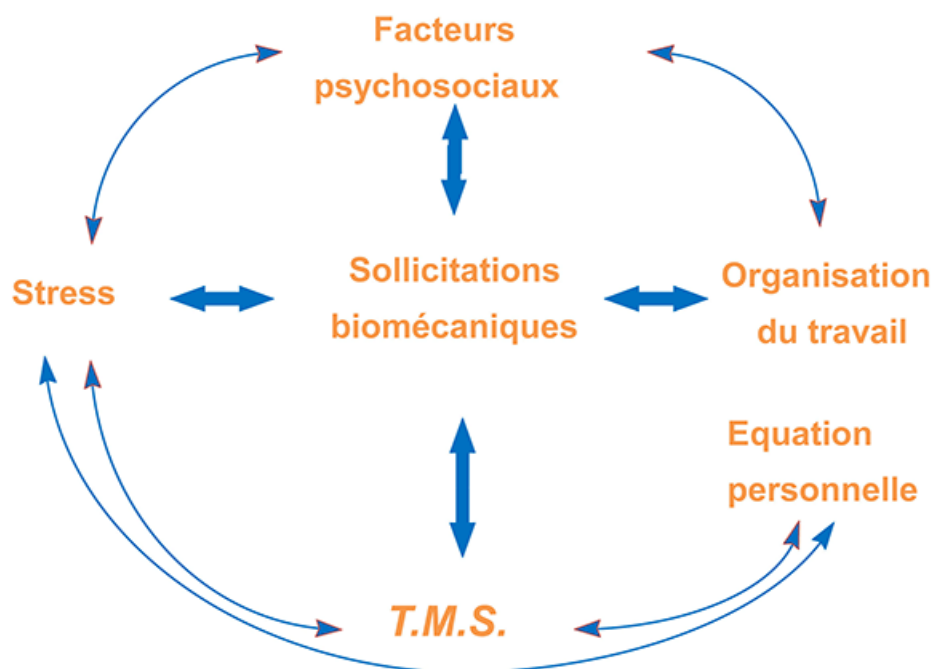


Figure 19

Le questionnaire réalisé, représente en grande partie des auxiliaires de vie âgées de plus de 50 ans, avec une ancienneté moyenne de 32 ans, qui travaillent à temps complet. Les douleurs, gênes, engourdissements et courbatures les plus représentés sont au niveau de la région lombaire. La durée moyenne pendant laquelle la problématique empêche ces salariées d'effectuer normalement leurs activités (travail et/ou privé) habituelles est de plus de 30 jours.

La problématique a récidivé au cours des 7 derniers jours pour la majorité de ces salariées. Enfin, les ¾ de ces salariées ont consulté un professionnel de santé pour cette problématique.

Cet état des lieux nous renvoie au contexte du vieillissement de la population et à l'usure professionnelle évoqués en amont. Bien que ces concepts puissent être associés, il paraît essentiel d'évoquer l'importance de la PDP et du MEE.

Les questions ciblées lors des entretiens infirmiers témoignent d'une disparité dans le ressenti des salariées à différents niveaux (satisfaction, stress, organisation du travail, reconnaissance). Néanmoins, il y a globalement un facteur stress non négligeable Le « *job strain* » qui correspond à une forte demande psychologique combinée à une faible latitude décisionnelle peut induire une charge mentale importante. Ces questionnements nous ont permis de nous rendre compte que c'est l'entièreté de la représentation du travail qui peut différer d'un individu à l'autre. En ce sens, DEJOURS (2003) affirme que :

*« L'intensité de l'effort est pourtant hautement variable pour un même travail, selon qu'il est effectué par un homme, une femme ou un enfant, selon la taille, la corpulence, l'état de santé, l'âge, les conditions de récupérations, etc., de chacun. [...] Les conséquences de la souffrance, c'est-à-dire de la dimension qualitative de l'effort sur la santé, peuvent être très contrastées d'un individu à l'autre. »*

Au vu de ces éléments, notre **HYPOTHÈSE DE DÉPART N'EST QUE PARTIELLEMENT VÉRIFIÉE**. En effet, il semble que les atteintes ostéoarticulaires des AAD soient dues à une charge de travail physique majorée par l'organisation et une charge mentale importante. Néanmoins les éléments suivants démontrent l'impossibilité de la valider sans réserve.

#### 2.4.1. DIFFICULTÉS & LIMITES

Au cours de cette recherche nous avons été exposés à plusieurs difficultés qui nous ont limitées dans la vérification de notre hypothèse de travail.

En 1<sup>er</sup> lieu, nous n'avons pas pu réaliser la 2<sup>nd</sup> observation de poste initialement prévue. Celle-ci aurait pu nous permettre de comparer les pratiques, et peut être même d'apporter d'autres éléments significatifs à la validation de notre hypothèse.

Il est également important de prendre en compte, qu'initialement, ce sont des entretiens semi-directifs avec les AAD de l'ADAPAGE qui étaient prévus (avec l'accord de la directrice de l'Association).

L'objectif était de pouvoir bénéficier d'un temps d'échange (15 minutes), avec les salariées (environ 50), afin de pouvoir les interroger plus précisément sur l'impact de l'organisation du travail et leur charge mentale.

Les questions portaient sur :

- ✚ L'intensité et le temps de travail ;
- ✚ Les exigences émotionnelles du fait de leur activité ;
- ✚ La place de l'autonomie dans leur exercice quotidien ;
- ✚ Les rapports sociaux entretenus au travail ;
- ✚ La présence de conflits de valeurs ;
- ✚ Et l'insécurité, qu'elle concerne leur poste et/ou des situations de travail.

L'ensemble de ces questions et le temps privilégié qui leur auraient été alloués, auraient permis de mieux appréhender l'aspect organisationnelle et la charge mentale.

En lien, nous avons initialement choisi le questionnaire NORDIQUE, qui s'intéresse uniquement aux TMS. En effet, la partie entretien semi-directif devait nous apporter suffisamment d'éléments sur la dimension organisationnelle et sociale. Notre constat de départ étant basé sur les TMS, il nous paraissait cohérent de leurs consacrer un questionnaire complet.

La problématique, c'est que nous avons appris que les entretiens semi-directifs ne pourraient pas avoir lieu, qu'une fois que les questionnaires étaient déjà envoyés. Nous n'avons donc pas pu, au vu du temps imparti, rectifier le choix du questionnaire en privilégiant le questionnaire SATIN, qui couvre à la fois les TMS et les RPS. Cette impossibilité de modification du questionnaire, a participé à l'insuffisance de contenu pour la validation de l'hypothèse.

À cela s'ajoute, le fait que seulement 40 AAD ont remplis le questionnaire (malgré l'échéance de 4 semaines), ce qui représente à peine la moitié de la totalité des AAD en poste (105). L'échantillon présenté est donc que partiellement représentatif de l'ensemble des AAD.

Heureusement, le suivi méthodique de notre trame d'entretien infirmier lors des VIP(I), nous a permis à posteriori de recouvrer des informations en lien avec la sphère organisationnelle et sociale de l'Association.

Néanmoins, le nombre d'entretien réalisé (18), rend l'analyse des données moins représentative et significative que si la moitié des salariés AAD avaient été interrogés comme initialement prévu. Ce biais dans la recherche renforce l'impossibilité de valider l'hypothèse dans son intégralité.

Il aurait également été intéressant, de pouvoir échanger avec l'équipe encadrante et s'occupant de la gestion des plannings. Disposer de leur retour et ressenti concernant la sphère organisationnelle aurait pu permettre de recueillir des informations pertinentes au vu de notre hypothèse de recherche.

Enfin, les délais à honorer afin de mener au mieux cette étude, ce sont parfois traduits comme de véritables défis. En effet, nous retenons que pour un tel projet, il est nécessaire de convenir de délai pour la réalisation des différentes étapes. Notre retroplanning a donc favorisé l'avancer de la recherche.

Néanmoins, il aurait été opportun de soumettre plus explicitement (objectifs datés), les contraintes temporelles à la directrice de l'Association. En effet, elle n'a pas pu se rendre disponible comme convenu initialement, et cela n'a pas pu être compensé au vu du temps restant. Cela aurait peut-être permis d'assurer ce qui été initialement prévu (entretiens semi-directifs).

Nous allons maintenant aborder les pistes d'amélioration qui nous semble adaptées à cette Association.

*« Il est essentiel d'avoir les bons outils, mais il est également essentiel que les outils soient utilisés de la bonne manière. »*

Wallace D. WATTLES



### 3. PISTES D'AMÉLIORATION

Nous allons à présent proposer des solutions, à partir des résultats obtenus, en vue d'améliorer la ST des salariés AAD de l'Association ADAPAGE.

Afin de faciliter et d'encourager les échanges, nous proposons l'instauration d'une boîte à idée anonyme, posée dans l'espace dédiée au AAD (petit espace comprenant une machine à café avec de petits casiers nominatifs dans lesquels leurs documents leurs sont déposés). Cette boîte peut être relevée une fois par mois. Les idées s'y trouvant peuvent être envoyées sous forme de « flash idées » sur les téléphones professionnels des salariées. En début du mois suivant (après un délai de réflexion), un temps d'échange (bienveillant et sans jugement) peut être organisé autour des idées proposées.

Le travail réel expose les salariées à diverses catégories de dangers. Le risque d'accidents et d'événements indésirables (AT, MP, TMS, stress chronique, etc.) est tangible. C'est pourquoi, il est essentiel, afin que l'Association appréhende l'enjeu du projet proposé, de mettre en avant les éléments d'alertes (indicateurs, douleurs, plaintes, inaptitudes, etc.), évoqués dans le constat de départ et dans les résultats. En effet, il est fondamental d'aborder la dimension santé des salariés.

D'autre part, apporter des éléments liés à l'activité (absences, remplacements, surcharge de travail, perturbation du service, etc.) vont permettre de passer de l'individuel au collectif.

De surcroît, aborder la dimension économique avec des indicateurs (AT, MP), et évoquer les coûts directs et indirects pour l'Association, participent à faire comprendre à la direction l'intérêt du projet.

Enfin, il est également primordial, de mettre en avant l'accompagnement du SPSTI composé d'une équipe pluridisciplinaire, dans la mise en œuvre et la veille sanitaire induite par le projet. Ce dernier s'articule autour d'un objectif général, s'ensuit 3 objectifs spécifiques ayant chacun leurs objectifs opérationnels.

*"Les mots juste trouvés au bon moment sont de l'action".*

Hannah Arendt

**OBJECTIF GÉNÉRAL : RÉDUIRE L'IMPACT DE L'ACTIVITÉ DES AAD SUR LEUR SANTÉ.**

**OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°1 : MIEUX APPRÉHENDER LA CHARGE PHYSIQUE DE TRAVAIL.**

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	ACTIONS	MOYENS	ACTEURS	DÉLAIS	ÉVALUATION
<b>ÉVALUER LA CHARGE PHYSIQUE DE TRAVAIL</b>	Contacteur la direction et l'encadrement (Association) présenter / expliquer l'intérêt de la méthode. Proposer un temps type « atelier » en groupe (15 salariés) pour présenter la méthode et accompagner dans son application (animation IST + ergonome).	« <i>Méthode d'analyse de la charge physique de travail du secteur sanitaire &amp; social</i> » (INRS) comprenant une grille d'identification de la charge physique en situation de travail.	Direction, encadrement et salariés AAD (Association). IST et ergonome (SPSTI).	9 mois : 2 mois : contact Association + organisation / planification ateliers. 7 mois pour 1 atelier par mois (105 AAD / 15 = 7).	Assimilation par les AAD de l'étendue de la charge physique de leur activité. Évolution du nombre d'inaptitudes, de restrictions et du type de restrictions.
<b>RENFORCER LA SENSIBILISATION INDIVIDUELLE</b>	Sensibilisation de l'AAD à l'activité physique en dehors du travail ; apports & conseils sur l'importance de s'étirer	Brochure réalisée en collaboration avec les ergonomes + IST du SPSTI.	Salariées AAD. IST, ergonomes et médecin traitant si besoin.	Au cours des VIP sur l'année au long terme.	Mise en œuvre des étirements ? Evolution dans les plaintes de douleur. Évolution du nombre

	avant et après le travail ; orientation médecin traitant pour activité physique adaptée si besoin.	Commentée et expliquée lors de la VIP.			d'inaptitudes, de restrictions et du type de restrictions.
OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°2 : PROMOUVOIR L'ORGANISATION DU TRAVAIL					
OBJECTIFS	ACTIONS	MOYENS	ACTEURS	DÉLAIS	ÉVALUATION
<b>ORGANISER LA MISE A JOUR DU DUERP EN INCLUANT LES AAD</b>	Contacteur la direction pour planifier mise à jour du DUERP existant et créer la partie spécifique aux AAD. Inclure les AAD volontaires dans la démarche (groupe de travail). Proposer un accompagnement pour la rédaction.	DUERP existant (2021). Fiche repère « <i>Le DUERP</i> » du CIHL. Réunion sensibilisation : présentation méthodologie organisée par le CIHL.	Direction, AAD et CSE. IST et technicien hygiène et sécurité.	6 mois (délai d'organisation / constitution groupe de travail et de la rédaction).	Compte rendu lors de la présentation du CSE trimestrielle.
<b>MESURER LA REPRÉSENTATION DES AAD DE LEUR</b>	Contacteur la direction pour accord, puis diffuser le questionnaire SATIN	Questionnaire de santé et de bien-être	Direction, AAD. IST, psychologue du travail et MDT.	3 mois.	Restitution des résultats à l'occasion d'une réunion. Puis

<b>ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL</b>	(version papier), avec une note d'information en lien (contenant le numéro de téléphone de l'IST si question).	au travail SATIN (INRS).			organisation d'un plan d'action en fonction des besoins des AAD. Constitution d'un groupe de travail si AAD volontaires pour participer à la création du projet.
<b>OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°3 : FAVORISER LA PRISE DE CONSCIENCE DE L'IMPACT DE LA CHARGE MENTALE SUR LA SANTÉ</b>					
<b>OBJECTIFS</b>	<b>ACTIONS</b>	<b>MOYENS</b>	<b>ACTEURS</b>	<b>DÉLAIS</b>	<b>ÉVALUATION</b>
<b>ORGANISER UNE CAMPAGNE DE PRÉVENTION SUR LA CHARGE MENTALE</b>	Contacteur la direction pour présenter le projet. Organiser 2 demi-journées dédiées (sur le temps de travail). Quiz sur la charge mental, suivi d'une intervention par l'IST avec la psychologue du travail. Clôture avec une table ronde pour échanger.	Création d'un flyer pour promouvoir l'événement et d'une brochure synthétique sur l'impact de la charge mentale (à distribuer lors de l'évènement et lors des VIP si besoin).	Direction et salariés. Equipe pluridisciplinaire (IST et psychologue du travail).	1 an, renouvelable chaque année.	A travers les retours exprimés par les salariés lors de la table ronde. Lors des VIP en fonction des échanges à ce sujet avec les salariées.

	Sensibilisation individuelle lors des VIP en fonction des besoins de la salariées concernée.	Élaboration d'un QUIZ en lien avec la charge mentale			
<b>CRÉER UNE COMMUNAUTÉ D'AAD</b>	Créer un sondage anonyme afin de savoir si les AAD sont intéressées par le projet. Organisation d'un groupe de parole (fréquence à déterminer selon besoin AAD), permettant d'échanger avec AAD d'autres organismes : échanges de pratiques / d'organisation ; ateliers temps pour soi ; etc.	Créer un sondage version papier à déposer au centre lors des remises des bulletins de paie. Salle mise à disposition par l'Association (possibilité de tourner entre plusieurs salles des différents organismes selon disponibilité)	Les AAD, la direction (pour la salle), la mairie si besoin, le CSE.	1 an : le temps de sonder les AAD de l'ADAPAGE pour avoir leur opinion, puis de partager l'information avec les autres organismes d'AAD à proximité, de fonder un bureau, de trouver des locaux, établir la fréquence, etc.	1 an minimum, le projet a-t-il été mis en place ? si non pour quelles raisons ? Si oui, retour d'expérience : les points forts et les axes d'améliorations pour l'avenir.

« Se réunir est un début. Rester ensemble est un progrès. Travailler ensemble est un succès. »

Henry FORD

## 4. DISCUSSION GÉNÉRALE

La réalisation de cette recherche fut très enrichissante dans le cadre de notre formation en santé au travail. D'autant plus, que nous avons récemment débuté dans cette spécialité. Cela a participé à renforcer notre choix et notre envie de travailler en santé au travail. Cette étude nous a aussi permis de mieux concevoir notre positionnement en tant qu'infirmière en santé au travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, l'infirmière en santé au travail joue un réel rôle dans la mise en visibilité des indicateurs de santé. Mais la plus-value apportée du fait de sa fonction à l'équipe, est sa capacité d'écoute, d'empathie et sa vision holistique de la personne, c'est ici que le « *prendre soin* » prend tout son sens.

Cette recherche a corroboré l'importance de l'accompagnement et du soutien de l'équipe pluridisciplinaire. Ayant moins d'une année d'expérience en santé travail à l'amorce de cette recherche, le fait de pouvoir échanger à son sujet a contribué à ce que l'on perçoive les diverses composantes en question. Les nombreuses années d'expériences des différents acteurs de l'équipe, nous ont aidés à acquérir un certain recul sur la situation et à cibler les lectures et outils appropriés.

Ce travail met aussi mis en exergue, l'importance d'une traçabilité adaptée au sein du dossier médical en santé au travail. Dans notre cas, la rigueur imposée par notre trame conductrice, nous a permis de retrouver des informations déterminantes pour notre recherche.

L'investigation et les échanges impliqués dans cette recherche, nous ont permis de développer une certaine compétence à l'égard de la profession d'aide à domicile. Nous avons notamment, pu détecter les catégories de risques professionnels auxquels les aides à domicile sont exposés. Ce travail nous a également permis de nous rendre compte des disparités existantes entre le travail prescrit et le travail réel. L'ensemble de ces connaissances, nous permettront d'assurer le suivi de santé au travail des salariés avec une approche ciblée et pertinente. Effectivement, la diversité des lieux d'interventions ne permet pas forcément de percevoir les réalités des situations de travail. À l'inverse d'une entreprise où l'on peut plus aisément observer les postes des salariés. Le secteur de l'aide à domicile concerne le domaine privé, il touche à la sphère intime des bénéficiaires, nous rentrons chez eux. Il est donc plus délicat, d'obtenir les accords nécessaires pour observer les salariés réaliser leurs missions. En lien, il

nous paraît pertinent, afin de poursuivre cette recherche, de donner la possibilité aux aides à domicile (volontaires) d'être reçues individuellement. L'objectif étant d'échanger si elles le souhaitent, sur l'organisation du travail et les risques psychosociaux qui en résultent. Des éléments plus ciblés pourront être explorés. Il serait intéressant d'étendre cette recherche à plusieurs organismes de soins à domicile afin de pouvoir analyser et comparer les données pour une appréciation plus explicite.

L'étude et les échanges qui en ont résulté, ont permis de mettre en évidence le fondement des difficultés auxquels sont exposés les aides à domicile : le dilemme d'éthique. En effet, ce phénomène prend de plus en plus d'ampleur, là où les acteurs du « *prendre soin* », ne bénéficient pas de moyens adaptés. Cela consiste à faire de son mieux, au vu du temps et du matériel alloués. La pénurie de personnel, est à la fois une cause subsidiaire et une résultante de ce phénomène. Il serait intéressant de faire une étude consacrée à ce dilemme d'éthique, il est probablement responsable d'une partie de la charge mentale et du mécontentement de ces acteurs du « *prendre soin* ». Il semble essentiel de prendre cette composante en compte et de l'étudier afin de minorer ces conséquences.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude, en recherchant si un lien peut être établi entre troubles musculosquelettiques et addictions. Et entre risque psychosociaux et addictions. Nous avons remarqué lors des visites d'information et de prévention que la place occupée par le travail dans la vie des salariés variait beaucoup. Il serait donc intéressant de comprendre l'impact de la représentation du travail et de la place qu'il occupe dans la vie de chacun. Car deux salariés qui ont le même statut, les mêmes conditions de travail et la même problématique, ne vont pas forcément le percevoir et l'accueillir de la même manière.

Par ailleurs, l'article « *Aide à domicile : concilier l'autonomie et l'engagement dans un collectif* » (bulletin de recherches emploi formation), présente des essais d'inclusion de l'aide à domicile dans l'organisation et la planification du travail. L'objectif étant de permettre aux intervenantes de négocier et d'ajuster leur planning en renforçant le dialogue professionnel et développant une communication approfondie. Il paraît pertinent de créer une dynamique collective et un sentiment d'appartenance, de part le renforcement de l'autonomie et la responsabilisation des aides à domicile. Il s'agit d'un engagement significatif dans la transformation du contexte organisationnel. En outre, l'étude appuie l'importance de mettre en place des réunions rémunérées et animées par un volontaire, permettant « *de s'entendre sur les plannings et*

*d'échanger sur les usagers et les pratiques professionnelles* ». L'enjeu étant que les intervenantes trouvent une satisfaction, une qualité de vie et un engagement collectif dans leur travail. Cela passe par rompre l'isolement, renforcer l'autonomie et financer des « *temps improductifs* » où se construisent les collectifs de travail et la qualité des prestations apportées aux usagers. Les savoirs d'usages peuvent alors être associés aux savoirs d'expertises.

Enfin, face au contexte du vieillissement de la population, avec notamment la réforme des retraites, il est indispensable d'inclure les questionnements autour du « *bien vieillir au travail* » au premier plan. C'est au vu de cette conjoncture, que la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle a été mise en place (Loi du 2 août 2021). Elle revêt un rôle majeur pour les services de prévention en santé au travail, au vu de l'évolution du monde du travail dans les années à venir. L'efficacité du processus repose sur un repérage précoce. Chaque acteur de l'équipe pluridisciplinaire y participe, la richesse de cette cellule repose sur l'action collective et coordonnée. Notons que faire le lien entre les différents acteurs internes et externes pouvant intervenir dans le cadre d'une situation professionnelle à risque de désinsertion professionnelle est d'autant plus profitable au maintien en emploi.

« *Votre travail va remplir une grande partie de votre vie, et la seule façon d'être vraiment satisfait est de faire ce que vous croyez être un grand travail.* »

Steve JOBS



## CONCLUSION

Le métier d'aides à domicile, implique de multiples risques professionnels, à l'origine d'une certaine sinistralité en France. Pourtant, le secteur des soins à domicile est très porteur en matière d'emploi. L'accès à la profession, sans nécessité de formation qualifiante, permet de répondre en parti aux besoins sociétaux. Toutes les aides à domicile n'étant pas diplômées, l'importance du suivi individuel des salariés en est accrue. L'adaptation des contenus de sensibilisations au travail réel, et la collaboration du service de prévention avec l'employeur est primordiale, afin de cibler au mieux les besoins des salariées. L'objectif étant de préserver au mieux la santé des salariées, afin de permettre leur maintien en emploi.

Le vieillissement de la population et la prise en charge favorisant les soins à domicile ont entraîné la professionnalisation du secteur. Le personnel est majoritairement représenté par des femmes âgées de 50 ans en moyenne. D'où la nécessité de renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle, afin de favoriser le maintien en emploi.

Les risques liés à l'activité physique avec les troubles musculosquelettiques, et les risques liés à l'organisation du travail comprenant les risques psychosociaux sont prédominants. Nous avons constaté que la dynamique d'apparition des troubles musculosquelettiques est multifactorielle, il faut donc mesurer la situation de travail dans sa globalité. Cela, en interrogeant les facteurs physiques et individuels, mais également les facteurs organisationnels, psychosociaux et collectif.

L'infirmière a aussi observé un certain écart entre le travail prescrit et le travail réel. Malgré les limites de cette recherche, un projet de prévention a pu être conçu. Il serait alors intéressant pour aller plus loin dans l'objectif général (réduire l'impact de l'activité des aides à domicile sur leur santé), de poursuivre cette étude en incluant les autres risques dans un projet de prévention global pour cette profession.

Enfin, cette recherche a permis à l'infirmière d'enrichir ses connaissances en santé au travail et de mettre en pratique des notions jusque-là théoriques. Le cœur de son métier : sa capacité d'écoute et d'accompagnement ont été une réelle plus-value tant dans sa recherche que pour son intégration au sein de l'équipe.

# BIBLIOGRAPHIE

- ✚ Aide à domicile, 2022. *Ministère du travail, de la santé et des solidarités* [en ligne]. [Consulté le 16 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites.gouv.fr/aide-domicile>
- ✚ Aide à domicile, 2024. *AMELI* [en ligne]. [Consulté le 4 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/loiret/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/aide-domicile>
- ✚ Aide à domicile, 2023. *INRS* [en ligne]. [Consulté le 22 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/aide-domicile.html>
- ✚ BERTRAND, Sabrina, CAPITAINE, Laurence, CLAUDON, Laurent, et al., 2017. *Méthode d'analyse de la charge physique de travail (secteur sanitaire et social)*. Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. ED 6291
- ✚ CLOT, Yves, 2010. *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte
- ✚ DANIELLOU, François, 2022. *Repère thématique : « Les TMS »*. *Commission histoire de la SELF* [en ligne]. [Consulté le 26 mars 2024]. Disponible à l'adresse : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2023/10/rt-tms.pdf>
- ✚ DEJOURS, Christophe, 2003. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. ISBN 978-2-7592-2460-9
- ✚ FERRATON, Cyrille, MICHUN, Stéphane, 2023. *Aide à domicile : concilier l'autonomie et l'engagement dans un collectif*. Bulletin de recherches emploi formation n°445. ISSN 0758-1858
- ✚ INRS, 2007. *Le questionnaire de type « nordique »*. *Intérêt dans la surveillance des pathologies d'hypersollicitation du membre supérieur*. Documents pour le Médecin du Travail. N° 112, pp. 509-517
- ✚ INRS, 2018. *Prévenir le mal de dos dans le secteur de l'aide et des soins à la personne*. 6319. ISBN 978-2-7389-2380-6
- ✚ JOLLY, Cécile et al., 2023. *Les métiers en 2030 Quelles perspectives de recrutement en région ?* DARES FRANCE STRATEGIE. Prospective des métiers et qualifications

- ✚ Le cabinet Ergo Motri Santé - conseil en ergonomie, *Ergo Motri Santé* [en ligne]. [Consulté le 3 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://ergo-motri-sante.fr/a-propos-du-cabinet/>
- ✚ *Les métiers de l'aide et du soin à domicile : prévention des risques*. CNRACL [en ligne]. [Consulté le 02 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnracl.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/metiers-et-secteurs-dactivite/aides-et-soins-domicile/risques-professionnels-et-preconisations-en-matiere-de-prevention>
- ✚ *Maintien à domicile*. AMELI [en ligne]. [Consulté le 26 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/loiret/assure/sante/bons-gestes/seniors/maintien-domicile>
- ✚ PAPON, Sylvain, 2024. *Bilan démographique 2023*. Insee Première. N° 1978. ISSN 0997-6252
- ✚ *Présentation CIHL*. CIHL [en ligne]. [Consulté le 11 décembre 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cihl45.com/cihl-presentation/>
- ✚ RICARD, Maxime, 2022. *Lutte contre les TMS, un investissement rentable*. Actualités Sociales Hebdomadaires. N° 3258, p. 24
- ✚ *Risques professionnels dans le secteur de l'aide et des soins à la personne : chiffres clés*. AMELI [en ligne]. [Consulté le 25 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/loiret/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/chiffres-cles>
- ✚ SCIBERRAS, Jean-Christophe et al., 2022. *Les Métiers en 2030*. DARES FRANCE STRATEGIE. Prospective des métiers et qualifications
- ✚ *Service à la personne*. Mon Compte Formation [en ligne]. [Consulté le 24 mars 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.moncompteformation.gouv.fr>
- ✚ *Services à la personne : quelle réglementation ?* Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique [en ligne]. [Consulté le 24 mars 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/Services-a-personne-quelle-reglementation>
- ✚ *Stress au travail. Effets sur la santé*. INRS [en ligne]. [Consulté le 23 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>
- ✚ *Tableaux des maladies professionnelles*. INRS [en ligne]. [Consulté le 29 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>

- ✚ TEFFRI, Clément, 2022. *Parole d'ergonome : l'usure professionnelle*. PÔLE SANTÉ TRAVAIL [en ligne]. [Consulté le 1 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.polesantetravail.fr/usure-professionnelle/>
- ✚ TRILHE, Pierrette et LEFEVRE, Florence, 2002. *Aide à domicile*. Bossons futé [en ligne]. Mise à jour 2021. [Consulté le 22 mars 2024]. Disponible à l'adresse : <http://www.bossons-fute.fr/activites/249-fiche0021>
- ✚ *Troubles musculosquelettiques dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale : mieux connaître les facteurs de risque pour mieux les prévenir*. Santé publique France [en ligne]. [Consulté le 29 mars 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/troubles-musculosquelettiques-dans-le-secteur-de-la-sante-humaine-et-de-l-action-sociale-mieux-connaître-les-facteurs-de-risque-pour-mieux-les-p>
- ✚ *Troubles musculosquelettiques (TMS)*. INRS, [en ligne]. [Consulté le 26 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- ✚ *Troubles musculosquelettiques (TMS). Facteurs de risque*. INRS, [en ligne]. [Consulté le 24 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/facteurs-risque.html>
- ✚ VAUCHEZ, Jean-Marie, 2015. *Autonome vs indépendant*. N° 126, p. 128 à 129. DOI 10.3917/vst.126.0128
- ✚ WARCHOL, Nathalie, 2012. *Dépendance*. In : *Les concepts en sciences infirmières*. Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers. Hors collection. pp. 147-150 ISBN 978-2-9533311-3-4

# RÉFÉRENCES JURIDIQUES

## LÉGISLATION

### LOIS

- ✚ Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail
- ✚ Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels
- ✚ Loi n°2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

### DÉCRETS

- ✚ Décret n°2022-372 du 16 mars 2022 relatif à la surveillance post-exposition, aux visites de pré reprise et de reprise des travailleurs ainsi qu'à la convention de rééducation professionnelle en entreprise
- ✚ Décret n°2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail
- ✚ Décret n°2022-1434 du 15 novembre 2022 relatif au dossier médical en santé au travail
- ✚ Décret n°2022-1664 du 27 décembre 2022 relatif à la formation spécifique des infirmiers de santé au travail

### CIRCULAIRES ET DIRECTIVES

- ✚ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

## CODE DU TRAVAIL

- ✚ Article D7231-1 relatif aux activités de service à la personne soumises à agrément
- ✚ Article L2323-70 relatif au bilan social
- ✚ Article L4121-1 relatif aux obligations de l'employeur
- ✚ Article L4121-3-1 relatif au document unique d'évaluation des risques professionnels
- ✚ Article L4622-2 relatif aux missions des services de prévention et de santé au travail interentreprises
- ✚ Article L4622-8 relatif aux acteurs des missions des services de prévention en santé au travail
- ✚ Article R4623-1 relatif aux missions du médecin du travail
- ✚ Article R4624-1 relatif aux actions sur le milieu de travail
- ✚ Article R4624-10 relatif à la visite d'information et de prévention initiale
- ✚ Article R4624-16 relatif à la visite d'information et de prévention périodique
- ✚ Article R4624-17 relatif au suivi individuel adapté
- ✚ Article R4624-22 relatif au suivi individuel renforcé
- ✚ Article R4624-46 relatif à la fiche entreprise

## CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- ✚ Article R4311-3 relatif au rôle propre de l'infirmier diplômé d'état
- ✚ Article R4312-5 relatif au secret professionnel

## CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

- ✚ Article L312-1 relatif aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

# TABLE DES ANNEXES

[ANNEXE 1](#) : répartition des salariés du CIHL.

[ANNEXE 2](#) : dépliant de l'Association ADAPAGE.

[ANNEXE 3](#) : répartition des salariés de l'ADAPAGE.

[ANNEXE 4](#) : pyramide des âges des aides à domicile de l'ADAPAGE.

[ANNEXE 5](#) : fiche de poste « *auxiliaire de vie* ».

**ANNEXE 1** : répartition des salariés du CIHL.

174 salariés au 26/10/2023. Le personnel est réparti de la façon suivante :

- ❖ Un Pôle médical, avec 35 MDT représentant 28.10 équivalents temps plein (ETP) formés ou en cours de formation. 37 IST soit 33.50 ETP formés ou en cours de formation, et 65 secrétaires médicales.
- ❖ Un pôle IPRP : un responsable de pôle, une toxicologue, des ergonomes et des techniciens en hygiène et sécurité, soit 17 salariés.
- ❖ Un pôle administratif et de direction avec le service comptabilité, le service adhésion, ressources humaines, informatique, maintenance, formateur et documentation, soit 20 salariés.



## ANNEXE 2 : dépliant de l'Association ADAPAGE.

« L'ADAPAGE est soucieuse d'assurer un accompagnement de qualité permettant à toute personne qui le désire de vivre à son domicile le plus longtemps possible, dans des conditions respectant sa dignité, sa sécurité et sa citoyenneté. »

### Les engagements ADAPAGE

- Un service continu 7 jours/7,
- Une prise en charge rapide, dans l'urgence si besoin,
- Une continuité et un suivi régulier des prestations,
- Des professionnels qualifiés et régulièrement formés.

### La confiance des partenaires

Depuis plus de 40 ans, l'ADAPAGE travaille en partenariat avec de nombreux **acteurs sociaux et médico-sociaux locaux, départementaux et nationaux.**

### Les aides financières possibles

- Le Conseil Départemental : Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), Prestation de Compensation du handicap (PCH),
- Les caisses de retraite,
- Les mutuelles et les assurances.

Les aides sont accordées en fonction de la situation des personnes (ressources, autonomie...).

Contactez nous pour plus d'informations

**50%**  
de réduction fiscale ou de crédit d'impôts



### Nos antennes

**Adapage Château-Renard**  
278 route de Gy-les-nonains  
45220 Château Renard  
**02 38 95 38 92**  
adapagechateau-renard@orange.fr

**Adapage Ferrières**  
1 avenue Jean Jacquemain  
45210 Ferrières en Gâtinais  
**02 38 96 52 81**  
association@adapa-ferrieres.fr

**Adapage Montargis**  
41 rue Jean Jaurès  
45700 Villemandeur  
**02 38 95 08 30**  
adapa@orange.fr



AIDE ET ACCOMPAGNEMENT  
A DOMICILE  
DE L'EST DU LOIRET

A votre écoute pour vous conseiller,  
vous informer et vous proposer une  
solution adaptée

[www.adapage.fr](http://www.adapage.fr)

### Nos antennes

**Château-Renard** 02 38 95 38 92  
**Ferrières-en-Gâtinais** 02 38 96 52 81  
**Montargis** 02 38 95 08 30

## Nos prestations

**Pour vous accompagner à domicile,**  
l'ADAPAGE vous propose des services adaptés à  
votre situation, au plus près de vos besoins.



### AIDE AUX PERSONNES AGÉES

Vous souhaitez continuer à vivre  
dans votre logement, auprès des  
vôtres, mais vous avez besoin de  
vous faire accompagner.



### TOUT PUBLIC

Vous êtes débordé et vous  
n'arrivez plus à faire face aux  
tâches ménagères. Le linge  
s'accumule dans l'attente  
d'être repassé.

### AIDE AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le handicap dû à l'âge, à une  
maladie ou un accident ne doit  
pas vous empêcher de continuer  
à vivre à votre domicile.



### AIDE AUX PERSONNES MALADES

La survenue d'un problème de  
santé peut s'avérer compliquée  
à assumer surtout lorsque l'on  
est seul.



**AIDE A LA PERSONNE 7j/7**  
(Hygiène, courses, préparation repas ...)

**ENTRETIEN DU LOGEMENT,  
REPASSAGE**

**PORTAGE REPAS A DOMICILE \***

**TELEASSISTANCE**

**TRANSPORT ACCOMPAGNE \***

**GARDES JOUR ET NUIT \***

**JARDINAGE - PETIT BRICOLAGE \***

### Les actes essentiels

- L'aide à la **toilette, habillage et déshabillage,**
- L'aide au **lever et au coucher,**
- Préparation et aide à la **prise des repas,**
- La surveillance de la prise des **médicaments...**

### Les activités quotidiennes

- L'**entretien** courant du **logement** et du **linge,**  
repassage, petite couture...
- Les **courses.**

### La vie sociale et relationnelle

- L'aide aux démarches administratives courantes,
- L'**accompagnement** dans les petits déplacements.  
(courses, promenades...),
- L'**aide aux aidants...**

### Le service PORTAGE DE REPAS\*

- Vos **repas** à domicile **7 jours/7** ou seulement quelques  
jours par semaine,
- Des plats adaptés à votre **régime** et à votre mode de vie...

### Le service TELEASSISTANCE A DOMICILE

- À votre écoute, 24h/24, 7jours/7, 365 jours/365,
- Réponse immédiate et permanente...

### Le service ACCOMPAGNEMENT AUX TRANSPORTS\*

- Sortez en toute sécurité pour aller où vous le souhaitez,  
quand vous le souhaitez (rendez-vous médicaux...),
- Transport et accompagnement de personnes à Mobilité  
Réduite...

### Le service GARDES DE NUIT A DOMICILE\*

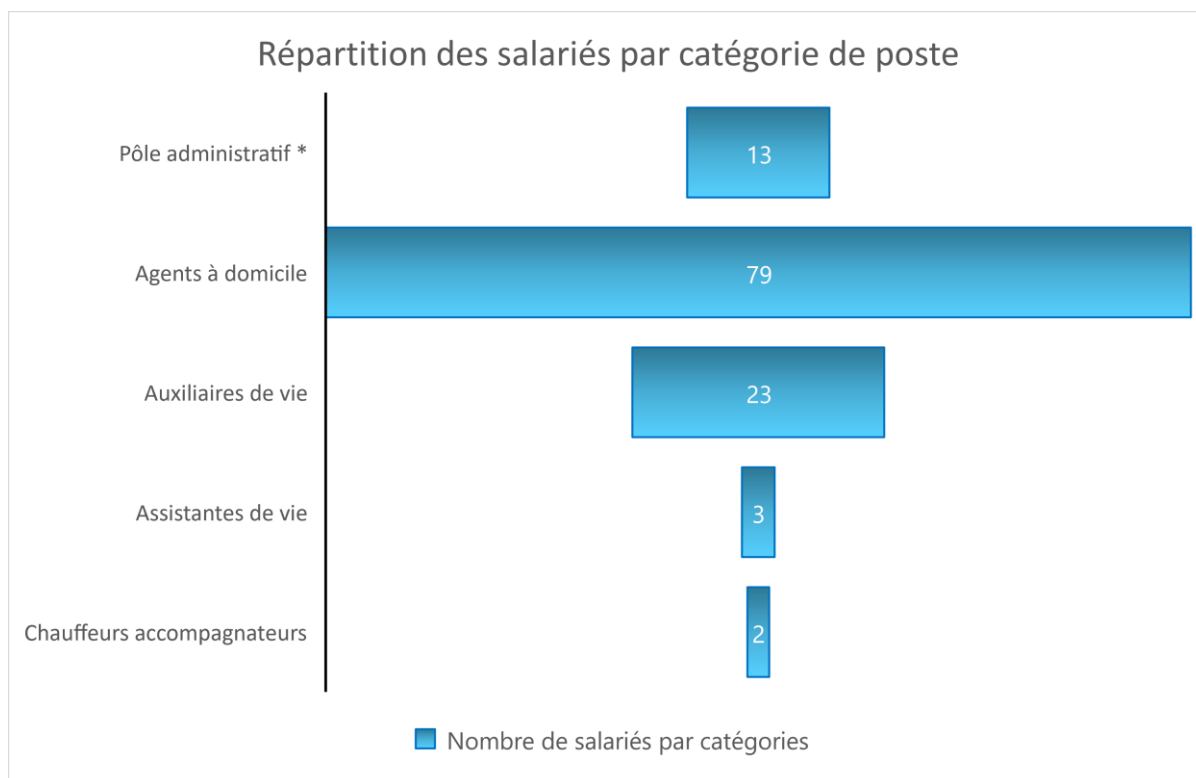
- Une présence rassurante, une aide en cas de besoin de  
21h00 à 7h00,

### Le service JARDINAGE-PETIT BRICOLAGE\*

- Prestations ponctuelles ou régulières,
- Travail soigné et respectueux de l'environnement,
- Pas besoin de matériel, le professionnel utilise son  
propre matériel.

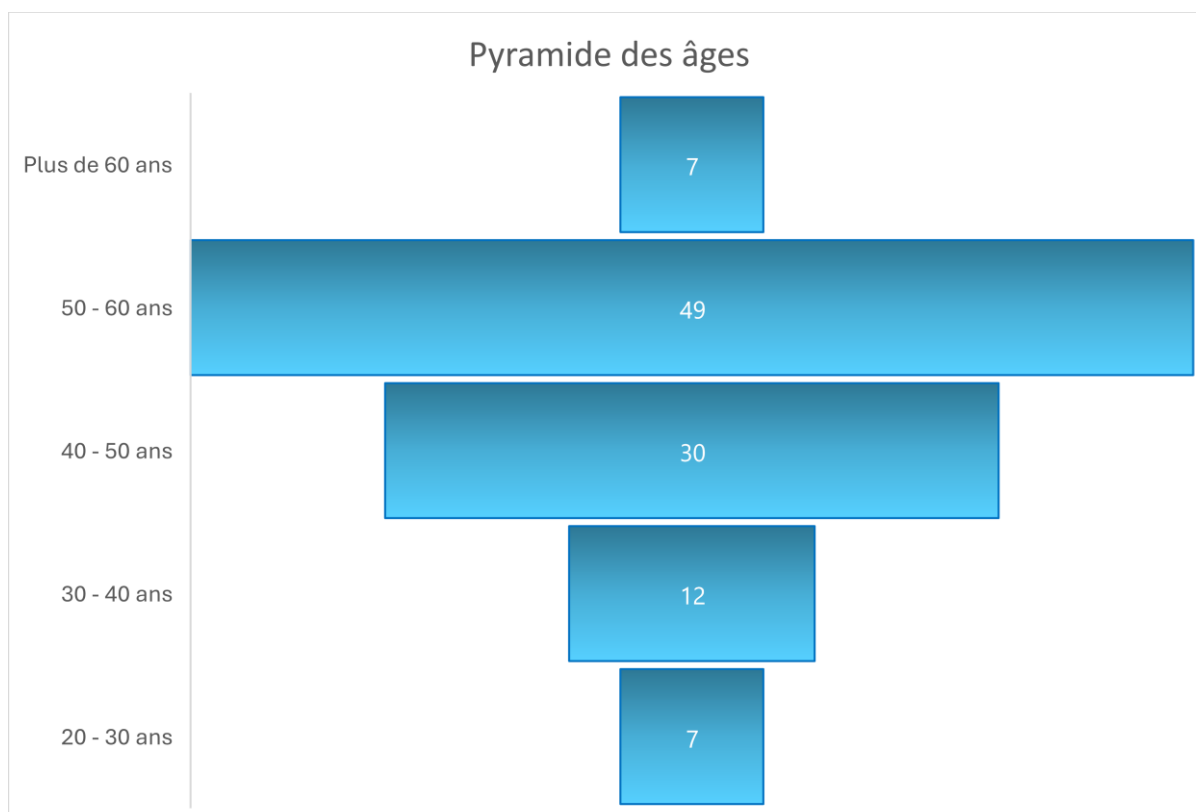
\*Service disponible sur certaines antennes

**ANNEXE 3** : répartition des salariés de l'ADAPAGE.



\*Direction, qualité, prestation, ressource humaine, comptabilité et accueil.

**ANNEXE 4** : pyramide des âges des aides à domicile de l'ADAPAGE.



## FICHE DE POSTE AUXILIAIRE DE VIE

### **Finalité du poste :**

Aider des personnes en situation de handicap ou dépendantes dans les actes de la vie quotidienne et contribuer au développement ou au maintien de l'autonomie, afin de permettre à la personne accompagnée d'être actrice de son projet de vie.

### **Classification du poste**

<b>Filière</b>	<b>Qualification</b>	<b>Degré / Echelon</b>
<b>Intervention</b>	<b>AUXILIAIRE DE VIE</b>	<b>EMPLOYE – DEGRE 2 - ECHELON 1</b>

### **Public accompagné**

- Les personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi des actes ordinaires et essentiels de la vie courante
- Les personnes ne pouvant pas faire les actes ordinaires et essentiels de la vie courante en totale autonomie et/ou rencontrant des difficultés
- Personnes âgées en perte d'autonomie qui sont dans l'incapacité de faire seuls les ordinaires et essentiels de la vie courante
- Les adultes en situation de handicap qui sont dans l'incapacité de faire seuls les ordinaires et essentiels de la vie courante,
- Les personnes ayant besoin de soins d'hygiène, de confort et de soins préventifs
- Les aidant-es des publics accompagnés

### **Relations professionnelles**

#### **Schéma de la position dans l'organigramme :**

- Exerce sous la responsabilité hiérarchique directe du responsable de secteur

#### **Relations fonctionnelles :**

- Relations internes :

Cadre de secteur, responsable de secteur, secrétaire planning, intervenants à domicile, services administratifs

- Relations externes :

Usagers, Familles, Aidants familiaux, intervenants médicaux et paramédicaux.

### **Périmètre d'autonomie et d'intervention :**

- Par subdélégation, peut prendre des décisions nécessaires dans son poste dans le champ de ces missions

## **Description du poste**

### **Missions principales, complétées des activités réalisées :**

#### **Aider les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne :**

- Aide à l'habillage
- Aide au déplacement, mobilité
- Aide à l'alimentation
- Veille à la prise des médicaments (préparés au préalable dans un pilulier) lorsqu'il s'agit d'un acte de la vie courante
- Aide à la toilette
- Accompagnement extérieur

#### **Effectuer un accompagnement social et un soutien dans leur vie quotidienne :**

- Participation à l'animation de la vie sociale et relationnelle
- Conception, mise en œuvre des activités d'animation

*Aider à faire (stimuler, encourager, accompagner, apprendre à faire) et/ou faire à la place les actes essentiels de la vie courante)*

*Participer à l'accompagnement d'adultes en situation de handicap ou non et de personnes âgées dépendantes, afin de leur apporter l'assistance individualisée que nécessite leur état psychique et/ou physique :*

- Soutien médico-psychologique
- Accompagnement fin de vie

*Contribuer à la prise en charge d'une personne, participer à des soins (sous réserve d'être titulaire des diplômes correspondants) visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de son autonomie*

### **Missions transverses, complétées des activités réalisées :**

- Participer au repérage des fragilités de la personne et veiller à sa sécurité,
- Participation au repérage des risques à domicile
- Aménagement de l'espace de vie

**Coordonner son action avec l'ensemble des autres acteurs tels que les équipes pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles :**

- Utilisation d'un cahier de liaison ou de transmission
- Participer à l'évaluation de la situation et adapter son intervention en conséquence
- Participer à la prévention de la dépendance et à la stimulation de la personne
- Participation à la mise en œuvre d'un projet de vie
- Rendre compte selon les procédures mises en place

## **Compétences requises**

### **Compétences de base :**

- S'exprimer facilement en français à l'oral
- S'exprimer facilement en français à l'écrit

### **Compétences techniques :**

- Maîtriser les techniques d'entretien du logement
- Respecter et pratiquer les techniques d'hygiène et appliquer les protocoles de sécurité
- Savoir entretenir le linge (lavage, repassage)
- Réaliser des menus équilibrés et variés, stimuler à la préparation du repas, conseiller suivant l'état de santé, les préférences et régimes
- Savoir utiliser des aides techniques
- Réaliser une toilette (en Sdb ou au lit, le cas échéant avec des aides techniques) ainsi que des soins de bien-être et d'esthétique
- Réaliser les changes (et/ou appareillages) accompagner aux WC en sécurité
- Aider et surveiller la prise de médicaments en fonction de l'ordonnance ou du pilulier
- Repérer les changements significatifs de l'état de santé physique et psychique, les transmettre avec une analyse de la situation
- Analyser les conséquences des pathologies / Handicaps de la personne dans le quotidien de son accompagnement
- Connaître, respecter et favoriser le projet de vie à domicile et en concertation pluriprofessionnelle
- Adapter son accompagnement à la fin de vie (lutte contre la douleur et l'anxiété, respect des choix, soutien des aidants, prise de recul)
- Repérer les différents risques liés à la perte d'autonomie, dialoguer avec la personnes et les professionnels pour proposer des solutions
- Connaître les différents risques, dialoguer à ce sujet avec la personne et les collègues et proposer des actions adaptées à la personne, son proche aidant et leur environnement
- Mettre en œuvre des techniques d'accompagnement ou d'animation pour développer et stimuler la relation sociale et l'autonomie
- Proposer et réaliser un accompagnement social adapté aux capacités et envies du bénéficiaire
- Assurer le déplacement et la mobilisation des personnes, notamment les transferts, en toute sécurité
- Être acteur de sa prévention des risques professionnels par la prise en compte du risque routier, physique, psychosocial. Repérer les risques à domicile et proposer des améliorations.

### **Compétences organisationnelles :**

- Sens de l'observation
- Être en capacité d'organiser son temps de travail durant la durée de l'intervention
- Faire preuve d'Initiative / autonomie / Adaptation à des situations imprévues ou complexes
- Faire preuve de Polyvalence

### **Compétences sociales :**

- Adapter son accompagnement aux publics, notamment ceux ayant une forte perte d'autonomie
- Adapter sa relation suivant la pathologie / handicap, y compris la communication non verbale
- Prendre en compte les dimensions éthiques et déontologiques de son intervention
- Identifier le cadre de son intervention pour se situer en tant que professionnel
- Savoir communiquer
- Savoir travailler en équipe

### **Compétences informatiques :**

- Rechercher des informations sur Internet
- Effectuer des démarches administratives en ligne
- Utiliser la messagerie électronique

### **Conditions particulières d'exercice :**

- Peut exercer dans un SSIAD, un SAAD ou un SPASAD
- Le cas échéant, astreintes, travail le week end et les jours fériés.
- Être titulaire du permis B et disposer d'un véhicule individuel, ou disposer d'un autre moyen de locomotion. Déplacements fréquents.
- Travail au domicile des usagers.

### **Niveau de qualification / diplôme requis :**

- DEAMP, DEAES

NOM du salarié	
PRENOM du salarié	
Date d'entrée dans la structure	
Date de mise à jour de la fiche de poste	
Date de remise au salarié	

Signature accusé réception  
du salarié :



# RÉSUMÉ

Le secteur de l'**aide à domicile** affiche une sinistralité préoccupante. Le nombre d'accidents du travail et de maladie professionnelle est significatif.

Nous nous sommes donc interrogés au sujet du risque lié à l'activité physique prépondérante : les **troubles musculosquelettiques**, et ce qu'ils incluent. Les contraintes organisationnelles et le risque psychosocial sont explorés.

Cette recherche, permet la mise en visibilité des problématiques émanant de ce secteur. Un premier plan de prévention y est proposé. L'objectif étant la prévention de la désinsertion professionnelle et de favoriser le **maintien en emploi**. C'est un sujet essentiel quand on sait qu'une personne en arrêt de travail depuis plus de 6 mois à 50% de risque de ne pas reprendre son travail.

L'approche clinique de l'**infirmière de santé au travail**, permet d'instaurer une relation de confiance, d'échange et d'écoute privilégiée avec les salariés. Mais aussi, de trouver sa juste place au sein de l'**équipe pluridisciplinaire**.

Il est indispensable de considérer à leur juste valeur les garants du « *bien vieillir* ». Prendre soin de ceux, qui seront un jour amenés à prendre soin de nos parents, de nous, de nos enfants...