



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie



ANNEE 2021

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE (décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 9 avril 2021 à Bordeaux
Par Raphaël MARTOS

Évaluation de la perception des contraintes psychosociales chez les aides à domicile de la fonction publique territoriale des Deux-Sèvres

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Membres : Madame le Professeur Isabelle BALDI
Madame le Docteur Camille CARLES
Madame le Docteur Fleur DELVA
Madame le Docteur Catherine VERDUN-ESQUER

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULET Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOIA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jihad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGORD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNIER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

❖ REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Michel Druet-Cabanac,

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre patience et vos précieux conseils en tant que Directeur de thèse. Veuillez trouver à travers ce travail l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect. Les internes en médecine et santé au travail du Poitou-Charentes vous sont reconnaissants pour votre investissement et votre accompagnement.

Vous me faites également l'honneur de présider et juger cette thèse.

À Madame le Professeur Isabelle Baldi,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous y avez porté.

À Madame le Docteur Camille Carles,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous y avez porté.

À Madame le Docteur Fleur Delva,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous y avez porté.

À Madame le Docteur Catherine Verdun-Esquer,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous y avez porté.

À Madame le Docteur Sophie Giraud,

Merci de votre aide dans ce travail de recherche et de votre accueil pendant ce semestre. Votre accompagnement m'a permis de découvrir une partie de la richesse et de la complexité de la fonction publique territoriale des Deux-Sèvres. Vous représentez pour moi bien plus qu'un mentor de stage. Je suis persuadé que nos chemins professionnels se recroiseront.

À toute l'équipe du Centre de Gestion des Deux Sèvres,

Merci de votre implication dans ce projet et pour votre chaleureux accueil pendant ces six mois.

Aux aides à domicile de la fonction publique territoriale des Deux-Sèvres,

Je vous remercie de votre participation qui a rendu ce travail possible.

Aux Docteurs Hélène Ruck, Dominique Marmin et à leurs équipes,

Merci pour votre confiance et votre partage. Vous m'avez conforté dans mon choix de reconversion en médecine et santé au travail en me démontrant à quel point cette spécialité est riche et diversifiée.

À toute l'équipe du Centre de Rééducation et de Réadaptation du Grand Feu Melioris,

Merci de votre accueil et de votre enseignement qui me sera utile tout au long de ma carrière de médecin.

Aux Docteurs Soazig Rapinel, Alain Vaudel ainsi qu'à toute l'équipe de service de santé au travail du CHU de Poitiers,

Je tiens à vous remercier de la confiance que vous avez su m'accorder durant cette période si particulière. Vous m'avez appris à quel point le partage et l'altruisme au sein d'une équipe pouvaient être riches d'enseignement. Merci également pour toute votre bonne humeur et votre bienveillance.

À toute l'équipe du Centre Médico Psychologique du secteur Bonnafé de Poitiers, ainsi qu'à l'équipe de soins et de prévention en addictologie de Châtelleraut,

Merci de m'avoir intégré au sein de vos équipes, et pour tout votre partage en tant que professionnels de la psychiatrie et de l'addictologie.

À mes anciens et nouveaux co-internes Pictaves,

Mélanie, Laurence, Damien, Manon, Elsa, Hugo, Romain, Anne-Lise, Vincent, Mélissa. Une mention spéciale pour Damien qui a su m'accueillir et me conforter dans ma démarche de reconversion, ainsi qu'à Elsa et Romain avec qui j'ai pu nouer des liens d'amitiés en pleine crise sanitaire.

À mes chers voisins Ana, Rebecca et Lucian,

On ne se connaît pas depuis très longtemps, mais j'ai tout de suite su que vous étiez des personnes entières et qui donnent sans rien attendre en retour. Votre présence est toujours synonyme de plaisir.

À mes amis d'enfance Romain, Yohan, Rémi,

On a grandi et partagé de nombreux souvenirs mémorables ensemble. Malgré toutes les années et tous les kilomètres qui nous séparent, j'éprouve toujours autant de plaisir et de joie d'être à vos côtés.

À ma marraine Fabienne,

La première fois que je te l'ai dit tu as fondu en larmes. J'espère que le fait de le lire sera moins émouvant pour toi : je t'aime.

À Annick,

Merci pour toute la gentillesse qui t'anime au quotidien et pour ta contribution à ce travail. Merci également pour toutes ces délicieuses crêpes mangées avec gourmandise, tu fais honneur à tes origines Bretonnes.

À mon grand frère, à SuperNath',

Merci de m'avoir « trimballé » avec toi malgré notre différence d'âge et la honte que je pouvais te donner pendant l'adolescence. Une grande partie de mon éducation culturelle et gastronomique n'aurait pas existée sans toi (je ne sais pas si le qualificatif gastronomique est bien approprié).

À ma grande sœur, à Pierre et à leurs quatre « lardons »,

Merci de toute l'attention et de tout l'amour que tu m'apportes depuis mon plus jeune âge et pour toutes les années à venir. Tu trouves toujours des petits gestes pour remonter le moral. Je suis aussi un tonton comblé avec une belle et grande famille.

À mon père,

Merci de m'avoir inculqué des valeurs élémentaires mais ô combien précieuses. Je n'ai peut être pas ramené beaucoup de 22/20 à l'école, mais je te remercie d'avoir toujours cru en mes capacités. Et promis, un jour je te montrerai mes diplômes !

À ma maman,

J'ai conscience de l'incommensurable chance d'avoir une maman si généreuse, soutenante, présente et attentionnée. On ne choisit pas sa famille, mais si le choix m'était proposé, je ne changerais pour rien au monde.

À mon amour Anna,

Je ne remercierai jamais assez le destin de t'avoir mise sur mon chemin ce soir de printemps à Lyon. Tu as été et tu continues d'être mon dernier rempart dans mes moments de doute, de découragement et de peur. Le bonheur que nous partageons m'aide à être une meilleure personne chaque jour, et je l'espère pour encore de nombreuses années. Je t'aime.

❖ LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Syndrome d'adaptation au stress selon Hans Selye	7
Figure 2 - Schématisation du modèle transactionnel de Lazarus et Folkmann	8
Figure 3 - Schématisation du modèle de Demerouti	13
Figure 4 - Schématisation du modèle de Karasek	14
Figure 5 - Schématisation du modèle de Siegrist	17
Figure 6 - Evaluation du coût des RPS en France en 2007 selon l'INRS	28
Figure 7 - Affiche n° A 787 de l'INRS sur les idées reçues et les RPS	32
Figure 8 - L'écart entre le travail prescrit et le travail réel chez les aides à domicile	47
Figure 9 - Taux de participation par collectivité	65
Figure 10 - Diagramme de flux	66
Figure 11 - Proportion d'aides à domicile en fonction de la fréquence de réalisation de certaines missions de travail	71
Figure 12 - Box plot de la durée de l'arrêt en fonction du motif déclaré	72
Figure 13 - Répartition des effectifs féminins en nuage de points selon la situation de Karasek	73
Figure 14 - Proportion des effectifs totaux selon la situation de travail	73
Figure 15 - Proportion d'aides à domicile en situation de travail tendue en fonction du lieu d'exercice	74
Figure 16 - Scores médians de la latitude décisionnelle et de la demande psychologique	74
Figure 17 - Proportion d'aides à domicile présentant un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction du lieu d'exercice	75
Figure 18 - Comparaison des situations de travail selon les études	92
Figure 19 - Comparaison de la latitude décisionnelle et de la demande psychologique selon les études	92

❖ LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Récapitulatif de la réglementation relative à l'emploi des aides à domicile	43
Tableau 2 - Caractéristiques démographiques de l'échantillon	67
Tableau 3 - Caractéristiques professionnelles de l'échantillon : exercice du métier d'aide à domicile en dehors de la fonction publique, horaires atypiques	69
Tableau 4 - Analyse du travail tendu en fonction des facteurs socioprofessionnels	77
Tableau 5 - Analyse de la demande psychologique en fonction des facteurs socioprofessionnels.....	78
Tableau 6 - Analyse de la latitude décisionnelle en fonction des facteurs socioprofessionnels	79
Tableau 7 - Analyse du travail tendu en fonction de l'absentéisme.....	80
Tableau 8 - Analyse de la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction des facteurs socioprofessionnels	81
Tableau 9 - Analyse entre le présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction de l'absentéisme	82

❖ TABLE DES MATIERES

❖ REMERCIEMENTS	
❖ LISTE DES FIGURES	
❖ LISTE DES TABLEAUX	
❖ TABLE DES MATIERES	
❖ ABRÉVIATIONS	
❖ INTRODUCTION	1
❖ ÉTAT DE LA QUESTION	3
A. Les RPS.....	3
1. Définitions.....	3
a. Les violences au travail	4
b. Le stress au travail.....	6
c. La souffrance au travail.....	8
d. Le rapport Gollac.....	9
2. Des modèles conceptuels utilisés pour l'étude des RPS	12
a. Le modèle de Demerouti	12
b. Le modèle exigences-maitrises de Karasek et Theorell.....	13
c. Le modèle de l'équilibre efforts-récompenses de Siegrist	16
3. Une modernisation de l'organisation du travail.....	18
4. Quelles conséquences sur la santé et quels impacts pour la société ?.....	20
a. Des enjeux à l'échelle individuelle	20
b. Des enjeux à l'échelle d'une entreprise.....	24
c. Des enjeux à l'échelle de la santé publique	27
5. Quels moyens pour lutter contre les RPS ?	29
a. Un encadrement juridique récent	29
b. Des pistes pour agir contre les RPS.....	31
B. Le métier d'aide à domicile	39
1. Historique des services d'aide à domicile	39
2. Un mode d'exercice particulier	41
3. Une différence entre le travail théorique et le travail réel	44
a. Ce qui relève du métier d'aide à domicile	44
b. Ce qui ne relève pas du métier d'aide à domicile.....	46

4. Des risques spécifiques.....	48
C. Les RPS chez les aides à domicile	50
1. Les RPS au sein du métier d'aide à domicile	50
2. La FPT79, quelle influence sur les RPS des aides à domicile ?	52
❖ OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	55
A. Objectif principal	55
B. Objectifs secondaires	55
❖ MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	56
A. Population étudiée	56
B. Préparation de l'étude	57
C. Modalités de l'étude	58
D. Outil de recueil	59
1. Les données sociodémographiques et les facteurs professionnels	59
2. L'absentéisme	61
3. Le questionnaire de Karasek.....	61
4. Le questionnaire de Siegrist	62
E. Analyses statistiques	64
F. Considérations éthiques.....	64
❖ RÉSULTATS	65
A. Analyse descriptive.....	65
1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée	65
2. Caractéristiques professionnelles de la population étudiée	68
3. Perception des contraintes psychosociales ressenties	73
a. Le modèle exigences-maîtrises de Karasek	73
b. Le modèle de l'équilibre efforts/récompenses de Siegrist.....	75
B. Analyse comparative	76
1. Analyse du travail tendu en fonction des facteurs socioprofessionnels.....	76
2. Analyse du travail tendu en fonction de l'absentéisme	80
3. Analyse de la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction des facteurs socioprofessionnels	80
4. Analyse de la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction de l'absentéisme	82
❖ DISCUSSION.....	83
A. Principaux résultats	83

B. Validité interne.....	84
1. Choix du sujet d'étude.....	84
2. Forces de l'étude	85
3. Limites de l'étude	86
C. Analyse des résultats - Comparaison avec la littérature.....	88
1. Les généralités du métier d'aide à domicile.....	88
2. Les spécificités des aides à domicile de la FPT79	89
3. Les contraintes psychosociales selon le modèle de Karasek	91
4. Les contraintes psychosociales selon le modèle de Siegrist	95
5. L'absentéisme	97
D. Perspectives pour la prévention des RPS.....	99
1. Des pistes pour améliorer la prévention des RPS chez les aides à domicile de la FPT79.....	99
2. Des éléments encourageants pour la prévention des RPS chez les aides à domicile de la FPT79	102
❖ CONCLUSION.....	104
❖ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	105
❖ ANNEXES	
Annexe 1 : Description des agréments des services d'aide à la personne.....	
Annexe 2 : Le Diplôme d'État d'Accompagnement Éducatif et Social (DEAES)	
Annexe 3 : Carte des communes et intercommunalités des Deux-Sèvres	
Annexe 4 : Courrier adressé aux responsables de centres concernant les modalités de l'étude.....	
Annexe 5 : Outil de recueil	
Annexe 6 : Exemple d'une fiche de poste d'aide à domicile de la FPT79	

❖ ABRÉVIATIONS

AESST :	Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail
ACTP :	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
ALD :	Affection de Longue Durée
ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
BEPC :	Brevet d'Étude de Premier Cycle
CAFAD :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CARSAT :	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CEE :	Conseil Économique Européen
CERC :	Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale
CESU :	Chèque Emploi Service Universel
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CCASN :	Centre Communal d'Action Sociale Niortais
CCVG :	Communauté de Communes Val-de-Gâtine
CDD :	Contrat à Durée Déterminée
CDG79 :	Centre de Gestion des Deux-Sèvres
CDI :	Contrat à Durée Indéterminée
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIAS :	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIASAVT :	Centre Intercommunal d'Action Sociale Airvaudais-Val du Thouet
CIASCABB :	Centre Intercommunal d'Action Sociale de la Communauté d'Agglomérations du Bocage Bressuirais
CIASHVS :	Centre Intercommunal d'Action Sociale du Haut Val de Sèvre
CIASMM :	Centre Intercommunal d'Action Sociale de Mauzé-sur-le-Mignon
CIASMP :	Centre Intercommunal d'Action Sociale du Mellois en Poitou
CIASPG :	Centre Intercommunal d'Action Sociale de Parthenay-Gâtine
CIAST :	Centre Intercommunal d'Action Sociale du Thouarsais

CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNRACL :	Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DARES :	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DEAES :	Diplôme d'État d'Accompagnant Educatif et Social
DEAMP :	Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique
DEAVS :	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
DGT :	Direction Générale du Travail
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistique
DUERP :	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EPI :	Équipement de Protection Individuel
EPICEA :	Étude de Prévention par l'Information des Comptes rEndus d'Accidents
FPT79 :	Fonction Publique Territoriale des Deux-Sèvres
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM :	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INTEFP :	Institut National du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
IRCANTEC :	Institution de Retraite Complémentaire des Agents non Titulaires de l'État et des Collectivités publiques
JCQ :	Job Content Questionnaire
MBI :	Malasch Burnout Inventory
NTIC :	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORSOSA :	ORganisation des SOins et SAnité des soignants
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
PRAP :	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
RPS :	Risques Psycho-Sociaux
SMIC :	Salaire Mnimum Interprofessionnel de Croissance
TMS :	Troubles Musculo-Squelettiques

❖ INTRODUCTION

Le terme « Risques Psycho-Sociaux » (RPS) au travail a pris naissance lors du congrès de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1998. Il s'est par la suite rapidement étendu dans les sphères politique, juridique et académique, mettant en relief un intérêt exponentiel autour de ce phénomène (1,2). Dans la continuité de ce rapport, la conférence sociale sur les conditions de travail du 4 Octobre 2007 a permis de lancer l'élaboration d'un rapport visant à identifier, quantifier et suivre les RPS (3). La notion précise des RPS demeure, malgré son essor, une notion aux contours flous. Comment définit-on scientifiquement les RPS ? Comment les repérer et les mesurer ?

La problématique des RPS apparaît comme un véritable témoin d'un monde du travail en pleine transformation depuis le XXème siècle. La naissance du modèle capitaliste, le développement de nouvelles technologies, la mondialisation de l'économie ainsi que la mise en place de nouvelles stratégies de communication et d'information ont favorisé des modèles managériaux tournés vers un souci de productivité, de performance et de compétitivité. Pour le travailleur, ces changements se traduisent par une intensification et individualisation du travail, un accroissement des contraintes et une complexification des organisations professionnelles au détriment de ses conditions de travail.

Ainsi, dans cet environnement, le lien entre la santé et le travail devient déterminant car la souffrance au travail retentit sur l'état de santé des travailleurs, avec des conséquences sur le plan individuel, mais aussi à l'échelle de l'entreprise et au niveau sociétal.

Dans le but de lutter et prévenir l'impact des RPS, plusieurs mesures réglementaires se sont succédées depuis les années 2000. Nous tenterons d'éclaircir les différentes dispositions et le champ d'action possible afin de réduire l'impact des RPS.

Par ailleurs, les RPS ont été maintes fois évaluées au sein de la population générale et plus particulièrement dans le milieu médical. *A contrario*, on retrouve peu d'études d'analyse des RPS chez les aides à domicile. Pourtant, comme nous tenterons de le démontrer, le métier d'aide à domicile est lui aussi concerné par la problématique des RPS et possède des caractéristiques intrinsèques susceptibles de les favoriser : efforts physiques importants, pression temporelle importante, interventions dans des milieux insalubres et/ou exigus,

contact avec le handicap et la maladie voire la fin de vie, exposition à des violences, exposition à des risques biologiques et électriques, etc.

Enfin, nous pouvons penser que l'appartenance à la Fonction Publique Territoriale des Deux-Sèvres (FPT79) influence la perception des contraintes psychosociales ressenties chez les aides à domicile. Cette appartenance apporte plusieurs spécificités notables dans les conditions de travail : des droits statutaires de fonctionnaire, un public concerné par les interventions en grande proportion en perte d'autonomie, des changements à la fois organisationnels en lien avec la création de nouvelles communes, mais aussi directionnels avec le renouvellement des équipes dans les périodes d'élections municipales.

Dans ce contexte, l'objectif principal de notre étude était de mesurer la perception des contraintes psychosociales et organisationnelles ainsi que leurs impacts sur l'absentéisme dans la population d'aides à domicile de la FPT79.

A. Les RPS

1. Définitions

A ce jour, la notion de RPS n'est pas décrite par une seule définition mais par plusieurs. En premier lieu, il est important de rappeler que la notion de risque comprend deux éléments : la probabilité qu'un événement engendre des dommages et la sévérité de ces conséquences. Le concept de risque fait donc référence au lien d'éventualité entre la rencontre de l'homme et aux dangers de son environnement de travail. On a tendance à désigner dans une grande confusion, des situations mêlant causes et conséquences : stress, harcèlement moral, violences, souffrance, suicide, dépression, Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), etc.

A la demande du Ministère du Travail, il se forme en 2008 un collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS au travail. Dans son rapport présenté en 2011, Michel Gollac, président de ce collège, les définit comme « des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. » (4). Cette définition possède ses propres limites et n'intègre toutefois pas la notion de conséquences pour la santé.

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) définit les RPS comme « une exposition à des contraintes liées à la relation de l'individu à son travail et/ou à la relation aux autres, susceptible d'affecter de manière défavorable la santé au sens large ou le bien être car ne pouvant pas ou plus être régulées, et perçues comme pouvant mettre en péril des équilibres professionnels et/ou personnels » (5).

Enfin, l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) propose de définir les RPS comme un « vaste ensemble de variables qui se situent à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle » (6). Cela stipule donc que les RPS peuvent être considérés comme la conjoncture d'une interaction entre trois agents :

- Une situation de travail, un ensemble d'évènements, des circonstances des relations au milieu desquelles se trouvent une ou plusieurs personnes ;
- Une structure de travail définie par son organisation structurelle et par son mode de fonctionnement ;
- Et un individu unique de par son vécu et sa personnalité.

Ainsi ce vaste concept de RPS défini de nombreuses fois recouvre plusieurs composantes :

- Les violences, qu'elles soient internes ou externes, physiques ou psychiques.
- Le stress, communément admis comme le principal facteur de RPS.
- La souffrance au travail.

a. Les violences au travail

Devant la difficulté de qualifier des mauvais comportements et la complexité de leur perception par la « victime », définir la violence au travail n'est pas chose aisée.

La définition référence actuelle est celle proposée par une réunion d'experts organisée par la Commission Européenne. La violence correspond à « tout incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou d'attaques dans des circonstances liées au travail et impliquant un risque explicite ou implicite pour leur sécurité, leur bien-être et leur santé » (7).

Cela nous mène à distinguer deux types de violences agissant dans le cadre du travail.

Les violences internes représentent l'ensemble des situations de violence impliquant les collègues ou les supérieurs hiérarchiques. Elles peuvent se décliner en agressions physiques ou verbales, en brimades, en intimidations ou en propos injurieux. Parmi ces violences, on peut noter deux cas particuliers : le harcèlement moral et/ou le harcèlement sexuel.

Le harcèlement moral au travail est défini par la psychiatre Marie-France Hirigoyen comme « toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité, ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, afin de mettre en péril l'emploi de celle-ci ou de dégrader le climat de travail » (8).

Devant l'ampleur du phénomène, et la nécessité d'un encadrement sur le plan légal, la législation française propose à travers l'article L1152-1, une définition juridique du harcèlement moral au travail « les agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son devenir professionnel » (9). Il appartient uniquement au juge de reconnaître ou de ne pas reconnaître le harcèlement et non pas au médecin. Pour se faire, le juge se réfère uniquement à cette définition juridique.

S'il existe de très nombreuses autres définitions du harcèlement moral au travail, l'ensemble de ces dernières présentent plusieurs points sur lesquels elles se rejoignent (10,11). Il s'agit du caractère répétitif et persistant de ces agissements ayant des conséquences néfastes et délétères sur la personne ciblée et ne tenant pas compte du caractère intentionnel de ces agissements mais plutôt centrée sur les conséquences sur la personne ciblée.

Les limites définissant **le harcèlement sexuel** sont particulièrement floues et dépendent du contexte culturel. Ainsi selon les textes, un même comportement pourra être interprété comme relevant du harcèlement sexuel ou comme un « rituel légitime de cour amoureuse ». Ce type de violence est peu documentée en France. Selon le rapport de Michel Gollac, ce qui constitue le facteur de risque psychosocial est surtout l'absence d'instances spécifiques de prévention pour lutter contre le harcèlement sexuel (4).

Le secteur militaire a fait l'objet à plusieurs reprises d'une médiatisation du harcèlement sexuel. Dans ce secteur, il peut se manifester par des « connotations sexistes » verbales avec un objectif d'humiliation plus qu'un but physique. Cependant, en opérations extérieures, les situations de harcèlement sexuel peuvent être exacerbées. En effet, communément, il est accepté comme « naturel » que les militaires masculins désirent leurs homologues féminins (le passage à l'acte reste proscrit). Il revient donc à ces dernières de contrecarrer les tentatives de séduction, et non pas aux hommes de « modifier leurs habitudes ». Face à cette érotisation, on assiste donc à un autocontrôle des comportements afin d'éviter toute sexualisation dans les relations de travail (12).

Les violences externes, a contrario des violences internes, sont définies par « des insultes, des menaces ou des agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur

son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris par des clients, qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être » (13). Ces violences émanent donc de la part d'usagers, de clients, de familles ou encore de patients. Plusieurs études mettent en avant des situations de tension plus ou moins forte entre des travailleurs et le public avec lequel ils sont, même occasionnellement, en contact : par exemple, les policiers, les agents de la voirie des collectivités territoriales ou encore les éboueurs confrontés aux automobilistes impatientes ou mal stationnés (14,15). Les relations tendues avec le public exposent les salariés à un sentiment de dévalorisation lorsque la tension résulte du décalage criant entre ce qu'ils font et ce qu'ils devraient faire. De plus, les tensions avec le public seront d'autant plus fortes et mal vécues que le salarié concerné se sent privé des moyens d'agir, par manque de moyens matériels ou humains (16).

b. Le stress au travail

L'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail (AESST) définit le stress au travail comme le « déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face » (17).

En 1956 Hans Selye introduit dans sa publication « The stress of life » (18) la notion de stress et le décrit comme un syndrome d'adaptation selon 3 stades d'évolution (Figure 1) :

- La première étant une « réaction d'alarme » qui correspond à l'exposition à la situation stressante et à la volonté d'évitement de cette situation.
- S'ensuit une phase de « résistance » au cours de laquelle le salarié stressé tente de s'adapter par une réponse d'ordre multifactorielle (biologique, cognitive et émotionnelle).
- Pour terminer, une phase « d'épuisement » atteinte en fonction de la puissance et de la durée de l'exposition au stress. Ceci correspond à l'échec et au dépassement des mécanismes adaptatifs qui garantissent jusque-là « l'homéostasie ». Cette dernière phase sous-entend ainsi que cette évolution est soumise à une variable individuelle en fonction du vécu et de la personnalité du salarié.

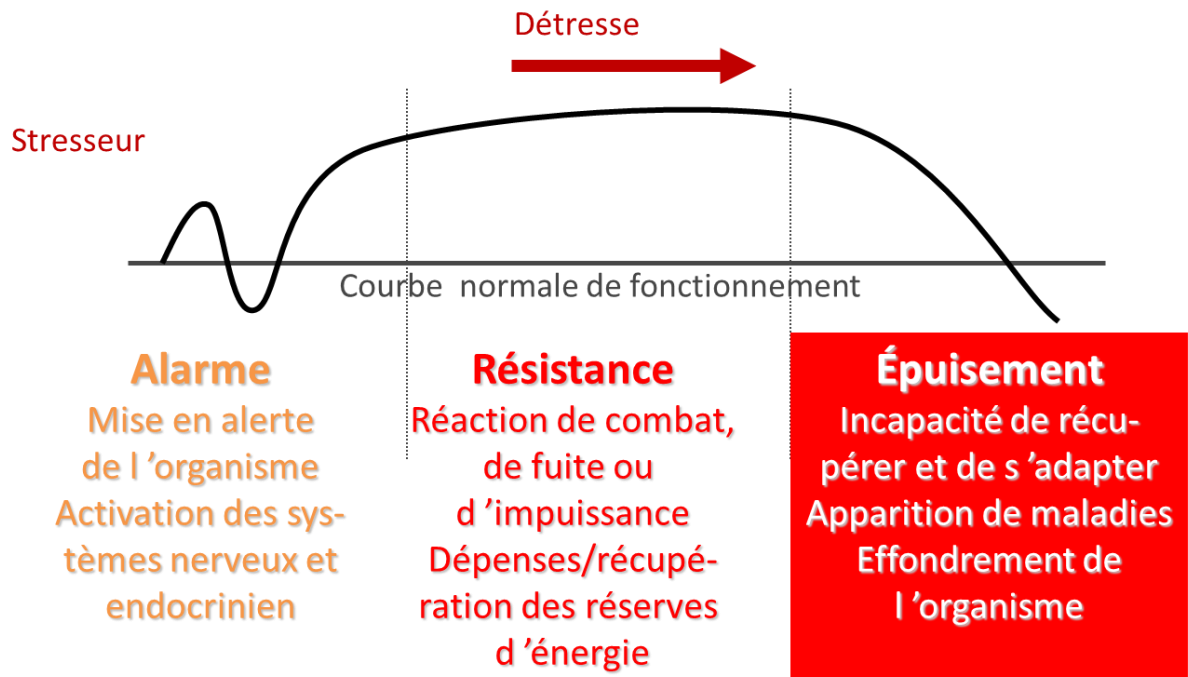


Figure 1 - Syndrome d'adaptation au stress selon Hans Selye

Bien plus tard, Lazarus et Folkmann se sont intéressés à l'ensemble du processus qui participe à la survenue du stress. Une situation apparaît comme stressante lorsque l'individu juge qu'il ne possède pas les « ressources adaptatives » nécessaires pour y faire face. Le modèle « transactionnel » du stress (19) évalue le stress selon trois variables (Figure 2) :

- Les « prédictors » représentent l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux qui peuvent générer du stress. Cependant, la simple exposition à ces facteurs n'explique pas à elle seule l'apparition du stress.
- Les « médiateurs » : il s'agit de la perception par l'individu de ces facteurs à risque de stress, de sa faculté à les contrôler mais aussi du soutien de son entourage.
- Les « efforts à court termes et long termes » qui correspondent aux résultats de l'adaptation ou « coping » aux prédictors selon les médiateurs. Ces effets peuvent être somatiques, émotionnels ou cognitifs.

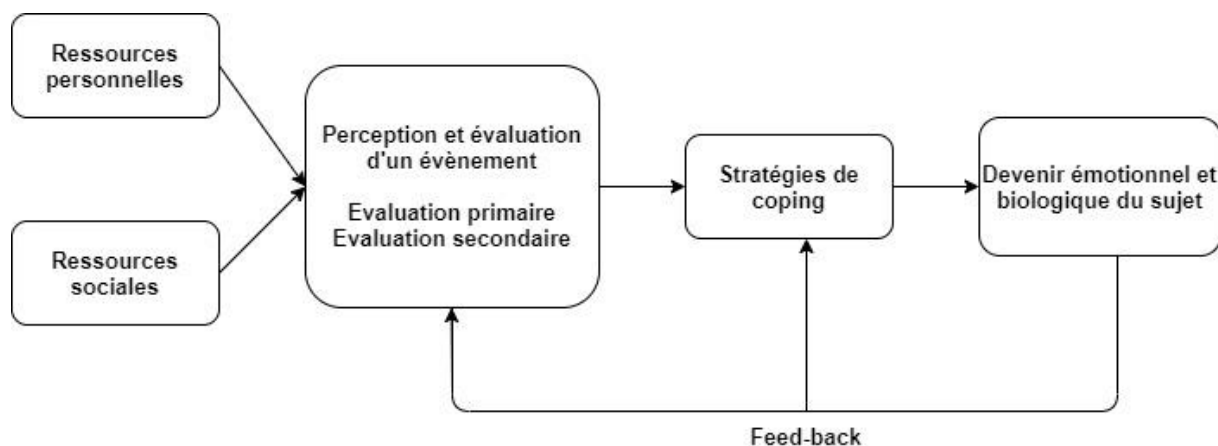


Figure 2 - Schématisation du modèle transactionnel de Lazarus et Folkmann

c. La souffrance au travail

D'un point de vue général, la souffrance peut être décrite comme une « réponse affective négative qui peut être générée par la douleur ou encore par d'autres expériences désagréables » (20). Cette réponse est multidimensionnelle et comprend ainsi une douleur physique, une détresse psychologique ainsi qu'un questionnement spirituel (21).

Dans le cadre plus spécifique du travail, l'Institut National du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (INTEFP) montre que cette souffrance peut être favorisée par une pratique managériale ou par une organisation déficiente (22).

Selon Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste français, le travail est identifié comme un lieu où toute personne doit faire faces à des situations de travail pour lesquelles il doit faire appel à son ingéniosité, sa créativité, et lui permettre de développer et de mettre en application ses compétences. Elles font également appel à un esprit de travail en équipe, de coopération. Le travail « s'inscrit comme médiateur dans la construction de l'identité » et de la personnalité d'un individu. Le travail peut ainsi être un « facteur d'accomplissement de soi et d'émancipation » et peut créer une sensation de plaisir au travail, notamment lorsque le travail accompli est couronné par la reconnaissance de la hiérarchie (23).

Cependant si les conditions de cet épanouissement au travail ne sont pas réunies, le plaisir cède place à la souffrance au travail. Cette dernière contribue « à désorganiser l'identité voire à la détruire et devient alors un facteur pathogène de grande puissance ».

d. Le rapport Gollac

En 2008, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) a réunit, à la demande du Ministère du Travail, le collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS au travail. Dirigé par Michel Gollac, il est constitué d'une équipe pluridisciplinaire internationale et réalisa une large revue de la littérature scientifique sur les RPS au travail. Les résultats de cette revue de la littérature sont présentés dans le rapport de 2011 intitulé « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour mieux les maîtriser » (4). Ce rapport décrit les facteurs de risque potentiels de RPS au travail et les classe selon 6 grandes dimensions :

Première dimension : l'intensité et le temps de travail

L'intensité peut se traduire par une quantité de travail par unité de temps mais cette définition reste peu pratique. Elle fait aussi référence à la perception du travailleur sur la rapidité de ses tâches à réaliser ainsi que sur leur complexité. Il existe ainsi dans cette définition ainsi une part quantitative objectivable et une part qualitative subjectivable. Par ce fait, on ne peut pas comparer les quantités de travail dans des activités différentes. En soi, la complexité du travail n'est pas nécessairement un facteur de risque : elle peut au contraire être un élément de la qualification et avoir des effets favorables (24,25). La complexité peut cependant causer des risques si le travailleur ne bénéficie pas de suffisamment de marges de manœuvre ou de soutien pour y faire face ou encore si cette complexité n'est pas reconnue par des récompenses économiques et symboliques et ne s'inscrit pas dans une trajectoire de développement personnel. Ces idées ont connu un renouvellement à la fin des années 1970 grâce aux travaux de Robert Karasek dans un premier temps puis grâce aux travaux de Siegrist dans les années 1980 (26,27).

La durée et l'organisation du temps de travail sont des éléments de l'organisation susceptibles d'influer sur la santé des travailleurs sans l'intermédiaire d'éléments matériels spécifiques, ce qui la distingue des risques physiques, chimiques ou infectieux. Dans certains cas, les effets du temps de travail importent lorsque les horaires de travail interfèrent avec la vie familiale ou sociale. Il est généralement admis que les difficultés de conciliation entre vie personnelle et familiale d'une part et la vie professionnelle d'autre part relèvent de la sphère psychosociale (28).

Deuxième dimension : les exigences émotionnelles

L'exigence émotionnelle trouve sa définition dans l'interaction qu'a le travailleur avec les bénéficiaires du travail, notamment pour maîtriser et façonner ses propres émotions. Des exemples classiques sont ceux de l'hôtesse de l'air qui doit toujours avoir l'air sereine pour rassurer les passagers ou de la conseillère en télécommunication qui doit garder son calme face aux insultes ou à l'agressivité d'un client. Cette charge psychologique associée à des comportements sociaux complexes et impliquant des émotions contradictoires au sein de l'exécution des tâches est associée au développement et à l'évolution de troubles psychiatriques. La littérature montre ainsi une association positive entre la demande émotionnelle au travail et la dépression (29).

Il est également supposé que le contact avec des personnes ressentant ou exprimant une forte souffrance, serait de nature à créer pour les travailleurs concernés, des réactions psychologiques potentiellement dommageables. Ce risque serait d'autant plus grand que les travailleurs seraient placés dans une situation passive, sans possibilité d'agir pour supprimer ou alléger la souffrance dont ils sont témoins (30). Cette exigence émotionnelle peut se rencontrer chez les aides à domicile qui interviennent auprès de personnes en situation de souffrance physique ou psychologique ou de misère sociale.

Troisième dimension : l'autonomie au travail

Cette dimension inclut l'autonomie dans la réalisation du travail, c'est-à-dire non seulement la marge de manœuvre dont dispose le travailleur dans son travail mais aussi sa participation dans la prise des décisions qui le concernent. Elle inclut également l'utilisation et le développement des compétences. L'autonomie au sens de Karasek est donc une autonomie au sens fort, comprenant tous les aspects du travail qui contribuent à l'autonomie de l'individu dans son emploi et sa carrière. Les femmes bénéficient en général d'une moindre latitude décisionnelle que les hommes dans leur travail (31).

Quatrième dimension : les rapports sociaux au travail

Cet axe recouvre les rapports sociaux entre travailleurs ainsi que les rapports sociaux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. Plusieurs notions s'y rattachent : la qualité des relations interpersonnelles, l'insertion dans un collectif mais aussi ce que ces relations et cette insertion apportent. Les violences internes et externes déjà détaillées en amont font partie intégrante de cette dimension.

Cette dimension prend en compte également le soutien social au travail, terme également détaillé plus loin dans le modèle de Karasek et Theorell, qui se caractérise par la présence d'un réseau social auquel le travailleur appartient, mesuré le plus souvent par le nombre de contacts (nombre d'amis et de collègues à qui parler, participations à des activités collectives, reconnaissance de son travail par sa hiérarchie). À la fin des années 1990, Kawachi a mis en évidence à l'aide d'une cohorte de plus de 32 000 hommes américains, que l'isolement social de manière général et pas seulement dans un cadre professionnel augmentait le risque de décès par maladie cardiovasculaire, accident et suicide (32).

Enfin, le style de direction et le degré de justice de l'organisation au travail sont des notions importantes de ces rapports sociaux. Les recherches sociologiques sur la notion de justice, en particulier dans les contextes professionnels, ont montré que la justice des échanges n'était pas séparable de la façon dont les individus sont intégrés à la fois comme pairs dans une communauté et comme individus singuliers (33). La justice au travail peut être envisagée comme justice rendue aux personnes, en tant qu'êtres appartenant à une communauté, et en tant qu'êtres singuliers. Cela signifie que les procédures sont appliquées à tout le monde de la même façon et sont exemptes de préjugés et de biais personnels.

Cinquième dimension : la présence de conflits de valeurs

Le conflit de valeur peut être à l'origine d'un état de mal-être ressenti par le travailleur et se présente lorsque ce qu'on lui demande de faire est en opposition avec ses normes professionnelles, sociales ou subjectives, compte tenu de la nature du travail à réaliser ou encore du temps et des moyens dont il dispose (34). Certains secteurs tels que ceux de la santé et de l'action sociale sont davantage touchés par ces problématiques car ces métiers possèdent des valeurs sociales importantes, souvent motrices et à l'origine même de

l'orientation professionnelle. Pour décrire ces situations de conflits de valeurs, nous pouvons citer à titre d'exemple une conseillère bancaire à qui on l'on demande de placer des produits à des clients qui n'ont pas forcément fait la demande, dans le but d'atteindre des objectifs budgétaires.

Sixième dimension : l'insécurité de la situation de travail

L'insécurité de la situation de travail comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. La première dimension, l'insécurité socio-économique, comprend les risques pesant sur la pérennité de l'emploi, sur le maintien du niveau de salaire ou sur le déroulement jugé normal de la carrière. Un salarié peut y être exposé du fait du comportement ou de la situation de son employeur, un travailleur indépendant, du fait de l'état du contexte socio-économique. Cette insécurité, lorsqu'elle est vécue de façon prolongée, peut avoir des effets importants sur la personnalité (35). Des travaux empiriques ont confirmé sa place centrale parmi les facteurs de stress qui ont un impact négatif sur la santé psychologique (36).

2. Des modèles conceptuels utilisés pour l'étude des RPS

a. Le modèle de Demerouti

Également appelé modèle « Jobs Demands Resources » (37,38), ce concept conçu en 1999 suggère que les conditions de travail déterminent le bien-être ou au contraire la souffrance au travail. En effet, dans le cadre professionnel, tout individu est soumis à deux grand types de facteurs de risques :

- D'une part, les contraintes qu'elles soient physiques, mentales, émotionnelles ou organisationnelles. Elles obligent l'individu à fournir des efforts, ce qui conduit à un épuisement physique et psychologique en cas d'excès de ces efforts.
- D'autre part les ressources mentales ou physiques qu'elles soient internes (capacités à réagir de manière positive aux différentes situations) ou externes (organisation du travail, rapport social au travail). Ces ressources sont sources de motivation au travail.

La soumission à un haut niveau de contraintes va mettre en jeu un effort important consenti auquel vont s'ajouter des ressources motivationnelles permettant de contenir et de s'adapter aux exigences du travail. Cependant une durée d'exposition importante à ces contraintes va se manifester par le dépassement de ce mécanisme adaptatif. On parle alors d'épuisement. En outre, ce modèle stipule également que le manque de ressources, et par conséquent de motivation en réponse aux exigences professionnelles, va encourager une attitude négative de retrait : le désengagement (Figure 3).

Comme nous le préciserons plus tard, épuisement et désengagement constituent en fait les principales composantes d'une pathologie psychologique causée par les RPS : le burn-out.

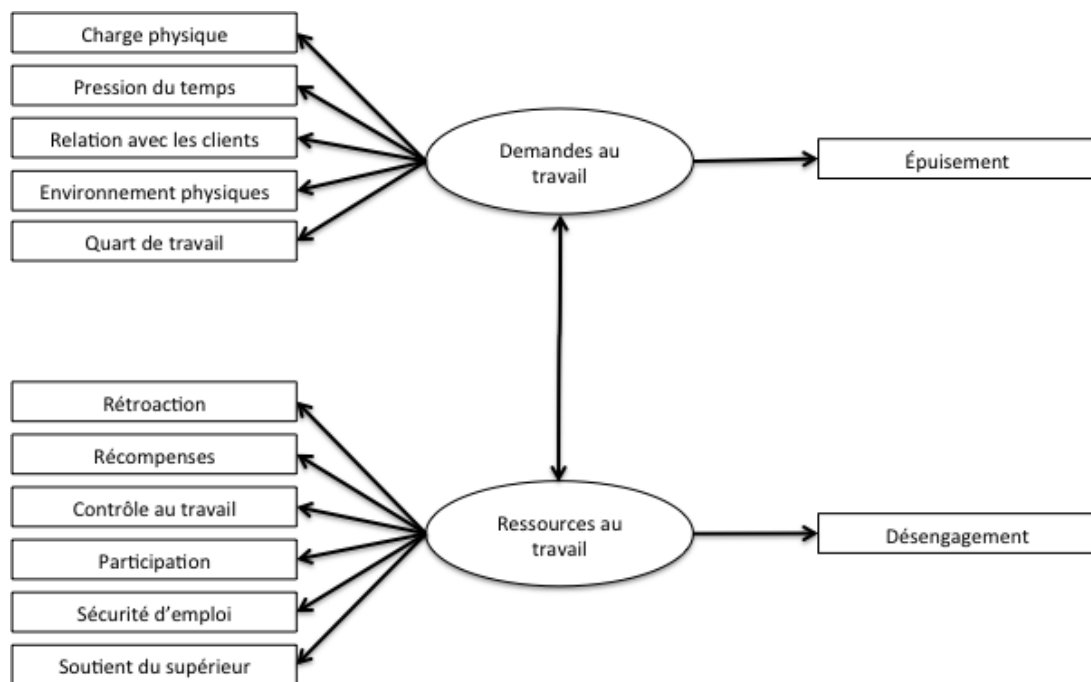


Figure 3 - Schématisation du modèle de Demerouti

b. Le modèle exigences-maitrises de Karasek et Theorell

Conçu en 1979 par Robert Karasek, professeur américain de psychologie et spécialisé dans le monde du travail, le modèle est basé sur l'interaction entre les conditions de travail et le stress professionnel (26,39). Ce modèle comporte deux dimensions :

- **La demande psychologique** encore appelée la charge psychologique du travail. Cette dimension prend en compte des paramètres tels que la quantité de travail, les contraintes de temps, les demandes contradictoires ou les interruptions fréquentes.
- **La latitude décisionnelle** qui prend en compte à la fois l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences. L'autonomie décisionnelle se définit par la possibilité de choisir sa façon de travailler, de participer aux décisions qui s'y rattachent. L'utilisation des compétences est quant à elle représentée par la possibilité d'utiliser ses propres compétences et d'en développer de nouvelles.

De ce modèle théorique naît un questionnaire d'évaluation des RPS, le Job Content Questionnaire (JCQ). Il s'agit probablement de l'outil d'évaluation des RPS le plus utilisé dans la littérature scientifique (26).

La combinaison d'une faible latitude décisionnelle (score inférieur à la médiane du score observée dans l'échantillon) et d'une forte demande psychologique (score supérieur à la médiane de l'échantillon) est la situation de travail exposant le plus au stress, aussi nommée travail tendu ou encore job strain. Les quatre types de situation de travail obtenus à l'aide du questionnaires sont illustrés dans la Figure 4.

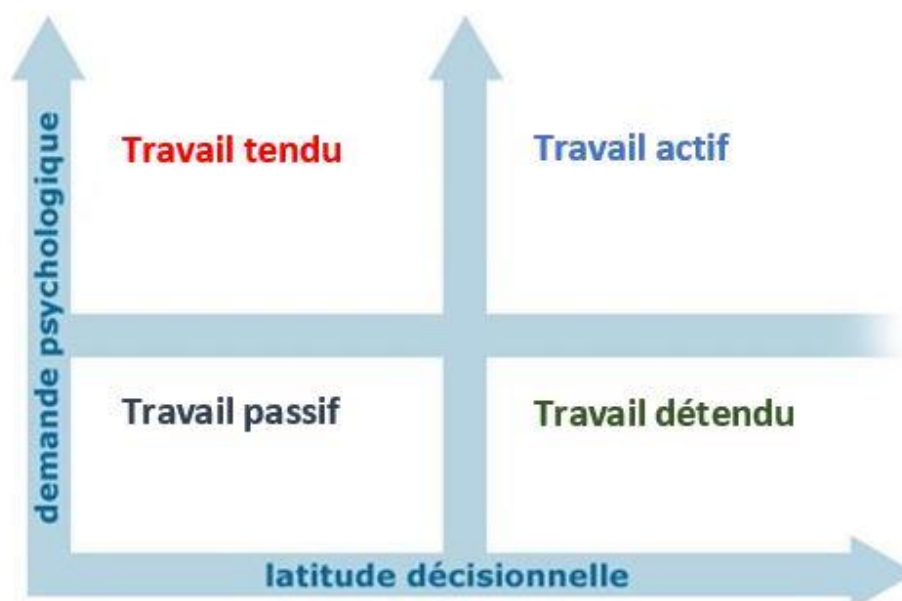


Figure 4 - Schématisation du modèle de Karasek

En France, l'étude SUMER (Surveillance MEDicale des Risques professionnels) initialement créée en 1994 puis élargie en 2003, 2010 et enfin en 2017 est une étude ayant utilisé le JCQ. Il s'agit d'une étude transversale qui évaluait les conditions de travail menée de façon conjointe par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) et la Direction Générale du Travail (DGT) en collaboration avec un réseau de médecins du travail. La population étudiée est représentative de 22 millions de travailleurs, soit 92% salariés français (40). L'étude SUMER apparaît ainsi comme la première étude évaluant l'exposition aux RPS à l'échelle du territoire national et ses données s'imposent comme des données nationales de référence pour d'autres études françaises utilisant le JCQ.

Si on examine l'évolution de la prévalence de l'ensemble des salariés en situation de job strain à l'aide des résultats de la dernière enquête de 2017, on note une augmentation entre 2003 et 2010 de 26,8% à 32,2% puis un léger recul en 2017 à 31,6% (41). Toujours dans l'étude de 2017, les salariés du secteur tertiaire ont une prévalence de job strain plus importante et mesurée à 32,4% contre 19,7% pour le secteur agricole et 24,6% pour le secteur de la construction.

Dans un second temps, le modèle de Karasek s'est enrichi par l'ajout d'une 3^{ème} dimension : **le soutien social** au travail de la part de ses collègues ou de la hiérarchie qu'il soit socio-émotionnel ou technique. Ainsi les employés en job strain qui ne bénéficient pas d'un soutien social sont encore plus exposés au stress. Cette situation a pour terminologie l'iso-strain.

Le modèle de Karasek est souvent complété par des questions portant sur la reconnaissance au travail, comme le permet le questionnaire de Siegrist. On obtient en associant ces deux questionnaires une évaluation collective du bien-être au travail.

c. Le modèle de l'équilibre efforts-récompenses de Siegrist

Ce modèle, conçu par un professeur de sociologie allemand vers la fin des années 1980, a pour principe de base qu'une situation stressante au travail est le fruit d'un déséquilibre entre d'une part les efforts consentis et d'autre part les récompenses obtenues (27,39).

Concernant **les efforts consentis**, on distingue :

- **Les efforts extrinsèques** qui s'évaluent en termes de rythme de travail, d'efforts physiques, de responsabilités, de quantité de travail, de volume horaire, d'interruptions fréquentes ou encore d'exigences au travail de plus en plus élevées, de la même manière que pour la dimension d'exigence psychologique du modèle Karasek.
- **Les efforts intrinsèques** constituent en fait une variable individuelle. Il s'agit de la personnalité individuelle du salarié qui va déterminer son investissement. Cette personnalité a pour terminologie le terme « overcommitment » et peut être évaluée par un autre test psychométrique conçu par Siegrist selon quatre principales composantes : le « besoin d'approbation », la « compétitivité ou hostilité latente », « l'impatience ou irritabilité disproportionnée » et enfin « l'incapacité de s'éloigner des obligations professionnelles » (42).

Les récompenses recouvrent quant à elles trois éléments :

- **Une « gratification monétaire »** matérialisée par la rémunération.
- **Une considération sociale** (estime et respect au travail) par les collègues et les supérieurs hiérarchiques.
- **Une récompense organisationnelle** : le contrôle sur le statut professionnel (sécurité de l'emploi et perspective d'évolution de carrière).

Le modèle Siegrist repose ainsi sur la notion de « réciprocité sociale » : il s'agit de la possibilité d'avoir accès à des avantages considérés comme légitimes compte tenu de l'« effort fourni au travail ». La situation de travail apparaissant comme celle la plus à risque de RPS est celle combinant des efforts consentis importants contre de faibles récompenses. C'est à partir de ce modèle théorique qu'a été conçu le questionnaire de Siegrist en 1996 qui évalue les efforts et les récompenses. Le déséquilibre efforts/récompenses est défini par un ratio supérieur à 1 entre les efforts extrinsèques uniquement et les récompenses (Figure 5).

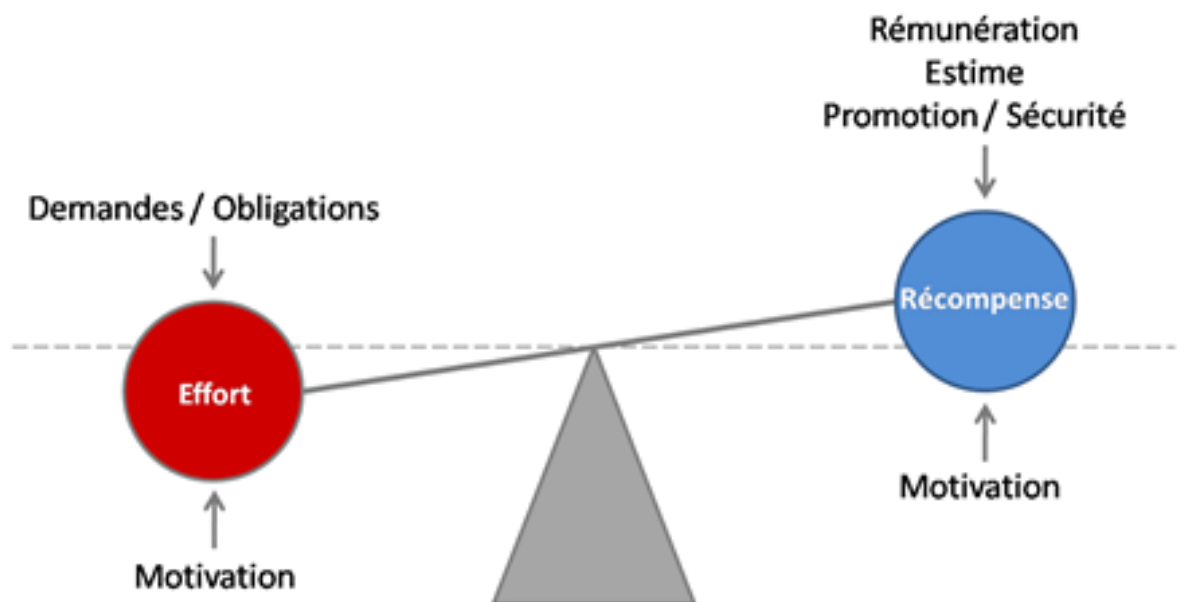


Figure 5 - Schématisation du modèle de Siegrist

Selon Johannes Siegrist, trois principaux facteurs contribuent à aggraver l'impact personnel du déséquilibre de cette balance efforts/récompenses :

- Une situation personnelle et sociale difficile contraignant l'individu à « accepter des conditions de travail dégradées » par manque de choix et d'alternative professionnelle.
- Un choix stratégique d'accepter de manière transitoire ce déséquilibre dans l'espérance d'une évolution de carrière synonyme d'amélioration de la qualité des conditions de travail.
- **L'overcommitment** que l'on peut traduire comme un engagement excessif qui contribue à aggraver la frustration ou la déception engendrée par ce déséquilibre.

En somme cela nous montre qu'il n'existe pas une seule définition ou un seul modèle précis pour décrire les RPS mais plusieurs. La notion de RPS demeure un concept compris mais mal maîtrisé. A ce titre elle constitue donc un objet à construire pour la recherche scientifique, en perpétuel évolution et intimement lié à l'évolution des conditions de travail.

3. Une modernisation de l'organisation du travail

Au début du XXème siècle, l'organisation scientifique du travail appelée taylorisme tend vers la production de masse. A la fin des années 70, c'est l'essoufflement du taylorisme qui ne peut faire face à un contexte de crise du travail engendré par la succession de mutations économiques et le développement technologique. Cela donne naissance à des nouvelles formes d'organisation du travail basées sur les priorités de performance, de compétitivité, de productivité sans pour autant délaisser la qualité (43,44).

D'un point de vue socio-économique, la naissance du modèle capitaliste et la mondialisation vont ainsi contribuer à l'émergence de la délocalisation, de la sous-traitance afin de réduire les coûts liés à la production. Cette mondialisation est renforcée par les avancées technologiques, notamment dans le domaine du transport et de la communication, qui permettent de raccourcir les délais d'acheminement. Par conséquent, une nouvelle géographie de développement industriel se dessine : l'industrialisation des pays en voie de développement connaît un essor, et en parallèle, celle des pays développés régresse. Cela se manifeste par un recul de l'employabilité.

L'évolution technologique des outils a ainsi permis d'améliorer certaines conditions de travail en réduisant la pénibilité physique de certaines tâches. Cependant, cela a également contribué à supprimer les emplois n'exigeant pas un certain niveau de compétence. L'exemple connu de tous est celui des hôtesses de caisse dans les supermarché qui se voient progressivement remplacées par des automates de paiement.

En outre, l'évolution perpétuelle des technologies de l'information et de la communication accélère le « rythme d'obsolescence » des compétences et impose un niveau minimum de qualification et d'adaptabilité (45).

De plus, un nouvel état d'esprit se démocratise et se consolide, celui de l'assurance qualité. En effet, on tient compte de l'avis du consommateur, de ses attentes et de ses exigences. Et les prestations de service comme par exemple les services clients, les services après-vente connaissent un essor ces dernières années.

D'un point de vue managérial, tous les changements cités précédemment se traduisent par la recherche d'employés ayant un niveau minimum de compétence, polyvalents et dotés d'une

bonne capacité d'adaptation. Et afin de renforcer la productivité, le concept de « flux tendus » et « d'urgence » se développe dans la réalisation des tâches. Le salarié se doit ainsi de fournir un travail avec un rythme soutenu tout en ne négligeant pas la qualité de son travail.

Les nouvelles formes d'organisation du travail prônent également un management basé sur la concurrence entre les salariés et motivée par un système méritocratique fondé sur la rémunération et sur les évaluations régulières.

La crise sanitaire mondiale liée à la Covid-19 est un exemple supplémentaire de la modernisation du monde du travail. Quelque soit leur pays d'origine ou leur secteur d'activité, la plupart des entreprises ont disposé seulement de quelques semaines pour s'adapter aux nouvelles conditions sanitaires et mettre en place le télétravail qui était jusque là minoritaire. Ainsi les managers se sont retrouvés en première ligne de ces modifications « Du jour au lendemain, il a fallu inventer une nouvelle segmentation entre la vie professionnelle et la vie privée. En l'espace de 24 heures, nous sommes tous devenus des experts du travail et du management à distance » (46). Concernant les salariés, beaucoup d'entre eux ont sous-estimé l'impact du télétravail sur leur équilibre professionnel et personnel. Si certains salariés ont vu des avantages au télétravail avec la réduction du temps de trajet notamment dans les grandes villes, d'autres ont eu l'impression de ramener leur « stress professionnel » à leur domicile. Les salariés ont fait l'expérience de devoir concilier leur vie familiale et la productivité à tel point qu'ils n'arrivaient plus à délimiter la sphère professionnelle et la sphère privée. A titre d'exemple, certains salariés se sont vus tenir des réunions par vidéoconférence en présence de leurs enfants ou de leur animaux de compagnie. Le télétravail a également favorisé le travail sur des horaires atypiques jusqu'à très tard le soir ou très tôt le matin dans le but de ne pas être dérangé par ses enfants, au détriment du bien être des salariés et du respect de la loi.

Cette situation inédite est le témoin du paroxysme de l'évolution du monde du travail moderne. Bien que cette évolution permette un gain en fonctionnalité et compétitivité, elle présente également des limites aussi bien pour l'individu que pour la société.

4. Quelles conséquences sur la santé et quels impacts pour la société ?

Les RPS soulèvent plusieurs problématiques du fait de leurs conséquences aussi bien sur les plans humain et organisationnel que sur le plan socio-économique. Ces enjeux sont d'autant plus à prendre en considération que l'ampleur du phénomène est non négligeable.

a. Des enjeux à l'échelle individuelle

L'un des enjeux les plus pertinents dans notre pratique médicale, notamment en santé au travail, concerne toutes les conséquences délétères pour la santé de facteurs de RPS : les troubles psycho-sociaux. Ce terme regroupe plusieurs pathologies ou symptômes dus à une exposition prolongée aux RPS.

Première dimension : les TMS

Les TMS sont des affections touchant l'appareil locomoteur et se manifestant aussi bien par une symptomatologie algique qu'une raideur ou une impotence fonctionnelle. Ces troubles ont historiquement été rattachés à la nature physique d'une exposition chronique de l'organisme. Les RPS ont été associés dans un second temps aux TMS et ne représentent qu'une partie de leur étiologie. En effet, il s'agit d'une pathologie multifactorielle résultant de la combinaison de (47):

- Une hyper sollicitation biomécanique (répétitivité des gestes, intensité des efforts physiques, postures inconfortables).
- L'environnement du travail : facteurs organisationnels, contraintes psychosociales qui représentent donc les RPS.
- Des facteurs de susceptibilité individuelle : âge du salarié, antécédents médico-chirurgicaux, vécu personnel.

Les TMS constituent la première cause de maladies professionnelles (88%) en France en 2018, selon les données de l'assurance maladie (48). Dans le secteur de l'aide et des soins à la personne, ce chiffre aurait enregistré une hausse de 45% en 10 ans. Plusieurs études ont ainsi cherché à démontrer son lien avec les RPS.

Par exemple, l'étude internationale CUPID (49) a cherché à mettre en évidence une relation entre la prévalence des TMS et certains facteurs de RPS sur une population de professionnels répartis selon 3 groupes (infirmières / employés de bureau / autres travailleurs).

En Australie, par exemple, (50) les résultats montraient chez les infirmières hospitalières une association statistiquement significative entre les douleurs d'épaule, les cervicalgies et un manque de support social, une insécurité perçue de l'emploi et le job strain.

Une méta-analyse de 2015, a identifié une association entre le job strain et les lombalgies, les douleurs d'épaules, les gonalgies, et des douleurs quel que soit le site anatomique (51). Cette étude a également mis en évidence un lien statistiquement significatif entre un déséquilibre du modèle efforts/récompenses et des TMS sur tous les sites anatomiques.

Enfin, l'étude transversale française ORganisation des SOins et SAnité des soignants (ORSOSA) (52) a étudié la relation entre les contraintes psychosociales et organisationnelles et les RPS, à l'aide de l'échelle de Siegrist et de questionnaires évaluant l'état de santé somatique et psychique dans 7 CHU français. Il a ainsi été constaté une association statistiquement significative entre le déséquilibre efforts/récompenses, l'interruption fréquente, le manque de support social ou encore le manque de reconnaissance et l'incidence des TMS du membre supérieur.

Deuxième dimension : l'impact sur la santé mentale

L'exposition aux RPS provoque également un état de souffrance, de mal-être au travail, et peut par conséquent, avoir un impact sur la santé mentale.

Une étude suédoise retrouvait une augmentation statistiquement significative de la détresse psychologique lorsque les travailleurs étaient exposés à une faible latitude décisionnelle associée à un manque de soutien social (53).

Une méta-analyse a mis en évidence qu'une mauvaise santé mentale était associée de manière statistiquement significative au job strain et aux exigences psychologiques (54).

Le syndrome d'épuisement professionnel ou **burn-out** est un syndrome psychologique en réponse à des facteurs de stress professionnels (55). Il associe trois dimensions évaluées dans la littérature par le Maslach Burnout Inventory (MBI) :

- Un épuisement à la fois émotionnel et physique : asthénie psychologique et physique intense.
- Une dépersonnalisation (ou cynisme), se traduisant par un retrait et une indifférence vis-à-vis du travail, une attitude impersonnelle, détachée.
- Un accomplissement personnel réduit : dépréciation de soi, sentiment d'échec.

En outre, une revue de la littérature a évalué le burn-out chez des oncologues, qui font probablement partie des personnels soignants les plus exposés aux exigences émotionnelles avec un contact avec la souffrance permanent (56). Il a été retrouvé une prévalence importante des différentes dimensions du syndrome d'épuisement professionnel.

Une autre revue de la littérature a mis en évidence une association entre l'autonomie et une baisse de la fatigue émotionnelle puis une association entre un manque de soutien social au travail et un épuisement professionnel (57). Une association a également été retrouvée entre la justice au travail, la charge de travail, le manque de récompenses, le manque de soutien social par les collègues et la hiérarchie, l'insécurité de l'emploi et l'épuisement professionnel.

Enfin, une étude de 2013 (58) a montré que la mise en place de mesures de prévention contre les RPS permettait de réduire la prévalence des trois dimensions composantes du burn-out.

Concernant **la dépression**, l'étude ORSOSA (52) a également démontré l'association entre la prévalence de symptômes dépressifs et le manque de support social pour les aides-soignants.

Une revue de la littérature de 1997 a montré qu'un volume horaire de travail supérieur à 50 heures hebdomadaires avait un effet sur la santé mentale et les maladies cardiovasculaires.

De plus une méta-analyse de 2017 (59) montrait une association entre une dépression clinique et le job strain, que les patients aient ou non des antécédents de symptômes dépressifs. Cet article retrouvait aussi un lien entre job strain et une hospitalisation pour dépression.

Enfin, on ne saurait étudier les conséquences psychiatriques dues aux RPS sans aborder le sujet du **suicide**. Selon l'étude menée par le Conseil économique et social en 2007 (3), 400 suicides par an seraient liés à la sphère professionnelle sur 10 093 suicidés au total, soit environ 4%.

Une méta-analyse de 22 articles de 2018 retrouvait une relation entre les facteurs stressants professionnels et le risque suicidaire (60). Concernant les idées suicidaires, elles étaient

associées à un manque de soutien social et une insécurité de l'emploi. Les tentatives de suicide étaient en lien, de manière statistiquement significative avec un soutien social défaillant et une faible autonomie. Enfin, la mort par suicide était associée à une faible latitude décisionnelle.

Troisième dimension : les pathologies cardio-vasculaires

Plusieurs études ont établi une relation entre les RPS et les pathologies cardio-vasculaires.

Une revue de la littérature observait un impact significatif des RPS sur **la tension artérielle**, avec un effet plus important chez les sujets masculins que chez les femmes (61).

Une étude de cohorte européenne s'est intéressée à l'incidence du **diabète de type 2** (62). Le job strain était associé de manière significative au risque accru de diabète, indépendamment du style de vie.

De la même manière, une étude retrouvait une association entre job strain et une **obésité de stade I, II, ou III** (63). De plus, l'analyse longitudinale montrait qu'une prise ou une perte de poids significative était observée au début de l'exposition au job strain.

Enfin, une méta-analyse a étudié l'association entre le job strain et des facteurs de risques cardio-vasculaires en général (64). Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, il a été mis en évidence que les personnes en job strain avaient plus de risques de présenter un diabète, un tabagisme, une sédentarité, et une obésité.

Le risque cardio-vasculaire général, estimé par le **score de Framingham** (score international utilisé dans la pratique médicale pour estimer le risque d'incidence d'un événement cardio-vasculaire dans les 10 prochaines années). Il était établi une association statistiquement significative entre le job strain et un score de Framingham élevé.

Une méta-analyse de 2012 a évalué l'incidence d'apparition d'une coronaropathie sur 7 ans (premier épisode d'infarctus du myocarde non fatal ou par un décès par infarctus du myocarde) en fonction du job strain (65). Il a ainsi été objectivé une association significative entre le job strain et un **événement de coronaropathie** dans les 3 et 5 premières années de

suivi. Le risque général d'évènement coronaire attribué au job strain était estimé entre 3 et 4 % de l'ensemble de ces incidents. En France, cela correspondrait à 3400 à 4000 cas / an (66).

Une étude de cohorte prospective a également mis en évidence un lien entre la récurrence d'un évènement coronaire dans les 4 ans après le premier épisode (défini par un angor instable, un infarctus du myocarde fatal ou non fatal) et les RPS selon un déséquilibre efforts-récompenses (67).

Un autre évènement cardio-vasculaire est l'**Accident Vasculaire Cérébral** (AVC). En 2015 une méta-analyse a investigué l'association entre le job strain et l'incidence des AVC. Il a été retrouvé une association significative entre job strain et AVC ischémique (68). L'association entre job strain et l'AVC hémorragique n'était pas significative.

En 2015, une revue de la littérature internationale a mis en évidence que chez les sujets exposés au job strain, le risque de développer des pathologies coronaires et des AVC était plus important que chez les sujets non exposés (69).

Pour finir, on peut citer l'entité très particulière du **syndrome de Karoshi** (70) décrit en 1969 par certains médecins japonais et reconnu au Japon comme une maladie professionnelle et indemnisée comme telle. Ce syndrome correspond à la survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC lié à un excès de travail notamment en volume horaire. Pour être reconnu, il faut avoir exercé 24 heures de travail consécutif la veille de l'incident ou 16 heures de travail par jour la semaine précédant l'accident.

b. Des enjeux à l'échelle d'une entreprise

Au-delà des conséquences individuelles, les RPS induisent également des répercussions à l'échelle de l'entreprise ou de l'institution employant un groupe de salariés.

Première conséquence : l'absentéisme

Il est défini par l'ANACT comme toute absence évitable par une prévention précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail. L'absentéisme peut être :

- Prévisibles : les congés payés, les congés maternités, les jours de formations, les jours de réduction de temps de travail.
- Non prévisibles : les arrêts maladie, les accidents du travail, les jours de grève. C'est cet absentéisme imprévu qui est susceptible de perturber l'organisation du travail.

Si l'exposition aux RPS induit des troubles psychosociaux, cela a pour conséquence la prescription d'arrêt de travail. En 2013, la DARES a publié un rapport dans lequel il été constaté une proportion d'absentéisme à 2,5% pour des personnes non exposées à des contraintes psychosociales, contre 7,5% en cas d'exposition à 3 contraintes psychosociales, soit 3 fois plus (71).

Une étude européenne multicentrique (72) a mis en évidence une association significative entre l'absentéisme et les exigences émotionnelles importantes, la discrimination au travail, le harcèlement, les faibles perspectives de promotion et la faible conciliation de vie professionnelle / vie privée.

Une méta-analyse a identifié les facteurs prédictifs d'une absence pour maladie de plus de 3 jours (73). Certains de ces facteurs correspondent à des facteurs de RPS : on y retrouvait, de manière non exhaustive, le fait d'avoir eu des plaintes psychosomatiques, le burn-out, le job strain, l'expérience d'une injustice au travail.

Une autre méta-analyse retrouvait une association entre arrêts de travail pour lombalgie et manque de soutien social.

Deuxième conséquence : le présentéisme

Il représente une organisation de travail déficiente et représente un temps de travail improductif.

Il peut être :

- Contemplatif : le salarié est présent sur le lieu de travail sans être efficace. Nous pouvons mentionné le **syndrome de bore-out** qui représente les situations où l'on « placardise » le travailleur. Les tâches incombées sont largement sous évaluées et entraînent un ennui délétère pour le travailleur. Dans son livre intitulé « Le bore-out

syndrom : quand l'ennui au travail rend fou », Christian Bourion explique que ce problème est sous estimé et pourrait concerné jusqu'à 30% des travailleurs (74).

- Stratégique : c'est le fait de travailler des heures supplémentaires pour illustrer sa motivation à son employeur. Il peut rentrer dans le cadre des efforts consentis selon le modèle de Siegrist. Le travailleur peut être exposé aux RPS si ce « sacrifice » n'est pas récompensé.
- Le surprésentéisme : il s'agit de la présence sur le lieu de travail alors que l'état de santé du salarié pourrait justifier un arrêt de travail.

Une étude suédoise (75) relevait un taux important de présentéisme dans les secteurs d'activités du soin et de la santé (44%) et de l'éducation (46%). Cela pouvait s'expliquer par le fait qu'il s'agit de secteurs où la relation avec les autres représente une place essentielle, où les personnels traitent avec une population dépendante, vulnérable (les malades, les personnes âgées, les enfants).

Troisième conséquence : la qualité de travail

Il apparait que l'exposition aux RPS nuit également à la qualité de travail fourni. Par exemple, l'absentéisme induit une charge de travail plus importante pour ceux qui sont présents, au détriment de la qualité. Ce défaut de qualité peut être estimé par le professionnel lui-même, on parle alors de qualité empêchée, qui constitue un facteur de RPS en soi.

Une étude a examiné l'association entre les RPS et la qualité de soins perçue par des chirurgiens allemands (76). Il y était retrouvé une association significative entre un déséquilibre efforts/récompenses et une mauvaise prise en charge psychosociale, mais aussi une organisation des soins défailante cumulée à un défaut d'orientation du patient. Le job strain était significativement associé à la prise en charge psychosociale, à la prise en charge diagnostique et thérapeutique, et à l'assurance qualité. Il n'y avait pas d'association significative avec les erreurs médicales.

Mais le manque de qualité peut aussi être perçu par le public. En 2011, une étude américaine multicentrique (77), retrouvait un manque de satisfaction des patients (évaluée par une note de satisfaction et un pourcentage de recommandation à l'entourage) s'ils avaient été pris en charge dans les services où la prévalence du burn-out des infirmières était plus élevée.

Quatrième conséquence : l'atteinte à l'image de l'entreprise

Le développement actuel des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) permet de diffuser l'information au plus grand nombre. C'est ainsi que la crise des suicides dans une célèbre société de télécommunication française a braqué les projecteurs sur les RPS et leurs conséquences parfois graves dans les années 2000. Plus récemment, le reportage « cash investigation » sur les conditions de travail dans la grande distribution ou dans une société d'opérateur téléphonique a choqué une large partie de la population. Les réseaux sociaux ont joué un rôle majeur dans la divulgation du phénomène. L'image de ces entreprises se dégrade aux yeux de l'opinion publique et perd en termes d'attractivité et de rentabilité.

c. Des enjeux à l'échelle de la santé publique

Préjudiciables pour la santé, ce qui serait en soi largement suffisant pour les prévenir, les RPS le sont également en termes économiques.

L'AESST a publié un rapport en 2013 estimant, à l'échelle européenne, le coût annuel dû aux dépressions provoquées par les RPS à 617 milliards d'euros (78).

Cette estimation tenait compte de plusieurs paramètres :

- Le présentéisme et l'absentéisme représentaient 44% du coût total (272 milliards d'euros).
- La perte de productivité participait à 39% des pertes (242 milliards d'euros).
- Les frais de santé pour 10% du coût (63 milliards d'euros).
- Et enfin, dans une moindre mesure, les allocations pour inaptitude étaient estimées à 6% du coût total (39 milliards d'euros).

Sur le plan national une étude de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) en 2007 estimait à 2-3 milliards d'euros le coût engendré par les RPS pour la société, soit 1% à 4% du P.I.B pour les pays de l'Union Européenne (79) (Figure 6).

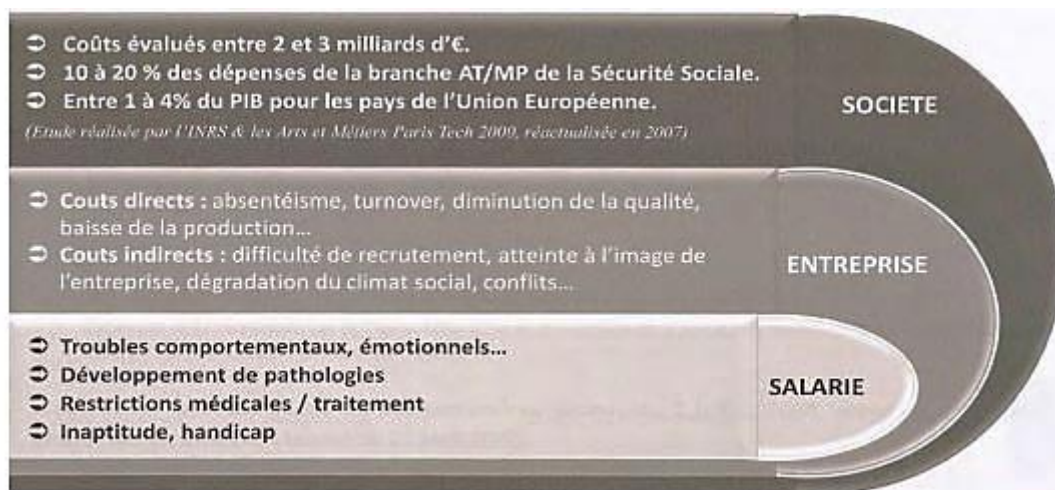


Figure 6 - Evaluation du coût des RPS en France en 2007 selon l'INRS

En outre, l'INTEFP évalue que 50% à 60% des absentéismes seraient liés au stress au travail en Europe et représenteraient un coût de 20 milliards d'euros par an à l'Union Européenne.

Rappelons que 1% d'absentéisme à l'échelle de toute la fonction publique représente un équivalent emploi de 50 000 agents. L'hypothèse que les risques psychosociaux puissent représenter plusieurs points d'absentéisme est plausible si l'on se réfère aux situations observées. Cela représente des coûts énormes, tant en termes de souffrance humaine qu'en raison de la réduction des performances économiques en lien avec cet absentéisme.

Une méta-analyse française (80) a estimé, pour l'année 2003, que les syndromes coronariens aigus et les troubles mentaux liés au job strain représentaient entre 8,8% et 10,2% de l'ensemble des syndromes coronariens aigus, puis 15,2% à 19,8% de l'ensemble des troubles mentaux pour les hommes, et enfin 14,3% à 27,1% pour les femmes. Le nombre cumulé de jours d'arrêt maladie atteignait 5 à 6,6 millions de jours pour les hommes et 8,5 à 16 millions de jours pour les femmes. Cela représentait un coût estimé entre 1,8 et 3 milliards d'euros : 113 millions d'euros pour les événements coronariens et 1,7 à 2,8 milliards d'euros pour les pathologies mentales.

5. Quels moyens pour lutter contre les RPS ?

a. Un encadrement juridique récent

En France, la mise en place des droits de l'hygiène et de la sécurité au travail s'est d'abord construite autour de la protection de l'intégrité physique des travailleurs, la santé mentale n'étant pas clairement identifiée.

Le 31 décembre 1991 la France adoptait une loi faisant suite à la directive du 12 juin 1989 du CEE (Conseil Économique Européen) et établissait les règles de base en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Ainsi selon l'article premier « Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement(...). Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés » (81).

Le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 a renforcé cette prévention en instaurant à l'employeur la réalisation d'un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) (82). Ce DUERP permet de décrire et évaluer les risques professionnels encourus par les travailleurs, et prévoit des mesures de prévention correctives adaptées. Mais la notion de santé mentale du travailleur est encore une fois absente de ces textes et seuls les médecins du travail, directement confrontés à cette problématique dans le cadre de leur pratique, se préoccupaient de cet aspect de la santé.

Ce n'est qu'avec la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 dite loi de modernisation sociale, que cette nouvelle notion a été juridiquement consacrée (83). L'employeur ne peut plus se contenter d'assurer la protection de la santé physique des salariés, il doit également assurer celle de leur santé mentale. Cette loi reconnaît aussi l'existence éventuelle de processus relationnels nuisibles au sein du travail dénommés « harcèlement moral ». Cet édifice juridique de la santé mentale se traduit donc d'une part, par l'apparition d'une réglementation spécifique du harcèlement moral et d'autre part, par l'introduction de la notion de santé mentale dans des dispositions déjà existantes du Code du travail. Les RPS doivent être traités comme tout autre risque professionnel.

Fortement médiatisé avant même la publication de cette loi, le harcèlement moral occulte dans un premier temps la notion de santé mentale et catalyse ainsi toute l'expression de la souffrance qui semble s'intensifier au niveau du travail. Une série de suicides intervenus entre 2006 et 2007 au sein d'un technocentre d'une grande marque automobile française fait l'objet d'une importante médiatisation et sensibilise fortement l'opinion publique. Ces suicides ont été rattachés en grande partie au stress excessif subi par les salariés. Le stress devient donc une des principales sources de la souffrance au travail qu'il convient de prévenir.

Le 2 juillet 2008, un accord national interprofessionnel sur le stress est conclu en vue de développer la prise de conscience et la compréhension du stress au travail par les employeurs, les travailleurs et leurs représentants (84). Un arrêté du 23 avril 2009 rend obligatoire l'application de cet accord à l'ensemble des entreprises, adhérentes ou non (85). Concrètement, lorsqu'une situation au travail est identifiée comme étant stressante, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut, le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures de prévention incombe à l'employeur et les instances représentatives du personnel doivent être associées à la mise en œuvre des mesures.

Dans la fonction publique un protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux a été signé le 22 octobre 2013 (86). Cet accord-cadre prévoit la mise en place d'un plan national d'action pour la prévention des RPS dans la fonction publique qui doit se traduire par l'élaboration par chaque employeur public d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS.

Par la suite la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 instaure le terme de la qualité de vie au travail à la négociation annuelle obligatoire (87). Elle permet aussi une reconnaissance plus aisée des pathologies psychiques en tant que maladies professionnelles.

Parallèlement le contentieux du harcèlement moral continue à se développer. Ces agissements ne sont désormais plus uniquement envisagés par le juge en tant que processus interindividuels (victime et auteur), mais ils le sont également sous une forme plus collective, certaines organisations ou pratiques managériales pouvant être considérées comme constitutives de ce processus. Quant à la prise en compte des risques psychosociaux par le juge, en l'absence d'une législation spécifique, celui-ci sanctionne les défaillances de l'employeur dans la protection de la santé mentale et renforce les obligations de celui-ci.

L'employeur est en particulier soumis à une obligation de résultat en terme de sécurité au travail.

Enfin la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 vise à garantir aux salariés une articulation satisfaisante entre vie privée, familiale et vie professionnelle en instaurant un droit à la déconnexion (88).

b. Des pistes pour agir contre les RPS

Il n'existe malheureusement pas de solution « miracle » et universelle à la problématique des RPS, car comme sa définition le précise, les RPS dépendent d'une part subjective représentée par le ressenti de l'individu. Les RPS diffèrent également selon les ressources de l'individu et de son environnement de travail. A ce titre, on peut considérer que chaque problématique de RPS au sein d'une entreprise a ses voies d'amélioration qui lui seront propres. Cette approche dite « écologique » est complexe, et contraste avec une vision dichotomique que l'on peut résumer par : une solution pour un problème. Pour étayer ces propos, nous allons décrire 9 pistes pour agir contre les RPS.

Première piste : ne pas occulter ni minimiser l'existence des RPS

Tout d'abord, il faut désacraliser la notion des RPS au sein du monde du travail. Ces termes sont à la fois occultés et banalisés par les employeurs souvent par méconnaissance ou peur des potentielles conséquences. Mais pratiquer la politique de « l'autruche » ne permettra pas d'éviter les RPS et leurs conséquences. Bien au contraire, il vaut mieux anticiper le problème et en discuter tant que les conséquences pour les salariés et les coûts pour l'entreprise n'atteignent pas un point de non retour. Rappeler les définitions et enjeux auprès des principaux acteurs concernés semble un départ essentiel à toute action visant à lutter ou réduire les RPS. Il faut aussi rappeler à l'employeur son devoir ainsi que sa responsabilité quant à l'évaluation de l'ensemble des risques professionnels dont font partie les RPS, mais aussi d'établir des propositions pour réduire ou supprimer ces risques professionnels à l'aide du DUERP.

Plusieurs outils permettent également d'étayer ces propos et de renforcer la vigilance sur la sous-estimation des RPS. Nous pouvons citer par exemple les plaquettes d'information mises à disposition par l'INRS sur leur site internet (89) (Figure7). Certaines visent à dénoncer des idées reçues telle que la confusion fréquente entre le stress et la motivation. Le stress n'est pas une force de motivation et peut, au contraire lorsque qu'il est répété, avoir des impacts sur la santé. Certains employeurs pourront également défendre l'idée que si des conflits interpersonnels existent au sein de leur entreprise, c'est dû aux personnalités incompatibles de leurs salariés. Il est vrai que différents types de personnalité existent dans une même unité de travail mais c'est avant tout à l'entreprise de veiller à ce que les règles s'appliquent pour que chacun exerce ses missions dans le respect des uns et des autres. Il est aussi nécessaire d'investiguer le système managérial et organisationnel qui parfois peut être la source des conflits interpersonnels par manque de clarté ou d'arbitrage dans les missions de chacun voire par la présence d'un système de reconnaissance basée sur la compétition.



Figure 7 - Affiche n° A 787 de l'INRS sur les idées reçues et les RPS

Deuxième piste : développer l'autonomie

Une organisation trop restrictive avec de faibles marges de manœuvre dans la manière de réaliser ses missions va réduire l'intérêt et la qualité du travail de la part des salariés. Le manque d'autonomie peut priver une partie du savoir faire des salariés et tend à dévaloriser leurs compétences professionnelles. Pour palier à ce manque d'autonomie, il faut rendre acteurs de leur travail les salariés en leur présentant les objectifs attendus et en discutant avec eux de la manière de les réaliser. Il faut associer les salariés aux décisions qui impactent directement leur travail en évitant l'information uniquement « descendante ». Notamment lorsque les objectifs sont atteints, cette autonomie peut se traduire par la liberté de choisir l'ordre des tâches incombées ou de la prise des moments de pause.

Permettre la prise d'initiative de la part des salariés est un point important. Ces derniers sont souvent au premier plan pour identifier les dysfonctionnements et proposer des pistes d'amélioration. Il faut les encourager à remonter les informations sur les problèmes rencontrés et favoriser la recherche collective de solutions.

Le développement des compétences professionnelles participent à l'autonomisation des salariés. Il est important que les salariés aient le sentiment d'évoluer professionnellement au sein de leur entreprise et de rester à jour dans leurs compétences. Les formations de postures et de risques liés à l'activité professionnelle ou encore les formations sur le risque chimique et l'utilisation de produits ménagers sont des exemples que l'on peut citer pour les aides à domicile.

Par ailleurs, il faut rester vigilant et ne pas confondre autonomie et « débrouille ». Un manque d'objectif clairement identifié peut être générateur de stress.

Troisième piste : donner du sens au travail

Le sens du travail peut se définir comme « la perception qu'a l'individu à la fois de son travail et de son rapport à celui-ci. Le sens repose sur son vécu de l'expérience réelle du travail, sur l'interprétation qu'il en fait et de ses expériences passées » (90). Ainsi le sens que l'on donne à notre travail reflète notre perception sur l'utilité et la qualité de notre service rendu vis-à-vis de la société. Le sens du travail prend une dimension très importante dans les professions

médico sociales. Pour renforcer le sens au travail, l'employeur peut prendre le temps d'expliquer les tenants et les aboutissants des missions réalisées par les salariés. Par exemple, un manager peut expliquer le rôle clé des missions d'un salarié occupant un poste de surveillance qualité sur une ligne de production et que la validité finale du produit en dépend.

Certaines situations peuvent être délétère pour le sens au travail des salariés, notamment lorsque ces derniers se mettent dans une position de porte-à-faux vis-à-vis des clients : encouragement au mensonge, promesses commerciales irréalisables, etc.

Pour renforcer le sens au travail, il faut aussi que l'employeur donne les moyens de faire du travail de qualité en évaluant correctement la charge de travail et en anticipant les contraintes. Si nous prenons l'exemple des aides à domicile, un temps mal évalué pour réaliser la prestation chez le bénéficiaire va entraîner une contrainte temporelle chez l'aide à domicile qui va avoir le sentiment de bâcler son travail pour respecter son planning d'intervention.

Quatrième piste : évaluer la charge de travail

Pour évaluer correctement la charge de travail, il est important au préalable de définir précisément les missions et objectifs réels de chaque poste de travail. Pour se faire on peut s'appuyer sur la présence de fiches de poste qui reprennent de manière synthétique les tâches, le périmètre de responsabilité ainsi que les moyens pour les réaliser.

Mais malgré une définition précise du travail, ce dernier ne peut se résumer à la réalisation de tâches programmées ou à l'application de schémas organisationnels et au respect de consignes préétablies. De même, le temps nécessaire pour réaliser son travail n'est pas linéaire, il peut être par nature soumis selon l'activité à des temps d'accélération ou de ralentissement ou encore par des temps d'interruption inattendue. Cette différence entre le travail prescrit et le travail réel impose des ajustements en permanence et est déstabilisante pour les salariés. Il est nécessaire de prendre en compte ses aléas et d'apporter les ressources nécessaires pour les régler. Pour cela il est judicieux d'établir avec les salariés les solutions disponibles pour gérer ces aléas (priorisation de certaines tâches, réorganisation du temps de travail, etc.). On peut citer l'exemple d'une embauche faisant suite à un arrêt maladie. On ne pourra pas attendre d'un nouveau salarié le même niveau de performance et de rentabilité dès son arrivée que son prédécesseur alors qu'il n'est pas formé à son poste. Durant ce temps

de formation l'employeur doit donc adapter la charge de travail voire prioriser les tâches indispensables au nouvel employé.

Cinquième piste : proscrire toute forme de violence

Les violences internes au sein d'une entreprise peuvent être diverses (incivilités, insultes, rumeurs, agressions physiques, menaces, etc.) et souvent latentes jusqu'au bout jour où elles éclatent au grand jour. Certains procédés managériaux forment le lit de ces violences. Nous pouvons citer par exemple le fait d'établir des objectifs individuels plutôt que collectifs.

La culture du respect peut être mise en avant avec la présence d'affiches claires et précises des conduites attendues et acceptables. L'exemplarité de l'employeur au quotidien est une condition *sine qua none* pour rendre du crédit au respect des bonnes conduites. L'employeur ou les encadrants doivent rester vigilants à ne pas pratiquer un management inéquitable et favoriser certains salariés aux détriment d'autres.

La création de temps d'échanges dédiés aux retours d'expérience permet de partager sur les pratiques professionnelles des uns et des autres, sur d'éventuels malentendus et sur les difficultés rencontrées sans être à « chaud ». Permettre également des moments de convivialité autour d'un café ou lors d'évènements du calendrier par exemple renforce la cohésion et communication au sein des équipes.

Pour les nouveaux embauchés la mise en place d'un livret d'accueil ainsi qu'une procédure de présentation permettent de faciliter l'intégration de ces derniers au sein d'une équipe.

Concernant **les violences externes**, l'environnement joue un rôle important dans leur genèse. Un aménagement convenable des espaces d'accueil du public permet de réduire le passage à l'acte et les conséquences de violences externes : présence d'un sas de sécurité ou d'un bouton d'alerte, issues de secours différentes des lieux d'entrée, bon éclairage et lieux d'attente confortable. De même, certaines organisations ou attitudes favorisent la violence externe comme une attente trop longue, une qualité du service rendu fluctuante, l'impossibilité d'apporter de réponse ou encore considérer « le client comme étant roi ».

L'existence de protocole et la formation des salariés à la gestion des situations de violences externes permet d'anticiper la réponse apportée et évite une gestion improvisée qui n'est pas toujours la plus adaptée.

Enfin l'employeur joue un rôle important dans le soutien moral mais aussi dans l'appui des démarches juridiques nécessaires (dépôt de plainte) suite à une violence exercée sur un salarié. L'employeur ne doit pas tomber dans le piège de banaliser les actes agressifs mais il doit tenir compte de la réalité de l'agression.

Sixième piste : faire preuve de soutien

Le soutien de la part de l'employeur à ses salariés ou à ses équipes permet de lutter contre les situations conflictuelles voire stressantes et renforce l'adhésion et la confiance que les salariés placent au sein de leur entreprise. Ce soutien renvoie l'idée que l'employeur se soucie autant de ses salariés que de leur contribution à l'entreprise et donne une valeur plus humaine au travail. Pour illustrer cette notion de soutien, nous pouvons citer par exemple pour le métier d'aide à domicile l'existence de protocoles mis en place lorsque l'entourage d'un bénéficiaire est en désaccord avec les missions réalisées par l'aide à domicile. Cette dernière peut dans ce cas en informer sa direction qui fera un point auprès de l'entourage du bénéficiaire. Cet exemple pointe les limites de l'exercice du métier d'aide à domicile par la modalité de l'emploi direct. Dans ce cas précis, l'aide à domicile n'a pas d'encadrement vers qui se tourner en cas de litige avec une famille et est livrée à elle-même.

Septième piste : apporter de la reconnaissance au travail

Selon le professeur en management Jean Pierre Brun, la reconnaissance au travail peut se traduire par « la démonstration sans ambiguïté du fait que nos réalisations, nos pratiques de travail et notre personne sont appréciées à leur juste valeur » (91). Cette reconnaissance peut s'exprimer de manière matérielle (augmentation du salaire, création de primes, acquisitions de nouveaux outils et équipements) mais aussi de manière morale (remerciements et estime pour le service rendu). La reconnaissance pécuniaire est importante mais insuffisante à elle seule comme peut en témoigner la crise sanitaire liée à la Covid-19 : l'Etat a souhaité valoriser la mobilisation exceptionnelle du personnel hospitalier durant la première vague avec la création d'une prime spéciale « Covid ». Cette prime qui avait pour vocation à palier le manque de reconnaissance chez les professionnels hospitaliers n'a finalement pas répondu à la principale revendication du corps soignant portant sur l'augmentation de moyens humains.

Ce manque de reconnaissance a entraîné par la suite une vague de départ au sein des professions paramédicales.

Huitième piste : communiquer les changements

Les changements qui touchent à la fois l'organisation et la façon de travailler étaient déjà présents avant la crise sanitaire mais ils se sont exacerbés depuis, obligeant à s'adapter en permanence. Les changements lorsqu'ils sont trop fréquents, peuvent être délétères et entraîner un sentiment d'incompréhension voire d'insécurité chez les salariés. L'inconnu est une source d'anxiété importante surtout lorsqu'il touche la sphère professionnelle. Par exemple durant l'épidémie liée à la Covid-19, les écoles primaires et maternelles ont dû suivre des changements de protocoles imposés du jour au lendemain pour que l'accueil des enfants respecte les consignes sanitaires. Un jour la consigne donnée était de séparer les classes d'enfants en plusieurs groupes, puis quelques jours après la classe entière pouvait finalement assister en même temps aux enseignements. Idem pour la distance entre chaque élève, ils devaient respecter un premier périmètre, puis finalement une distance. Les protocoles sanitaires changeaient toutes les semaines ne laissant pas le temps aux équipes enseignantes d'intégrer et de mettre en place ces mesures.

Pour accompagner les changements lors de l'évolution d'un métier il est essentiel de communiquer suffisamment tôt pour laisser aux personnes concernées un temps de réflexion autour de ses changements. L'information doit être claire et précise et ne doit pas être une « demi-information » ne reflétant qu'une partie de la réalité à venir et encore moins représenter des promesses intenables. Il est également pertinent de former les salariés et de leur laisser un temps d'adaptation.

Neuvième piste : encourager la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle

Le travail représente une grande partie du temps hebdomadaire et certains métiers sont soumis par définition à des contraintes temporelles difficilement compatibles avec la vie familiale. Nous pouvons citer par exemple le travail posté en 3 fois 8 heures, le travail de nuit et les week-end pour les professionnels de santé ou la restauration avec des horaires coupés. Certaines contraintes intrinsèques au métier peuvent tout de même être atténuées lorsqu'il

Il y a une répartition équitable de ces temps de travail entre chaque salariés. De même, la programmation de réunion à la dernière minute pour le soir même ou le changement de planning de manière non anticipée et empiétant sur les congés vont favoriser la souffrance au travail et l'absentéisme.

Au-delà des horaires, il est important de rappeler la bonne utilisation de technologies nomades telles que les ordinateurs ou les téléphones portables afin que les impératifs professionnels n'empiètent pas sur la vie personnelle. A ce titre, l'article L2242-17 du code du travail nous rappelle qu'il est discuté dans la négociation annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail de « la mise en œuvre, à destination des salariés et du personnel d'encadrement et de direction, d'actions de formation et de sensibilisation à un usage raisonnable des outils numériques » (92).

Enfin certains salariés peuvent être réticents quant à la prise de congés annuels. Pourtant il est reconnu qu'un salarié reposé augmente sa productivité et réduit le présentéisme.

B. Le métier d'aide à domicile

1. Historique des services d'aide à domicile

Initialement, l'aide aux personnes âgées reposait sur le bénévolat et l'engagement religieux. Sous l'Ancien régime, l'édit de Moulins en 1556, institue l'assistance paroissiale qui deviendra communale après la Révolution, puis départementale à partir du début du XXème siècle (93).

L'espérance de vie de la population ne cessant de s'allonger depuis plus d'un siècle, et devant le désir affirmé d'une majorité de personnes âgées de pouvoir « vivre et mourir chez elles », les premiers services de maintien à domicile furent créés en 1955. Le travail était alors assuré par des bénévoles au sein d'association de type « Loi de 1901 ». Cette notion de maintien à domicile était déjà présente sous la plume de monsieur de Melun, en 1851, au nom de la Commission d'assistance publique : « lorsque avec un secours moindre qu'il recevrait à domicile, le vieillard ferait bénir sa présence au milieu de sa famille à qui il rendrait encore quelques services, il est enfermé loin du foyer domestique avec des hommes que leur âge, leurs infirmités rendent tristes et moroses comme lui (...) un secours distribué avec intelligence coûterait beaucoup moins cher que le séjour à l'hôpital » (94).

En 1962 un décret faisant suite au rapport Laroque a fait de l'aide à domicile une prestation sociale (95). Le financement est alors assuré par la caisse d'assurance vieillesse.

Le 8 mai 1981, un deuxième décret précise la définition et le rôle des services d'aide à domicile ainsi que leur mode de financement et d'intervention. Il sera par la suite confirmé par la circulaire dite « Franceschi » (96).

Pendant l'année 1988, on note la création de la première qualification : le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD). Cette formation est distillée au goutte à goutte puisque seulement 20% des salariés auront la reconnaissance de leur qualification au niveau des salaires. Pour les autres titulaires du CAFAD, elles resteront sur la grille des non qualifiés, ce qui n'incite pas les salariés à partir en formation (97).

La loi du 31 décembre 1991 impose un agrément d'Etat pour les services de placement des travailleurs auprès des personnes physiques afin de protéger les plus vulnérables et d'obtenir les allègements de charges sociales consenties par l'Etat (98). Ces services devaient obtenir

un agrément « simple » ou « qualité » dont la durée de validité est de 5 ans. C'est le préfet qui délivre ou retire l'agrément, le président du Conseil Départemental est lui aussi consulté pour l'avis de « qualité » (99). Une description plus détaillée sur ces agréments est disponible en annexe 1.

En 1997, une Prestation Spécifique Dépendance (PSD) a été mise en place pour les personnes de plus de 60 ans nécessitant d'être « aidées dans l'accomplissement des actes de la vie ou de bénéficier d'une surveillance régulière ». Elle sera remplacée par la loi du 20 juillet 2001 qui mettra en place l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (100). Celle-ci est versée selon une grille nationale d'évaluation d'autonomie : l'Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources (AGGIR). L'APA est gérée par le Conseil Départemental (anciennement nommé Conseil Général) et permet de rémunérer la ou les personnes intervenant à domicile, de financer les aides techniques et les adaptations de logement favorisant le maintien à domicile. Ainsi entre 2001 et 2010, avec la mise en place de l'APA et le temps de sa montée en charge, le nombre de mesures d'aides sociales des Conseils généraux à destination des personnes âgées dépendantes est passée de 370 000 à 1 350 000 environ. Entre 1999 et 2010, le nombre d'aide à domicile sur le territoire national est passé de 200 000 à plus de 500 000 (101). Parallèlement, les dépenses totales d'aides sociales à destination de ces personnes ont fortement augmenté : de 2,81 milliards d'euros de dépenses brutes en 2001 à 8,12 milliards en 2010, soit une augmentation de 150% en euros constants (102).

Le décret du 26 mars 2002 décrit la formation et le référentiel de l'activité de l'aide à domicile, aboutissant au Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) remplaçant ainsi le CAFAD. Le DEAVS regroupe ainsi les aides à domicile, les aides ménagères, les auxiliaires de vie, les auxiliaires familiales.

Concernant les personnes en situation de handicap, la loi du 11 février 2005 instaure la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et entre en vigueur le 1er janvier 2006 (103). La PCH est destinée, à terme, à succéder à l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). Alors que l'ACTP est une aide financière ne prenant en charge que le recours à une aide humaine, la PCH recouvre un champ d'action plus vaste, qui intègre l'aide humaine mais aussi d'autres aides telles que des aides techniques, des aménagements du logement, etc. L'aide humaine a pour objectif de fournir une surveillance régulière ou de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence : entretien personnel (toilette,

habillage, alimentation), déplacements intérieur ou extérieur au logement, participation à la vie sociale.

Le 27 juillet 2005 la loi Borloo étend les activités des services à la personne et englobe des prestations plus variées telles que la garde d'enfants de moins de 3 ans, l'assistance informatique ou la surveillance de domicile. Cette loi permet également de réduire le coût et de simplifier le recours de services à la personne en mettant l'accent sur la structuration de l'offre et le développement d'entreprises prestataires.

Le décret du 29 janvier 2016 (104) instaure le Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES) correspondant à un diplôme de niveau III (équivalent au pré-Bac). Il remplace et fusionne le DEAVS et le Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP), en plus d'englober la profession d'auxiliaire de vie qui n'avait jusqu'à présent aucun diplôme propre. Cette fusion de diplômes est censée apporter plus de simplicité et de lisibilité à un secteur souvent très fouillis en termes de certifications et de diplômes. Dans la pratique, beaucoup de personnes ayant des titres ou des diplômes délivrés par différents organismes et ministères permettent d'exécuter les mêmes tâches. Il y a également une volonté de rendre le professionnel du secteur plus polyvalent : cela afin de lutter contre l'usure professionnelle qui guette, en permettant de diversifier ses pratiques et les lieux possibles d'interventions. Cette polyvalence qui est recherchée reflète bien l'évolution et la complexification des prestations des services à la personne, notamment dans le cadre des maladies chroniques et du handicap mais également au regard de l'évolution des modes d'organisation des soins et de la prise en charge à domicile.

Une description plus exhaustive du DEAES est disponible en annexe 2.

2. Un mode d'exercice particulier

Les aides à domicile sont très majoritairement des femmes, qui rentrent fréquemment dans la profession sans diplôme et avec peu de formations. Selon le rapport de 2008 du Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale (CERC), plus de 50% des aides à domicile seraient non ou peu diplômées avec tout au plus un Brevet d'Etude de Premier Cycle (BEPC) contre 25% pour la population générale (105).

La plupart des aides à domicile travaillent à temps partiel et certaines cumulent parfois plusieurs employeurs. En effet, le mode rémunération varie selon 3 modalités qui peuvent être ou non associées :

- L'emploi gré à gré : le bénéficiaire est l'employeur direct de l'aide à domicile qu'il rémunère via des Chèques Emploi Service Universel (CESU) ou avec un salaire traditionnel.
- Le service mandataire : le bénéficiaire est mis en relation directement avec l'aide à domicile via une association. Cette dernière accompagne le bénéficiaire dans les démarches administrative lié à cet emploi. L'appartenance à une structure intermédiaire a quelques avantages, elle permet d'entrer en contact plus facilement avec les employeurs et assure un volume horaire de travail supérieur à celui espéré dans le mode d'emploi direct.
- Le service prestataire : l'aide à domicile est cette fois-ci employé par une association ou par la fonction publique qui, la plupart du temps, concerne la fonction publique territoriale via notamment le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou les Centres Intercommunal d'Action Sociale (CIAS). Il est établi un contrat de prestation avec le bénéficiaire.

Une récapitulatif des différentes modalités d'exercice du métier d'aide à domicile est présenté dans le Tableau 1.

Statut	Employeur	Modalités de rémunération	Contrat de travail	Durée de travail	Surveillance médicale
Emploi direct	Le particulier	Par le particulier sous la forme d'un salaire traditionnel ou de CESU	CDI ou CDD sauf si CESU inférieur à 8 heures hebdomadaires	Maximum : 48 heures en moyenne sur 12 semaines consécutives et 50 heures maximum sur 1 semaine	Dérogation spécifique depuis 2016 (article L. 4625-2)
Service mandataire	Le particulier	Le particulier : par convention avec l'association, cette dernière le met en relation avec l'aide à domicile, accompagne les démarches relatives à l'emploi, effectue des calculs liés au bulletin de salaire, fait éventuellement l'avance des salaires puis facture le tout	CDI ou CDD	Maximum : 48 heures en moyenne sur 12 semaines consécutives et 50 heures maximum sur 1 semaine	Dérogation spécifique depuis 2016 (article L. 4625-2)
Service prestataire privé	L'association	L'association + contrat de prestation conclu entre le particulier et l'association	CDI ou CDD	Maximum : 44 heures en moyenne sur 12 semaines consécutives et 48 heures maximum sur 1 semaine Minimum : 70 heures par mois ou 200 heures par trimestre	Obligatoire
Service prestataire public	Majoritairement le CCAS ou le CIAS	Traitement calculé en fonction du nombre d'heures travaillées	Agent stagiaire ou titulaire ou contractuel	Maximum : 44 heures en moyenne sur 12 semaines consécutives et 48 heures maximum sur 1 semaine	Obligatoire

Tableau 1 - Récapitulatif de la réglementation relative à l'emploi des aides à domicile

Le public concerne majoritairement des personnes âgées en situation de dépendance plus ou moins importante, mais il peut s'agir aussi de personnes en situation de handicap. Plus rarement cela peut concerner des adultes avec des incapacités temporaires liées à une pathologie aiguë ou sans problématique de dépendance mais dans le besoin de déléguer certaines tâches du quotidien (le ménage, le lessivage, le repassage, la garde d'enfant à son domicile).

3. Une différence entre le travail théorique et le travail réel

Les missions des aides à domicile sont très variées, parfois mal définies ou connues de la part des bénéficiaires. Ceci peut notamment favoriser une confusion avec la profession d'aide soignant. Ainsi selon un rapport de Rémy Marquier (106), 43% des aides à domicile du secteur privé ont rencontré des difficultés suite à une demande qu'ils considèrent en dehors de leurs attributions tels que des soins médicaux par exemple. Parmi ces demandes, on peut nommer les soins corporels comme la réfection de pansements, des soins de pédicurie, des injections sous-cutanées d'anticoagulants. Or, selon l'article L. 7231-1 du code du travail (107), les aides à domicile doivent « Assistance dans les actes quotidiens de la vie ou aide à l'insertion sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques qui ont besoin de telles prestations à domicile(...) à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux ». Pour clarifier ces propos, nous avons réalisé une synthèse des missions des aides à domicile réglementairement prescrites et prosrites.

a. Ce qui relève du métier d'aide à domicile

La liste des activités de services à la personne est définie par l'article D.7231-1 du code du travail (107). L'exercice de ces activités peut être soumis à l'obtention d'une déclaration ou d'un agrément auprès des services de l'Etat ou d'une autorisation auprès des conseils départementaux.

Effectuer les travaux d'entretien courant : laver la vaisselle, faire le lit, passer l'aspirateur, dépoussiérer les meubles, nettoyer les surfaces, ranger, nettoyer l'intérieur du réfrigérateur et des placards.

Entretenir le linge : laver et repasser le linge, le raccommoder, le porter à la blanchisserie ou à la laverie automatique.

Aider pour la prise de repas : les préparer et aider à manger, vérifier que la personne âgée dispose de denrées non périssables en quantité suffisante pour faire face à un éventuel imprévu.

Aider pour les courses : les courses sont faites à proximité du logement de la personne. Le poids à porter ne doit pas excéder 5 kg. Le montant nécessaire aux achats ne doit pas dépasser 30 euros et doit en principe être fourni par la personne aidée.

Aider à la toilette : les actes paramédicaux ne sont pas de la responsabilité de l'aide à domicile. Bien entendu, celle-ci peut apporter une aide à la toilette lorsque cette aide est assimilée à un acte de la vie quotidienne et qu'elle n'a pas fait l'objet de prescription médicale. Si la toilette ne peut avoir lieu qu'au lit ou au fauteuil, l'infirmier passera pour évaluer la situation au moins une fois par jour. L'aide à domicile surveille la prise de médicament à partir du pilulier préparé par l'infirmière ou le médecin. Elle veille aussi à l'habillement. Les soins nécessitant la possession d'un diplôme spécifique ne rentrent pas dans son champ de compétences : réfections de pansements, soins de pédicurie, injections de médicament, soins d'escarre, etc.

Aider dans les démarches administratives : les papiers administratifs, les demandes de remboursement de Sécurité sociale, les renseignements qui dépendent du centre d'action sociale sont du ressort de l'aide à domicile. Les tâches à caractère financier en revanche sont exclues.

L'occupation d'animaux de compagnie est réservée aux personnes dépendantes. Cette prestation recouvre les activités de préparation et mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade, accompagnement chez le vétérinaire. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

Favoriser les sorties : si l'état général de la personne est suffisamment bon pour sortir, l'aide à domicile l'accompagne. Le déplacement doit s'accomplir dans un périmètre raisonnable. Il peut s'agir de faire de petites courses, de se rendre chez le coiffeur, à un rendez-vous médical ou tout simplement de se promener.

Apporter un soutien psychologique : le monde se resserre peu à peu pour une personne âgée en perte d'autonomie. L'aide à domicile devient davantage qu'un soutien matériel. Elle représente une passerelle vers l'extérieur, un lien social régulier qui rythme la vie de la personne, voire une présence affective. Cette dernière dimension peut même être exacerbée en cas d'isolement. L'aide à domicile doit établir une relation de confiance, créer un climat de

respect mutuel mais veillera à respecter la "juste" distance dans la relation aidant/aidé, preuve de son professionnalisme.

Apporter une aide à l'autonomie : aider n'est pas faire à la place, se substituer accroît la « dépendance ». L'aide à domicile doit au contraire encourager la personne aidée à accomplir par elle-même ce qu'elle peut encore accomplir. L'objectif est de maintenir l'autonomie restante. A titre d'exemple : l'aide à domicile ne changera pas un bibelot de place sous prétexte que cette dernière le trouve mieux disposé sur la cheminée que sur la commode ; de même si la personne aidée souhaite enfiler elle-même son vêtement, l'aide à domicile ne doit pas le faire à sa place même si elle estime que ça permet de gagner du temps.

L'aide à domicile doit rester vigilante et signaler à son supérieur hiérarchique tout changement survenu concernant la personne aidée sur le plan physique, psychologique ou dans son environnement social et matériel. Porter attention à tout changement entre dans le cadre d'une démarche préventive.

b. Ce qui ne relève pas du métier d'aide à domicile

Les démarches financières ou qui engagent le patrimoine de la personne : en dehors des petites sommes destinées aux courses, l'aide à domicile ne doit en aucun cas se livrer à des opérations bancaires. Elle ne doit pas non plus accepter de procuration, sauf dans des occasions exceptionnelles et avec l'accord du responsable de l'association ou du centre d'action sociale. L'aide à domicile ne doit en aucun cas se servir de la carte bancaire de la personne aidée, ni aider celle-ci à s'en servir.

Posséder un double des clés de l'appartement de la personne aidée : là encore, la règle souffre des exceptions. L'aide à domicile peut, dans des situations exceptionnelles et avec l'accord de ses supérieurs hiérarchiques posséder un double des clés du logement d'une personne incapable de se déplacer par exemple. En règle générale, l'aide à domicile doit éviter de rapporter ces clés à son propre domicile mais les déposer le soir au siège de l'association où elle travaille, ce qui en pratique est difficile à réaliser.

Préparer un pilulier : cette tâche n'est pas du ressort de l'aide à domicile, de même qu'elle ne peut pas donner de médicaments en suivant les indications de l'ordonnance. C'est l'infirmière à domicile, le pharmacien, le médecin qui sont habilités à réaliser cet acte.

Poser des bandes de contention : c'est un acte que l'infirmière ou l'aide-soignante assurent quand il y a un service de soins infirmiers qui intervient au domicile.

Une seconde problématique peut interférer dans le travail de l'aide à domicile : la différence entre le travail prescrit et le travail réel. Le travail prescrit correspond à « ce qui est attendu du travailleur et formalisé dans des procédures, des directives, des marches à suivre, des codes, des programmes, etc. » (108) (Figure 8). Il est établi par les responsables de secteurs. Tandis que le travail réel correspond à la demande du bénéficiaire et de son entourage, parfois différente de la demande initiale, auxquelles s'ajoute les contraintes liées aux aléas du quotidien. A titre d'exemple, le temps pour réaliser une prestation chez un bénéficiaire peut être rallongé par un temps de trajet plus long qu'initialement estimé suite à des embouteillages ou suite à un problème technique de véhicule. Ce décalage entre le travail prescrit et le travail réel va avoir plusieurs conséquences : il va majorer l'intensité de travail de l'aide à domicile qui va devoir rattraper le « temps perdu », il peut entraîner un conflit de valeurs chez l'aide à domicile du fait de la réalisation d'une prestation « bâclée » et enfin il peut favoriser l'apparition de TMS (109).

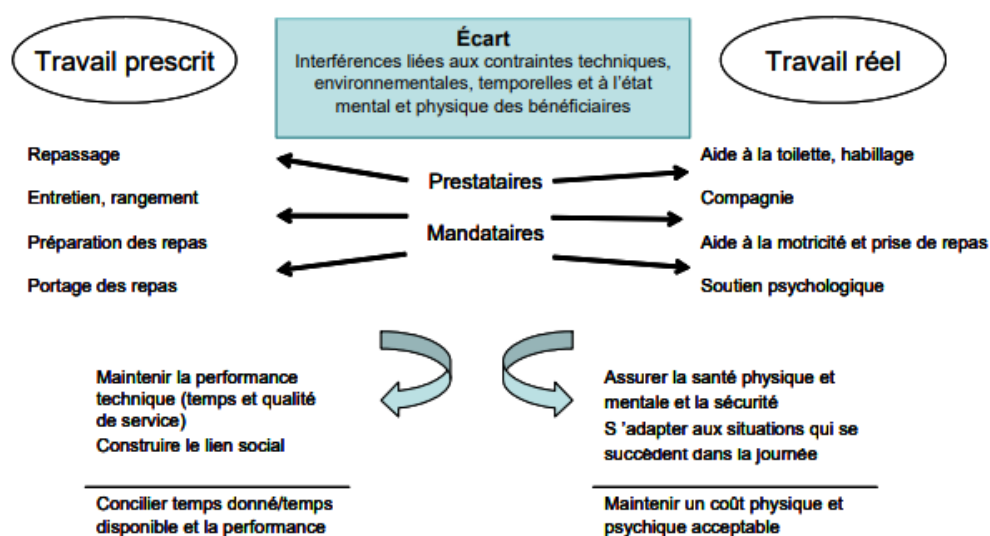


Figure 8 - L'écart entre le travail prescrit et le travail réel chez les aides à domicile

4. Des risques spécifiques

Du fait de leurs missions polyvalentes, les professionnels de l'aide à domicile sont exposés à différents dangers (110). Ces dangers peuvent, si ils ne sont pas anticipés et mal évalués, entraîner des risques.

Des risques routiers liés aux fréquents déplacements professionnels, notamment d'un domicile à l'autre. A titre d'exemple, selon la base de données d'Etude de Prévention par l'Information des Comptes rEndus d'Accidents (EPICEA) on dénombrerait entre 1990 et 2010 une vingtaine de décès pour les aides à domicile du régime général en lien avec le risque routier (111). Cette base de donnée anonyme répertorie de manière non exhaustive plus de 19 000 accidents du travail survenus à des salariés affiliés au régime général de la Sécurité sociale.

Des risques infectieux par contact avec des personnes malades, du linge ou des objets souillés. La crise sanitaire liée à la Covid-19 a souligné l'importance, mais aussi le manque de reconnaissance que connaît la profession d'aide à domicile. Pour rappel, cette profession a fait parti des activités essentielles durant le premier confinement malgré l'arrêt de nombreux secteurs médico-sociaux. Les aides à domicile furent en première ligne face à des personnes vulnérables ou bien susceptibles d'être infectées par la Covid-19, et ceci malgré le constat d'un important manque d'Équipement de Protection Individuel (EPI) notamment pour ce qui relève des tenues de protection contre les gouttelettes respiratoires. Un certain nombre d'aides à domicile sont intervenues chez des bénéficiaires avec le risque de transmettre ou de se faire contaminer par la Covid-19 comme nous le montre le reportage de France 24 du 18 juin 2020 intitulé « Aides à domicile, les invisibles de la crise Covid-19 ».

Le risque électrique avec des installations et des appareils vétustes : aspirateurs, plaques de cuisson, fer à repasser. Ces risques sont liés à l'utilisation d'équipements de travail et d'équipements électroménagers.

Des risques chimiques liés aux produits d'entretien pour le nettoyage : des produits nocifs tels que les vapeurs de solvant organique, des produits irritants comme les détergents, des produits corrosifs comme l'hydroxyde de sodium ou encore des produits inflammables.

Des risques de TMS : ils peuvent être liés aux gestes répétitifs (balayage, repassage), aux manutentions de charges lourdes (leviers et couchers des bénéficiaires, déplacement de mobilier) et aux postures contraignantes (accroupi, bras en l'air) (112). La survenue de TMS peut dans certains cas, remettre en question l'aptitude de l'aide à domicile tant son métier nécessite des efforts physiques. Ceci va poser le problème fréquemment rencontré en médecine du travail, à savoir comment reclasser un salarié avec des pathologies musculo-squelettiques importantes, qui ne possède peu voire pas de qualification et qui se situe souvent à plusieurs années des droits à la retraite. La survenue des TMS est aussi favorisée par les RPS.

C. Les RPS chez les aides à domicile

1. Les RPS au sein du métier d'aide à domicile

Si le travail est passionnant et prend tout son sens avec la relation auprès des bénéficiaires, les aides à domicile sont cependant régulièrement confrontées aux 6 dimensions mises en avant dans le rapport Gollac (4).

L'intensité et le temps de travail

Leur travail fait l'objet d'une rationalisation en prenant la forme d'une pression temporelle : les volumes d'intervention au domicile sont minutés. Cette rigidité des horaires d'intervention accentue alors fortement la charge mentale. L'aide à domicile doit travailler intensément et parfois prendre sur son temps personnel pour répondre aux demandes des personnes aidées. Pour respecter le planning assez serré, les aides à domicile doivent enchaîner les interventions, ce qui laisse peu de marge de manœuvre pour gérer les imprévus au domicile des personnes aidées et les éventuels problèmes liés au trajet par exemple. Dans certains secteurs, les volumes d'intervention au domicile sont minutés, à l'aide d'une application sur un téléphone professionnel disposant d'un système d'alarme. Cette alarme sonne quelques minutes avant la fin d'intervention, entraînant ainsi une pression temporelle importante parfois au détriment de la qualité de l'intervention (113).

Enfin, rappelons que les interventions sont très souvent discontinues avec une forte activité en début et fin de journée, le week-end et jours fériés ce qui peut entraîner un obstacle pour favoriser l'épanouissement de la vie privée sociale et familiale (114).

Les exigences émotionnelles

Les aides à domicile sont très souvent témoins de situation émotionnellement difficiles : l'isolement voire la précarité sociale, la réalisation d'interventions dans des milieux insalubres et/ou exigus, l'exposition à des violences physiques et/ou verbales de la part des bénéficiaires mais aussi de leur famille, la prise en charge de bénéficiaires avec des troubles cognitifs ou en fin de vie. Toutes ces situations demandent beaucoup d'énergies émotionnelles et peuvent entraîner une charge mentale lourde.

L'autonomie au travail

Si les aides à domicile sont relativement autonomes concernant les moyens et méthodes utilisés pour réaliser leurs missions chez les bénéficiaires, elles disposent cependant d'une marge de manœuvre très limitée par rapport au temps à y consacrer.

De plus, une partie non négligeable des aides à domicile ne possède ni de formation ni de diplôme surtout dans la catégorie des emplois directs. Or selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistique (DREES) de 2008, l'absence de diplômes et de formations est associée de manière significative à un job strain plus élevé chez les aides à domicile du secteur privé (101).

Dans certains départements, le tarif de l'aide à domicile est fixe et unique quel que soit le niveau de qualification du personnel, n'encourageant donc pas la réalisation de formations.

L'utilisation et le développement des compétences restent faibles voire inexistants notamment pour les emplois directs. Il existe bien des formations concernant le risque chimique ou encore la prévention liée aux postures, mais ces dernières sont souvent réservées aux aides à domicile prestataires.

Les rapport sociaux au travail

La charge mentale des aides à domicile est d'autant plus difficile à supporter que le travail se fait presque exclusivement de façon solitaire. Il arrive de temps en temps que leurs interventions soient partagées avec d'autres travailleurs qui réalisent des soins auprès du bénéficiaire mais cela reste marginal. Dans le rapport de la DREES, près de la moitié des aides à domicile déclarent ne pas avoir de contact avec d'autres intervenants (101).

La reconnaissance financière dans leur travail est assez limitée, et les trajets ne sont pas toujours comptabilisés dans leur prestation. En effet les frais kilométriques peuvent être en partie à la charge de l'aide à domicile qui ne dispose pas toujours d'un véhicule de service.

La présence de conflits de valeurs

Tout comme le milieu médical et paramédical, la profession d'aide à domicile prend tout son sens dans la relation auprès des bénéficiaires. La dimension relationnelle est fondamentale

mais elle peut être impactée par l'intensité du travail. A titre d'exemple, nous pouvons citer une aide à domicile qui par manque de temps ou de moyens, se voit raccourcir son intervention et se focalise uniquement sur les tâches ménagères au détriment de l'échange relationnel. Cela va tendre à déshumaniser un travail qui, par définition, doit être axé sur l'humain.

L'insécurité de la situation de travail

Selon une étude de Delphine Clozel en 2008 (115), le marché du travail de l'aide à domicile est caractérisé par un nombre important d'offres d'emplois notamment pour le mode direct qui ne transitent pas par Pôle emploi. Ces difficultés de recrutement sont dues en grande partie au manque d'attractivité de ce métier, relié à une faible qualité de l'emploi : contrats de travail majoritairement à temps partiel, revenu horaire proche du Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC).

De plus, les aides à domicile en emploi direct peuvent se voir du jour au lendemain, perdre un bénéficiaire surtout si elles prennent en charge des personnes en fin de vie, et avoir par la même occasion leurs nombres d'heures rabotées.

Enfin, bien que le fait d'être salarié en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) dans une association ou bien être titulaire de la fonction publique garantissent une relative sécurité d'emploi, cela n'empêche pas la survenue soudaine de pathologies invalidantes sur le plan locomoteur, mettant fin à leur activité professionnelle d'aide à domicile.

2. La FPT79, quelle influence sur les RPS des aides à domicile ?

La fonction publique territoriale s'est structurée à la suite du mouvement de décentralisation des années 1980. La loi du 26 janvier 1984 pose les principes généraux définissant le cadre d'action et d'organisation de cette fonction publique (116). Depuis les années 2010, les promulgations successives de l'article 21 de la loi n° 2010-1563 et de la loi n° 2015-292 respectivement (117), ont eu pour vocation de faciliter la création de communes nouvelles en instaurant un pacte financier garantissant ainsi des dotations de l'État aux communes. Les conséquences de ces rattachements de « petites communes » à de plus grosses

collectivités ont été nombreuses avec notamment la création de nouveaux services mais également la fusion voire la disparition de certains services territoriaux.

Le département des Deux-Sèvres ne fait pas exception à cette évolution. Bien au contraire, sa démographie très rurale est propice aux regroupements de petites collectivités (Annexe 3). Ces changements parfois radicaux, et plus ou moins « imposés » aux aides à domicile territoriales, ont contribué à l'émergence de RPS. En effet les interventions, les collègues de travail et les lieux d'exercice ont pu sensiblement changer « du jour au lendemain » entraînant une perte de repères. Certains bénéficiaires ou acquis ont pu disparaître tandis que certaines contraintes sont venues s'ajouter à leur profession : nous pouvons prendre l'exemple d'une aide à domicile employée au sein d'un CCAS et qui, suite à un rattachement au CIAS, a vu son périmètre d'intervention s'agrandir.

De plus, le département rural des Deux-Sèvres entraîne parfois des interventions au sein de domiciles difficilement accessibles ou localisables. Certains bénéficiaires, isolés et éloignés des structures de soins, vivent parfois dans des conditions sociales précaires, induisant une charge mentale importante pour les aides à domicile.

Par ailleurs, il existe également une différence vis-à-vis du public concerné par les interventions comparé au secteur privé. En effet les aides à domicile de la FPT79 étant rattachées aux CCAS et CIAS, elles prennent essentiellement en charge des personnes bénéficiant de l'APA ou de la PCH, qui sont par définition en situation de handicap ou de dépendance. Alors que dans le secteur privé, le public peut aussi concerner des enfants en bonne santé dont les parents n'ont pas le temps de garder, ou des adultes ayant besoin de déléguer des tâches ménagères. Contrairement aux emplois directs, les aides à domicile territoriales ne choisissent pas leur interventions, notamment en cas de situations complexes ou en cas de conflit avec les bénéficiaires et/ou leurs familles.

Enfin, tous les fonctionnaires territoriaux sont soumis à un renouvellement cyclique de leurs responsables hiérarchiques au rythme des élections municipales. Ces changements demandent une adaptation constante aux politiques mises en place par les équipes municipales.

En somme, cette première partie montre que les RPS sont enclin à toucher les aides à domicile. Ces dernières sont confrontées à de nombreux facteurs de stress : une intensité de travail

importante, des contraintes temporelles et physiques, une ambiguïté dans leur statut et dans leurs missions, une confrontation à la précarité mais aussi à la maladie et à la mort. Et tout cela dans un contexte de contrôle et d'exigences croissantes en termes d'efficacité et de qualité. La spécificité de la FPT79 nous invite à penser que les aides à domicile perçoivent des contraintes psychosociales dans l'exercice de leurs missions. C'est pourquoi nous nous sommes attachés à l'évaluer.

❖ OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

A. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la perception des contraintes psychosociales et organisationnelles, ainsi que leurs impacts sur l'absentéisme dans la population des aides à domicile travaillant dans la FPT79.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude consistaient à :

- Evaluer l'importance de la proportion des contraintes psychosociales et organisationnelles perçues par la population des aides à domicile de la FPT79.
- Déterminer les facteurs professionnels associés à la perception des contraintes psychosociales et organisationnelles dans la population d'aides à domicile de la FPT79.
- Evaluer les conséquences du ressenti de contraintes psychosociales et organisationnelles sur l'absentéisme au travail des aides à domicile de la FPT79.

❖ MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive entre les mois de février 2020 et d'août 2020 chez les aides à domicile appartenant à la FPT79.

A. Population étudiée

La population étudiée représentait tous les agents au statut d'aide à domicile et d'auxiliaire de vie de la fonction publique territoriale des Deux Sèvre soit 522 agents.

N'ont pas été inclus les agents au statut d'auxiliaire de soins (aide-soignant) et les 20 aides à domicile appartenant au Centre Communal d'Action Social Niortais (CCASN) en l'absence de réponse de leur représentant quant à la participation à cette enquête. Enfin, les 32 agents ayant moins de 1 an d'ancienneté en tant qu'aide à domicile n'ont pas été inclus.

Les questionnaires de Karasek ou de Siegrist remplis de manière incomplète ou les questionnaires dont le recueil n'avait pas pu répondre aux conditions de confidentialité ont été exclus.

Ainsi au total, 470 agents étaient éligibles pour ce travail de recherche. Ils étaient répartis au sein de 8 structures de la manière suivante :

- Le Centre Intercommunal d'Action Sociale de Mauzé-sur-le-Mignon (CIASMM) avec 14 agents.
- La Communauté de Communes Val-de-Gâtine (CCVG) avec 33 agents.
- Le Centre Intercommunal d'Action Sociale Airvaudais-Val du Thouet (CIASAVT) avec 29 agents.
- Le Centre Intercommunal d'Action Sociale de la Communauté d'Agglomérations du Bocage Bressuirais (CIASCABB) avec 85 agents.
- Le Centre Intercommunal d'Action Sociale du Haut Val de Sèvre (CIASHVS) avec 7 agents.
- Le Centre Intercommunal d'Action Sociale du Mellois en Poitou (CIASMP) avec 121 agents.

- Le Centre Intercommunal d'Action Sociale de Parthenay-Gâtine (CIASPG) avec 99 agents.
- Le Centre Intercommunal d'Action Sociale du Thouarsais (CIAST) avec 82 agents.

B. Préparation de l'étude

En premier lieu, le directeur du Centre de Gestion des Deux-Sèvres (CDG79), Monsieur Devendeville s'est montré favorable pour que le service de médecine et prévention du CDG79 soit à l'initiative de cette étude et prenne en charge le coût financier d'impression des questionnaires ainsi que les coûts postaux liés aux renvois de questionnaires.

Durant le mois de septembre 2019, les membres du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) du CDG79 réunis en commission ont été informés quant à la réalisation de cette enquête.

Suite à cette commission, les élus ainsi que les responsables des centres concernés par l'étude ont reçu une lettre résumant les modalités de ce travail de recherche signée de la part du médecin de prévention du CDG79 le Docteur Giraud (Annexe 4).

Enfin, les agents au statut d'aide à domicile ou d'auxiliaire de vie de la FPT79 ont été informés de la réalisation de cette étude par leurs responsables de centre et se sont vus remettre le questionnaire pendant le mois de février 2020.

C. Modalités de l'étude

L'étude consistait à évaluer la perception des contraintes psychosociales et organisationnelles des agents concernés via un auto questionnaire anonyme.

Le CDG79 a financé l'impression des questionnaires ainsi que l'achat des enveloppes timbrées nécessaires aux retours des questionnaires pendant le mois de janvier 2020. Ces enveloppes étaient adressées au CDG79.

Durant le mois de février 2020 le service de médecine de prévention a distribué 470 questionnaires et enveloppes au sein des différents établissements concernés par l'enquête.

Chaque agent concerné par l'enquête s'est vu remettre par leur responsable de centre un questionnaire accompagné d'une enveloppe timbrée durant le mois de février 2020. Une note explicative portant sur les modalités de participation de ce travail de recherche était également jointe au questionnaire.

Cette modalité de réponse par voie postale garantissait aux agents à ce que l'analyse des questionnaires soit réalisée de manière anonyme vis-à-vis de leur employeur. La durée de validité des enveloppes était initialement de 3 mois. En raison de la crise sanitaire, cette période de 3 mois a été renouvelée une fois portant ainsi jusqu'au mois de juillet 2020 la validité des retours postaux.

Le CDG79 a réceptionné 194 retours de questionnaire entre les mois de février 2020 et de juillet 2020. 6 autres questionnaires ont été récupérés dans un second temps pendant le mois d'août 2020 à l'occasion d'une visite à la médecine préventive pour un autre motif. Le nombre total de retour de questionnaire étaient donc de 200.

D. Outil de recueil

Nous avons élaboré un auto-questionnaire (Annexe 5) à partir de recherches bibliographiques internationales et françaises s'intéressant aux risques psychosociaux dans le monde médico-social et plus particulièrement chez les aides à domicile. Ce questionnaire était basé sur des échelles de mesures validées par la communauté scientifique comme les questionnaires de Karasek et de Siegrist.

Pour le questionnaire de Karasek, une autorisation d'utilisation auprès des auteurs a été effectuée sur le site www.jcgccenter.org. Il n'y avait aucun droit d'auteur à honorer étant donné que notre étude était à visée expérimentale et ne comportait pas plus de 750 passations. Le questionnaire de Siegrist était quant à lui libre d'accès et ne requérait pas de demande d'autorisation dans un cadre de recherche.

Notre auto-questionnaire a été préalablement testé sur cinq agents de la FPT79 n'appartenant à pas la population d'étude, afin de s'assurer de sa compréhension et d'évaluer sa durée de passation. Le temps moyen de passation était estimé à environ 20 minutes.

Les données étudiées dans ce questionnaire étaient réparties en quatre parties.

1. Les données sociodémographiques et les facteurs professionnels

La première partie explorait en premier lieu les données sociodémographiques comme le sexe, la tranche d'âge, la localisation géographique de leur emploi. Nous n'avions pas souhaité demander l'âge exact des répondants pour renforcer l'anonymat des petites structures où peu d'agents exerçaient.

Cette partie s'intéressait également aux facteurs professionnels et organisationnels. Ces facteurs ont été choisis en concertation avec les différents intervenants de l'équipe de médecine préventive du CDG79. Dans le cadre de leur missions de suivi, ces derniers côtoyaient régulièrement les aides à domicile de la FPT79 et possédaient une grande connaissance sur le ressenti et sur les difficultés rencontrées au quotidien chez ces agents. Il était ainsi demandé :

L'ancienneté en tant qu'aide à domicile de la fonction publique en années.

Le nombre d'heures mentionnées sur leur contrat de travail permettait de distinguer les agents en deux catégories : ceux cotisant à l'Institution de Retraite Complémentaire des Agents non Titulaires de l'État et des Collectivités publiques (IRCANTEC) avec un contrat de travail inférieur à 28 heures hebdomadaires. Et ceux cotisant à la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Territoriales (CNRACL) avec un contrat de travail supérieur ou égal à 28 heures hebdomadaires.

Le fait d'**exercer ou non le métier d'aide à domicile en dehors de leur mission** d'agent public, et si oui dans quelle modalité.

La contrainte de travailler pendant des **horaires atypiques** tels que la nuit et ou les week-ends.

La quantité réelle de temps de travail réalisée durant le mois précédent. Cela nous permettait d'évaluer l'importance des heures supplémentaires.

La distance hebdomadaire parcourue par tranche de kilomètres. Ce paramètre permettait de prendre en compte le risque routier.

Le type de véhicule utilisé pour effectuer les déplacements : sa voiture personnelle avec ou sans indemnité kilométrique, une voiture de service voire plusieurs réponses simultanées.

Le fait d'intervenir auprès d'un **public** jeune en situation de handicap, ou plutôt vers une population de personnes âgées voire les deux.

L'impression de **bénéficier d'un équipement adapté** aux missions d'aide à domicile ainsi que la possibilité de **bénéficier de formations professionnelles**.

L'exposition à des **violences verbales/physiques et/ou à des gestes à connotation sexuelle déplacés**.

La fréquence de certaines tâches dans leurs missions d'aide à domicile avec une échelle à 4 niveaux : jamais, parfois (pas tous les jours), souvent (tous les jours mais moins de la moitié de mon temps de travail) et enfin très souvent (tous les jours et plus de la moitié de mon temps de travail). Ces tâches pouvaient concerner le ménage courant, la toilette de bénéficiaires peu ou hautement dépendants, la garde d'enfants, l'intervention dans des milieux insalubres ou exigus, l'intervention auprès de bénéficiaire en fin de vie, effectuer des

activités annexes (courses, service de repas, aide administrative, accompagnement en sortie), et enfin effectuer des interventions partagées avec d'autres professionnels de santé. Parmi ces missions, certaines étaient vécues avec un degré important de pénibilité. Ainsi selon deux études de la DREES (101, 118), les interventions en milieu insalubre et/ou exigus, le temps de travail hebdomadaire supérieur à 28 heures et la réalisation d'interventions auprès de personnes en fin de vie ou très dépendantes avaient un degré important de pénibilité. Cette pénibilité prenant en compte trois dimensions : la nature du travail exercé (efforts physiques et postures), la dimension liée à l'environnement du travail et enfin l'état de santé de la personne aidée. Lors de l'analyse statistique univariée, les réponses ont été regroupées en 2 niveaux : tous les jours et pas tous les jours.

2. L'absentéisme

La deuxième partie du questionnaire explorait l'absentéisme en comptabilisant les arrêts supérieurs à 7 jours consécutifs sur les 12 mois précédents. Ce critère de 7 jours ou plus a été défini en s'inspirant de l'étude dirigée par Isabelle Niedhammer en 2013 (72) portant sur le lien entre l'absentéisme et les RPS. En plus de la durée de l'arrêt, la nature de celui-ci était demandée avec 3 réponses possibles : un accident de service ou une maladie professionnelle, un arrêt en lien avec le travail (exemple d'une douleur survenue suite à une manutention au travail), et enfin un arrêt sans lien avec le travail.

3. Le questionnaire de Karasek

La troisième partie était constituée de la version française à 18 items du questionnaire de Karasek en nous basant sur l'étude réalisée dans les Pays de la Loire en 2002 (119). Ce questionnaire comportait deux dimensions :

- **La demande psychologique** encore appelée la charge psychologique du travail. Cette dimension prenait en compte des paramètres tels que la quantité de travail, les contraintes de temps, les demandes contradictoires ou les interruptions fréquentes.
- **La latitude décisionnelle** qui prenait en compte à la fois l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences. L'autonomie décisionnelle se définissait par la possibilité

de choisir sa façon de travailler, de participer aux décisions qui s'y rattachent. L'utilisation des compétences était quant à elle représentée par la possibilité d'utiliser ses propres compétences et d'en développer de nouvelles.

Pour chaque item on utilisait une échelle de réponse de « Likert » en 4 points : pas du tout d'accord : 1 point, pas d'accord : 2 points, d'accord : 3 points, tout à fait d'accord : 4 points.

Dans la version utilisée à 18 items la demande psychologique se décomposait en 3 sous axes :

- La quantité et rapidité de travail : items 10, 12 et 13.
- La complexité et l'intensité de travail : items 11, 14 et 15.
- Le morcellement et la prévisibilité du travail : items 16, 17 et 18.

On évaluait la demande psychologique par un score selon la formule suivante : $Q10 + Q11 + Q12 + (5 - Q13) + Q14 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$.

La deuxième dimension représentée par la latitude décisionnelle regroupait elle aussi 3 sous axes :

- La marge de manœuvre : items 4, 6 et 8.
- L'utilisation actuelle des compétences : items 2, 5 et 7.
- Le développement des compétences : items 1, 3 et 9.

La latitude décisionnelle était évaluée à l'aide du calcul suivant : $2 \times [Q1 + (5 - Q2) + Q3 + Q5 + Q7 + Q9] + 4 \times [Q4 + (5 - Q6) + Q8]$.

La combinaison d'une faible latitude décisionnelle (score inférieur à la médiane du score observée dans l'échantillon) et d'une forte demande psychologique (score supérieur à la médiane de l'échantillon) est la situation de travail exposant le plus au stress, aussi nommée travail tendu ou encore job strain.

4. Le questionnaire de Siegrist

La quatrième et dernière partie du questionnaire était constituée de la version française à 17 items du questionnaire de Siegrist. Cette version correspondait à la version décrite par Isabelle Niedhammer en 2000 qui portait sur les caractéristiques psychométriques de la version française du questionnaire de Siegrist (120). On souhaitait utiliser le questionnaire de Siegrist

conjointement avec le questionnaire de Karasek car il permettait d'explorer deux autres dimensions : **les efforts extrinsèques et les récompenses**.

Une situation de travail caractérisée par la combinaison d'efforts extrinsèques élevés et de faibles récompenses était susceptible d'entraîner des réactions pathologiques au plan émotionnel et physiologique (27).

Pour les items 1 à 6 et 10 à 13, 5 réponses étaient proposées : pas d'accord = 1 point, d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e) = 2 points, d'accord et je suis un peu perturbé(e) = 3 points, d'accord et je suis perturbé(e) = 4 points, d'accord et je suis très perturbé(e) = 5 points.

Pour les items 7 à 9 et 14 à 17, les 5 réponses étaient inversées : d'accord = 1 point, pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e) = 2 points, pas d'accord et je suis un peu perturbé(e) = 3 points, pas d'accord et je suis perturbé(e) = 4 points, pas d'accord et je suis très perturbé(e) = 5 points.

Dans la version utilisée le score des efforts extrinsèques était obtenu par les items 1 à 6 selon le calcul suivant : $Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6$. Ce score variait entre 6 et 30.

L'échelle des récompenses était évaluée à l'aide des items 7 à 17 selon la formule suivante : $Q7 + Q8 + Q9 + Q10 + Q11 + Q12 + Q13 + Q14 + Q15 + Q16 + Q17$. Ce score variait de 11 à 55 (11 correspondait à de très fortes récompenses, 55 correspondait à de très faibles récompenses).

Plus le score des efforts extrinsèques était élevé plus les efforts extrinsèques sont forts. Plus le score des récompenses était élevé, plus les récompenses sont faibles. Donc plus les scores étaient élevés, plus les efforts étaient élevés et les récompenses faibles.

Une fois les deux dimensions obtenues, on pouvait calculer le rapport efforts/récompenses par la formule suivante : $R = 11/6 \times (\text{Score des efforts extrinsèques}/66 - \text{Score des récompenses})$.

Un ratio de 1 signifiait un équilibre entre les efforts et les récompenses. Par contre, un rapport supérieur à 1 indiquait un déséquilibre entre les efforts extrinsèques élevés et des récompenses faibles, puisque le poids des efforts fournis était plus élevé que celui des récompenses perçues.

E. Analyses statistiques

L'analyse descriptive a été réalisée à partir des logiciels Excel et Pvalue.io. Il a été réalisé une analyse descriptive de l'échantillon, effectuée par simple dénombrement ou calcul des moyennes, des médianes et des écarts-types. Les comparaisons des fréquences ont été faites à l'aide du test du chi-2 de Pearson, ou chi-2 de Yates selon les effectifs théoriques. Les comparaisons des moyennes ont été réalisées grâce au test U de Mann-Whitney. Le seuil de significativité retenu était de 5 %.

F. Considérations éthiques

Le respect de l'anonymat était une condition essentielle pour la réalisation de cette étude. C'est pourquoi nous avons mis en place un retour des questionnaires par voie postale et sous pli confidentiel à l'adresse du CDG79 afin de limiter l'appréhension de participation. De plus aucune question ne permettait l'identification des agents. Pour renforcer cet anonymat notamment dans les structures à petit effectif, certaines réponses comme l'âge étaient évaluées par tranche. Les salariés étaient informés de leur droit de ne pas participer à l'enquête et que cette non participation n'avait pas de conséquence sur leur vie professionnelle ou sur le suivi dont ils bénéficiaient par le service de santé au travail. En dehors des questionnaires de Karasek et de Siegrist, aucune réponse n'avait été rendue obligatoire afin de respecter l'autonomie de réponse des salariés. Cela permettait d'autoriser une non-réponse sur des questions pouvant être perçues comme intrusives (âge, nombre et nature des arrêts maladie lors des douze mois précédents).

A. Analyse descriptive

1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée

La population d'étude de notre enquête était constituée de 470 aides à domicile de la FPT79 réparties dans 8 structures. Sur ces 470 agents éligibles, nous avons obtenu 200 réponses ce qui représentait un taux de participation 42,5% de la population initiale. L'analyse des données avait entraîné l'exclusion de 22 agents pour qui les réponses au questionnaire de Karasek et/ou de Siegrist étaient incomplètes. Tous les questionnaires respectaient l'anonymat. Au total, notre analyse s'était portée sur 178 agents.

Le taux de participation par collectivité était inégal : 4 collectivités avaient un taux de participation supérieur à 40% tandis que le taux des 4 autres collectivités ne dépassait pas les 33% (Figure 9).

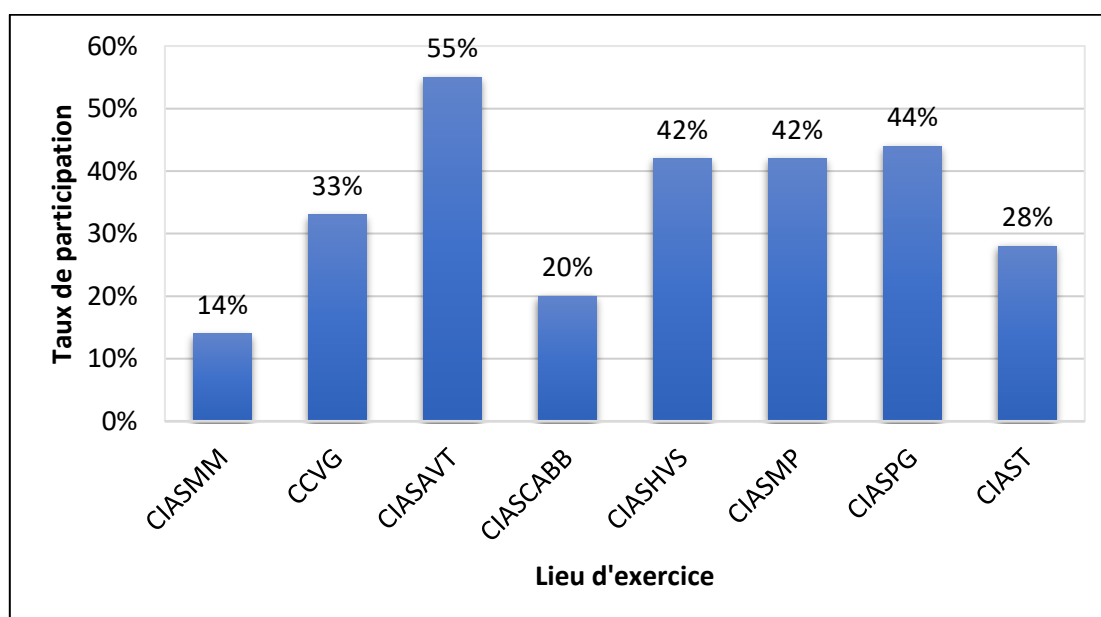


Figure 9 - Taux de participation par collectivité

Le diagramme de flux présenté en figure 10 ci-dessous nous permet d'avoir une représentation exhaustive de la répartition de la population.

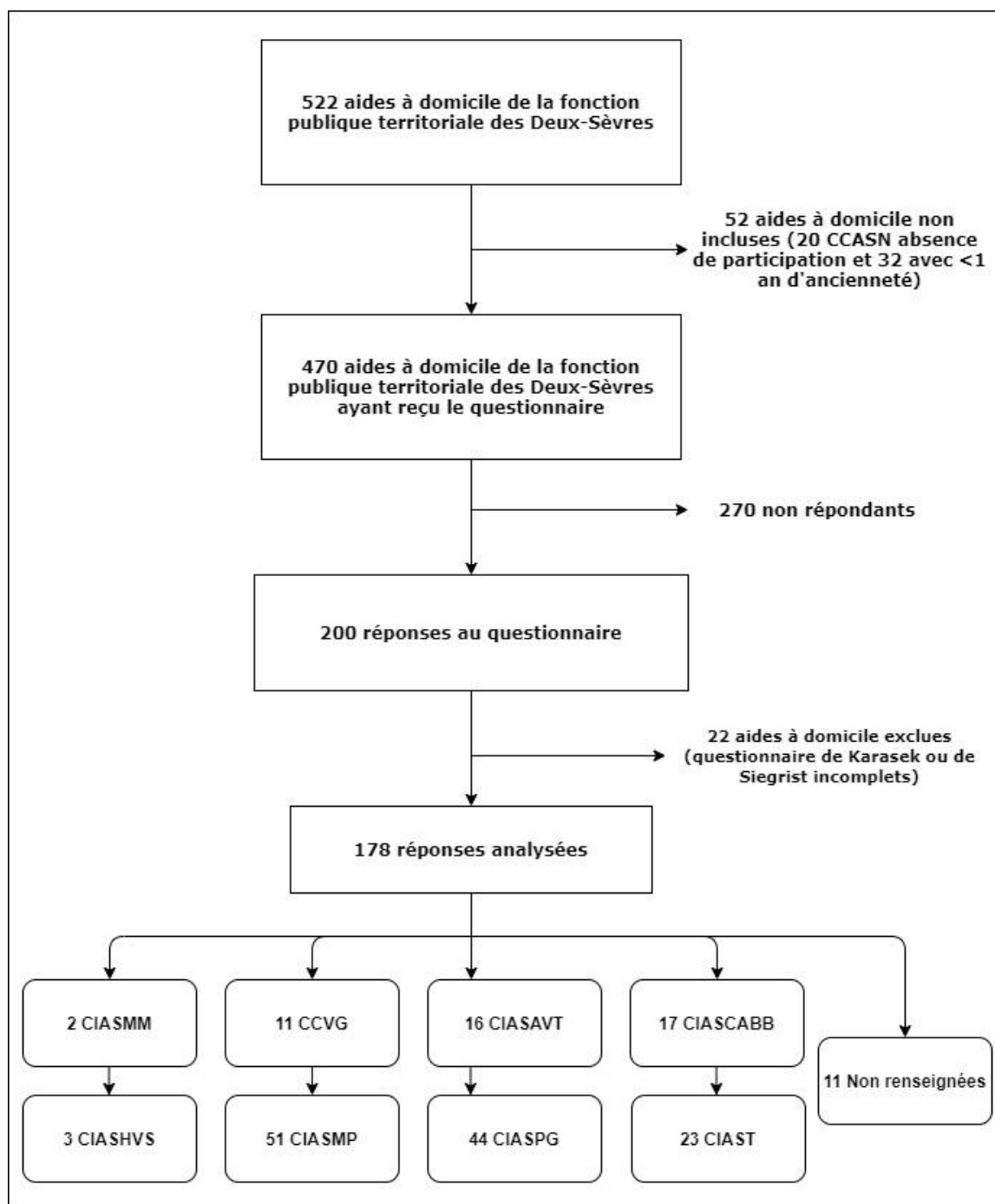


Figure 10 - Diagramme de flux

Les caractéristiques démographiques de la population étudiée comme la tranche d'âge, le sexe, le nombre de réponses en fonction du lieu d'exercice sont présentés dans le tableau 2.

Variables	Effectif (N=178)	%
Sexe :		
- Homme	2	1,1
- Femme	176	98,9
Tranche d'âge :		
- Entre 18 et 34 ans	19	10,6
- Entre 35 et 55 ans	99	55,6
- Supérieur à 55 ans	60	33,8
Nombre de réponses en fonction du lieu d'exercice :		
- CIASMM	2	1,1
- CCVG	11	6,1
- CIASAVT	16	9,1
- CIASCABB	17	9,6
- CIASHVS	3	1,7
- CIASMP	51	28,6
- CIASPG	44	24,7
- CIAST	23	12,9
- Non renseigné	11	6,1

N : effectif total de la population incluse

Tableau 2 - Caractéristiques démographiques de l'échantillon

2. Caractéristiques professionnelles de la population étudiée

Ancienneté, statut d'emploi

L'ancienneté moyenne des agents était de 13,5 ($\pm$ 8,5) années avec un minimum de 1 année et un maximum de 35 années.

Concernant les contrats de travail, 8,4% (15) des agents étaient en CDD (Contrat à Durée Déterminée) et 91,6% (163) avaient le statut de stagiaire ou titulaire de la fonction publique territoriale.

Temps de travail mentionné sur le contrat et quantité de travail réelle du mois dernier

Par rapport au temps de travail mentionné sur leur contrat, 71,9% (128) des agents possédaient un contrat inférieur à 28 heures hebdomadaires tandis que 25,8% (46) possédaient un contrat supérieur ou égal à 28 heures hebdomadaires. A noter que 2,3% (4) des agents n'avaient pas répondu à cet item.

Enfin, lors du dernier mois, la quantité de travail réelle moyenne des agents était de 112 ($\pm$ 34,7) heures avec un minimum de 13 heures et un maximum de 163 heures. Cela représentait 26,6 heures hebdomadaires (en considérant qu'un mois comprend en moyenne 4,2 semaines). 12,9% (23) des agents n'avaient pas renseigné cet item.

Exercice du métier d'aide à domicile en dehors de la fonction publique, horaires atypiques

Le tableau 3 ci-dessous résumait la proportion d'agent qui exerçait le métier d'aide à domicile en dehors de leur activité d'agent public et ceux qui effectuaient des horaires atypiques.

Variables	Effectif (N=178)	%
Exercice du métier d'aide à domicile en dehors de la fonction publique :		
- Oui :	27	15,1
Emploi direct	25	14,1
Mandataire	1	0,5
Prestataire (salarié)	1	0,5
- Non	149	83,8
- Non renseigné	2	1,1
Horaire atypiques :		
- Oui	31	17,4
- Non	136	76,4
- Non renseigné	11	6,2

N : effectif total de la population incluse

Tableau 3 - Caractéristiques professionnelles de l'échantillon : exercice du métier d'aide à domicile en dehors de la fonction publique, horaires atypiques

Distance hebdomadaire parcourue et moyens de transport utilisés

La distance hebdomadaire parcourue était comprise entre 50 et 200 kilomètres pour 65,7% (117) des agents. Seulement 20,7% (37) des agents parcouraient moins de 50 kilomètres par semaine et 12,9% (23) agents effectuaient plus de 200 kilomètres par semaine. On peut préciser qu'un seul agent n'avait pas répondu à cet item.

Concernant la modalité de transport, la plupart des agents soit 83,1% (140) déclaraient utiliser leur Véhicule Personnel et bénéficier d'Indemnités Kilométriques (VPIK). Tandis que 12,3% (31) des agents déclaraient utiliser à la fois leur Véhicule Personnel avec des Indemnités Kilométriques et un Véhicule de Service (VPIK + VS). A noter que 4,6% (7) des agents n'avaient pas répondu à cet item.

Type de public, présence d'équipements adaptés pour les missions et formations professionnelles

Parmi les différents bénéficiaires, 26,9% (48) des agents intervenaient uniquement chez des personnes âgées tandis que seulement 1,1% (2) des agents s'occupaient exclusivement de personnes jeunes en situation de handicap. Il y avait 71,4% (127) des agents pour qui leur public étaient à la fois des personnes âgées et des individus d'un jeune âge en situation de handicap. Un seul agent n'avait pas renseigné cet item.

La grande majorité des agents déclaraient disposer d'équipements adaptés pour réaliser leurs missions 83,1% (148). 14,1% (25) des agents pensait au contraire ne pas disposer d'équipements adaptés. Environ 2,8% (5) des agents s'étaient abstenus de répondre à cet item.

Enfin, pour ce qui concernait la possibilité de réaliser des formations professionnelles, 69,7% (124) y répondaient positivement et 27,5% (49) y répondaient négativement. A noter que 2,8% (5) des agents étaient sans réponse.

Fréquence de réalisation des activités professionnelles

La réalisation de certaines tâches professionnelles était plus ou moins fréquente. Ainsi, l'intervention auprès de bénéficiaires en fin de vie ou dans un milieu insalubre/exigu restait une tâche effectuée de manière non quotidienne pour plus de 75% des aides à domicile. Moins de 20% des aides à domicile rencontraient quotidiennement d'autres professionnels de santé dans le cadre de leurs interventions ce qui confirmait l'aspect solitaire de cette profession. L'intervention auprès de bénéficiaires peu dépendants ou la réalisation de ménage courant étaient des missions effectuées de manière régulière pour plus de 75% des aides à domicile (Figure 11).

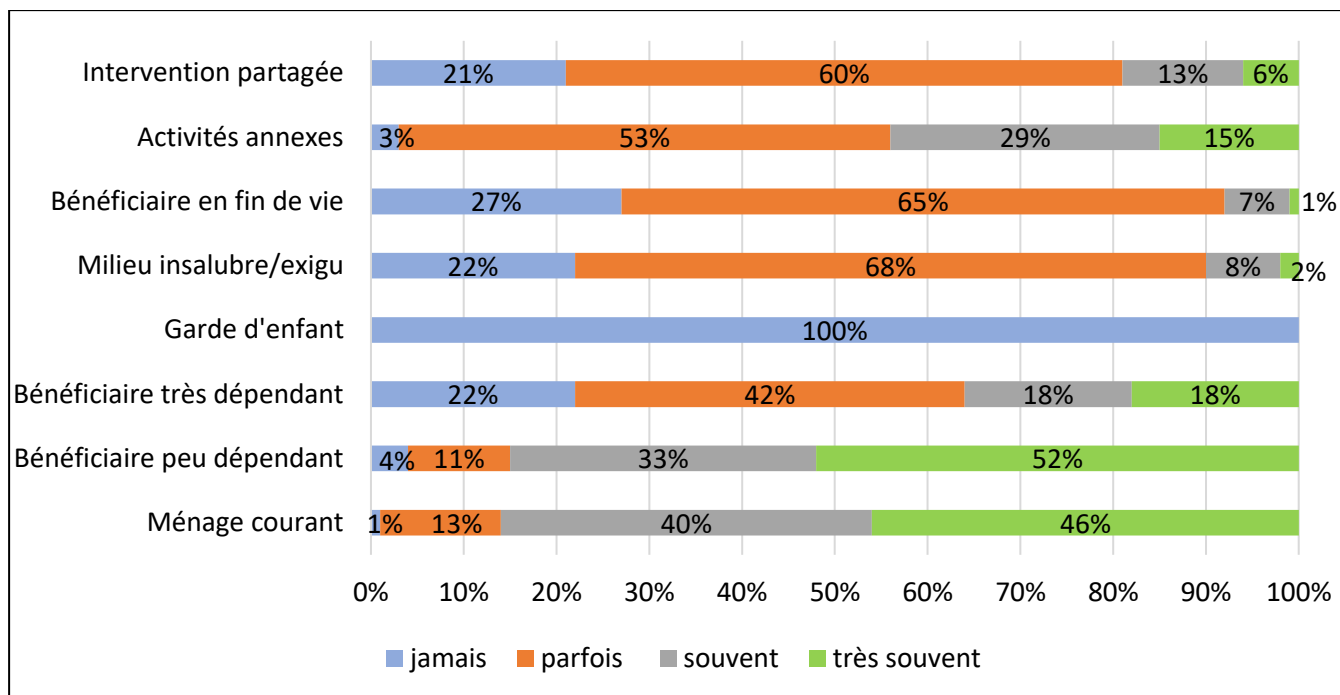


Figure 11 - Proportion d'aides à domicile en fonction de la fréquence de réalisation de certaines missions de travail

Exposition à des agressions verbales et/ou physiques et/ou à des gestes à connotation sexuelle déplacés

Parmi les agents, 43,8% (78) déclaraient avoir déjà subi des agressions verbales et/ou physiques et/ou avoir été victime de gestes à connotation sexuelle déplacés. 52,8% (94) des agents avaient répondu négativement et 3,4% (6) des agents n'avaient pas répondu à l'item.

Absentéisme

Concernant l'absentéisme, 26,9% (48) des agents répondaient positivement quant à la survenue d'au moins un arrêt de travail de 7 jours consécutifs ou plus lors des douze derniers mois (hors congés annuels, congé de maternité et congés parentaux). 70,7% (126) des agents ne déclaraient pas d'arrêt et 4 agents n'avaient pas répondu à l'item.

Sur les 178 agents, 6,3% (11) d'entre eux déclaraient également un deuxième arrêt de travail de 7 jours consécutifs ou plus dans la même année. Aucun n'agent n'avait déclaré 3 arrêts de travail de 7 jours consécutifs ou plus lors des 12 derniers mois.

La durée moyenne des 59 arrêts de travail était de 80,7 ($\pm$ 94) jours.

Parmi ces 59 arrêts, 24% (14) relevaient d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, 31% (18) avaient un lien avec le travail et enfin 46% (27) n'avaient pas de lien avec le travail.

Lorsque l'on calculait la durée moyenne en jours de l'arrêt en fonction du motif déclaré, on s'apercevait que ceux relevant d'une maladie professionnelle ou d'un accident de service avaient une durée moyenne plus longue avec 112 (± 104) jours contre 92,1 (± 104) jours pour ceux ayant un lien avec le travail. Enfin, ceux n'ayant pas de lien avec le travail étaient encore plus courts avec une durée moyenne de 56,8 ($\pm 77,3$) jours (Figure 12).

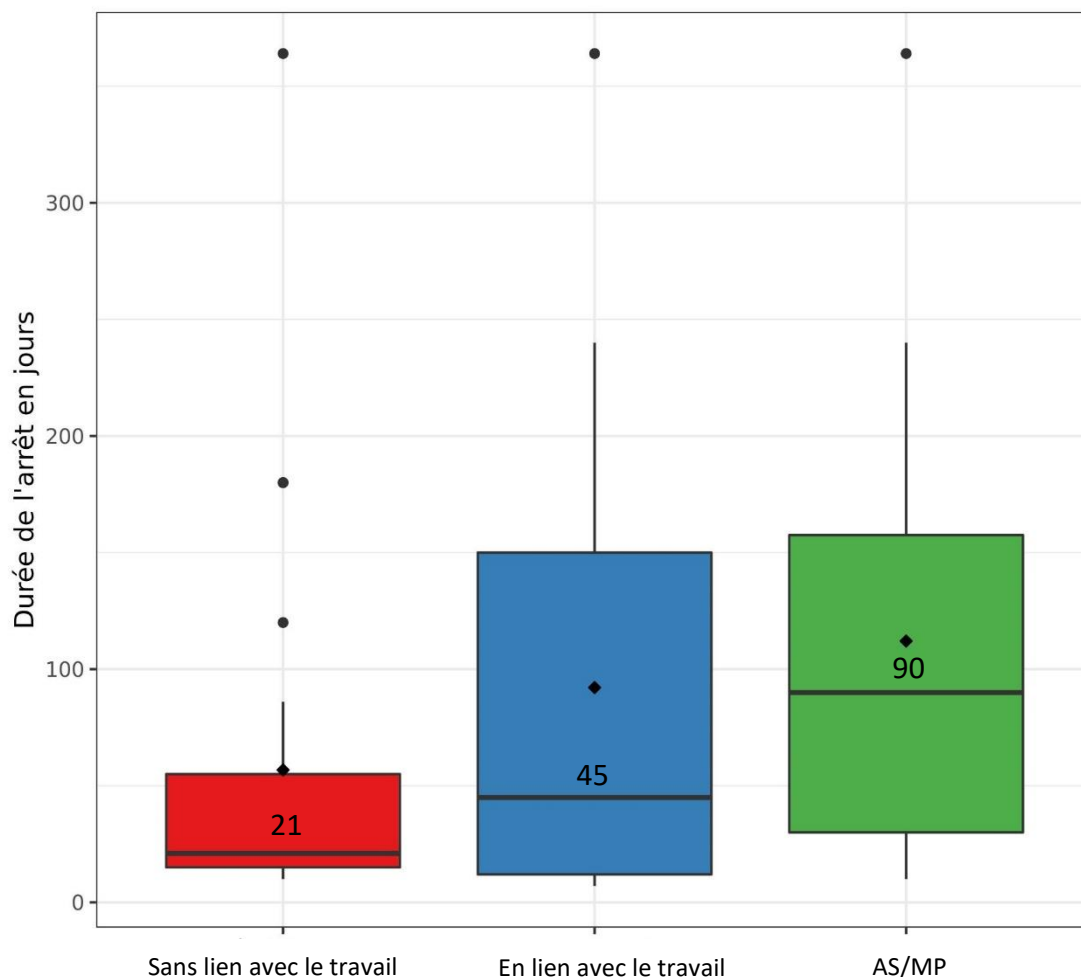


Figure 12 - Box plot de la durée de l'arrêt en fonction du motif déclaré

3. Perception des contraintes psychosociales ressenties

a. Le modèle exigences-maitrises de Karasek

Pour les 178 agents interrogés, nous retrouvons 4 types de situation (Figures 13 et 14) :

- 24,2% d'agents en travail passif (42 femmes + 1 homme),
- 24,8% d'agents en travail actif (44 femmes),
- 25,2% d'agents en travail tendu (44 femmes + 1 homme),
- Et enfin 25,8% d'agents en travail détendu (46 femmes).

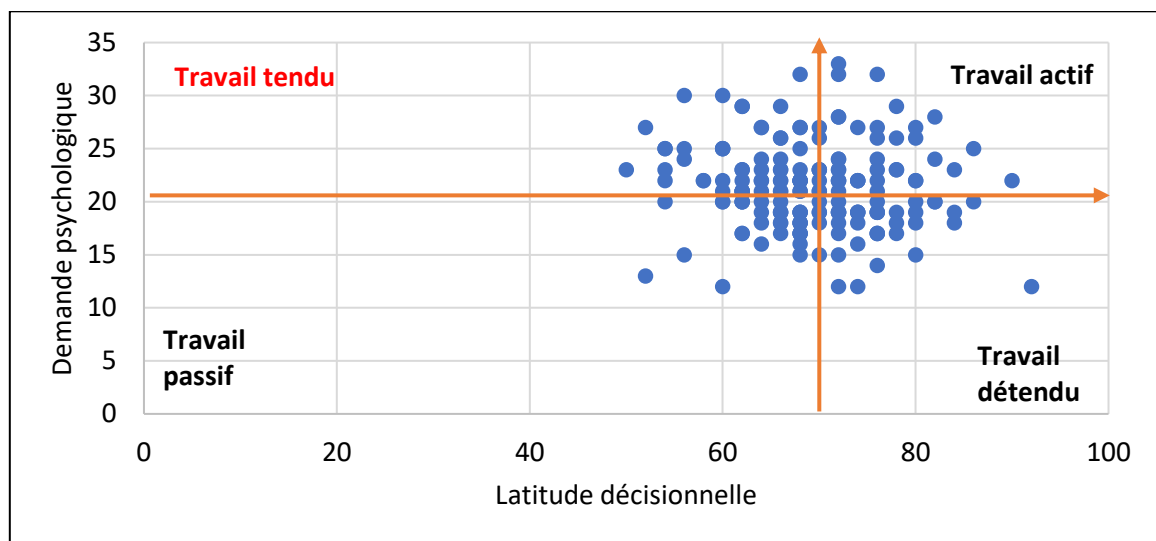


Figure 13 - Répartition des effectifs féminins en nuage de points selon la situation de Karasek

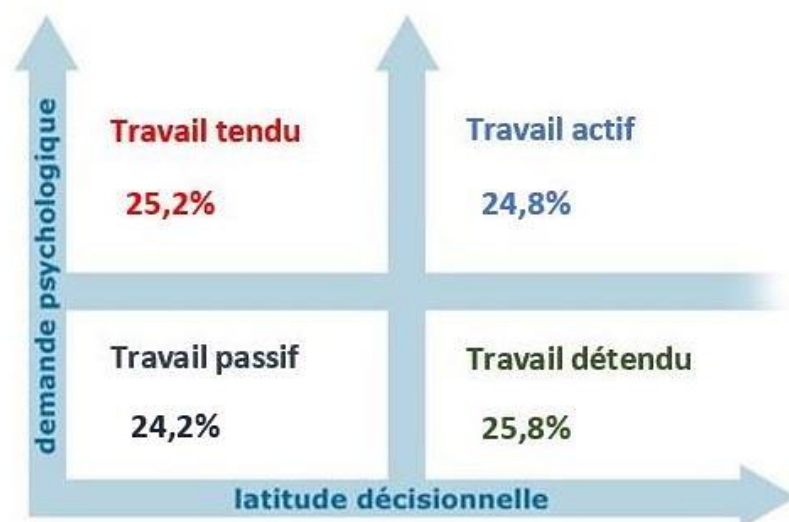


Figure 14 - Proportion des effectifs totaux selon la situation de travail

Nous pouvons également observer une différence de fréquence de sujets en situation de travail tendu selon le lieu d'exercice (Figure 15). Les données extrêmes (0% et 50%) correspondaient à de petites collectivités avec peu de participants (3 et 2 respectivement) Le CIAST et la CCVG présentaient une proportion supérieure à la moyenne malgré plusieurs dizaines de participations.

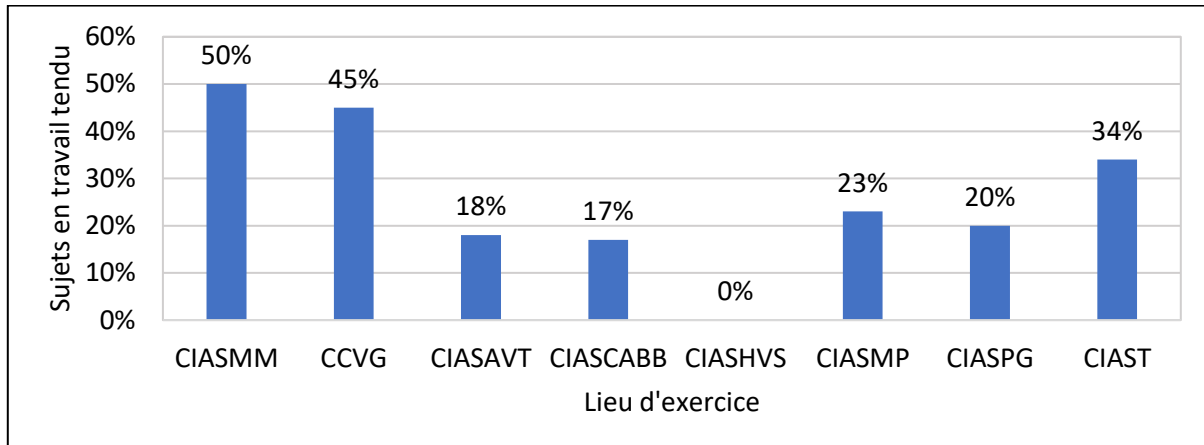


Figure 15 - Proportion d'aides à domicile en situation de travail tendue en fonction du lieu d'exercice

Si l'on s'intéressait aux 2 sous dimensions de Karasek, à savoir la latitude décisionnelle et les exigences psychologiques, nous pouvions observer en figure 16 que :

- Le score médian de la latitude décisionnelle était de $69 \pm 7,7$ points ($68 \pm 7,7$ points chez les femmes et $73 \pm 4,2$ points chez les hommes)
- Le score médian de la demande psychologique valait $21,5 \pm 4$ points (21 ± 4 points chez les femmes et $27,5 \pm 2,1$ points chez les hommes).

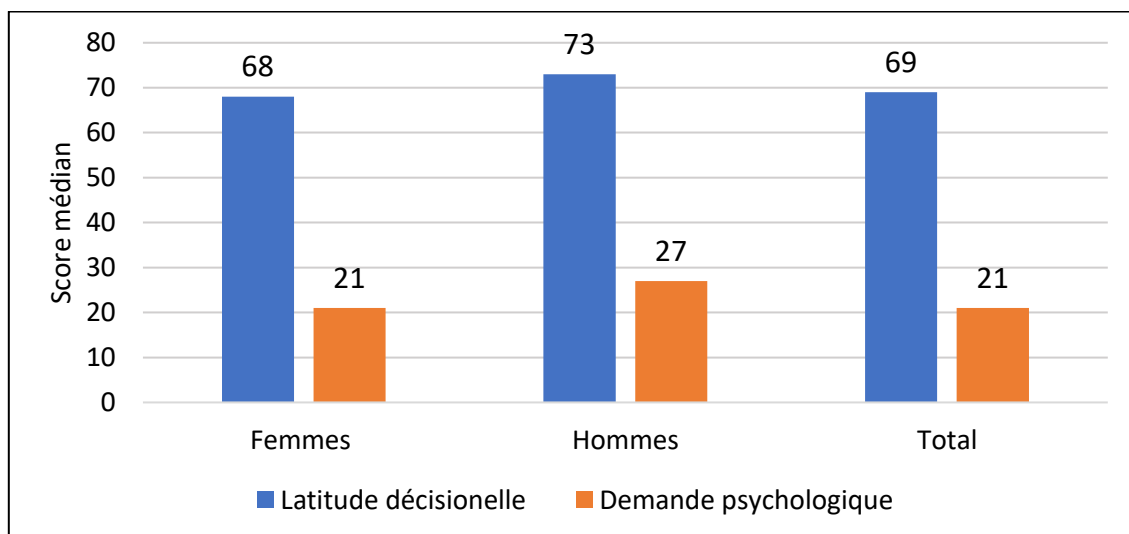


Figure 16 - Scores médians de la latitude décisionnelle et de la demande psychologique

b. Le modèle de l'équilibre efforts/récompenses de Siegrist

Sur les 178 participants, 87,1% (153 femmes + 2 hommes) présentaient un ratio efforts/récompenses favorable et 12,9% (23 femmes) possédaient un ratio défavorable.

Le score moyen du ratio efforts/récompenses était de $0,5 \pm 0,3$ points ($0,6 \pm 0,3$ pour le sexe féminin et $0,3 \pm 0,1$ pour le sexe masculin).

Si l'on s'intéressait aux 2 sous dimensions du modèle de Siegrist, on pouvait calculer :

- Un score moyen des efforts a $12,5 \pm 4,8$ points ($13 \pm 4,8$ points pour le sexe féminin et $8,5 \pm 0,7$ points pour le sexe masculin),
- Un score moyen des récompenses a $20 \pm 7,7$ points ($20 \pm 7,7$ points pour le sexe féminin et $14,5 \pm 6,3$ points pour le sexe masculin).

Nous pouvions également observer une différence de fréquence de sujets ayant un ratio efforts/récompenses défavorable selon le lieu d'exercice (Figure 17). Comme pour le travail tendu, le CIAST et la CCVG possédaient une fréquence supérieure à la moyenne retrouvée.

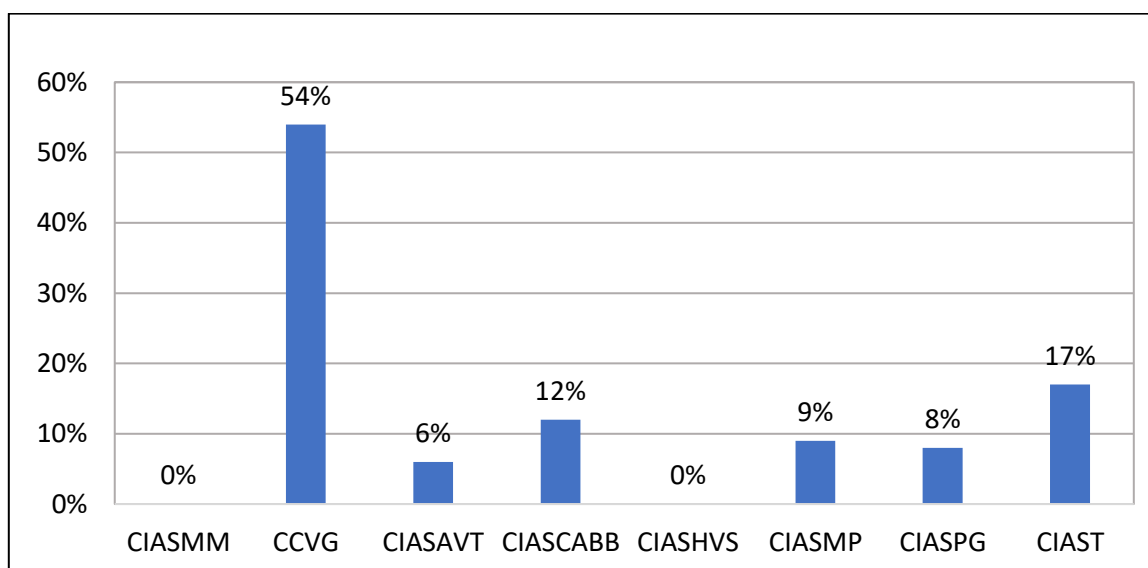


Figure 17 - Proportion d'aides à domicile présentant un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction du lieu d'exercice

B. Analyse comparative

1. Analyse du travail tendu en fonction des facteurs socioprofessionnels

Pour effectuer l'analyse univariée, les 4 situations de Karasek ont été regroupées en deux catégories : soit les sujets étaient en travail tendu (job strain) soit ils ne l'étaient pas (cette situation regroupait les sujets en travail détendu, les sujets en travail passif et en travail actif). Nous retrouvons au total 25,2% (45) de sujets en travail tendu et 74,8% (133) de sujets en travail non tendu.

Parmi tous les facteurs socio-professionnels étudiés, il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative selon le statut de travail tendu ou non tendu. Les résultats de l'analyse comparative sont présentés dans le Tableau 4.

Le score médian de la demande psychologique était statistiquement plus élevé pour les agents victimes d'agressions verbales et/ou physiques et/ou de gestes à connotation sexuelle déplacés ($p = 0,02$). Ce score était également statistiquement plus élevé chez les agents intervenant tous les jours auprès de bénéficiaires en fin de vie ($p < 0,01$) ou chez les agents intervenant tous les jours dans des milieux insalubres et/ou exigus ($p < 0,01$). De même, plus la distance hebdomadaire parcourue était grande, plus le score de demande psychologique était statistiquement élevé ($p = 0,01$). Enfin, la demande psychologique était statistiquement plus grande chez les agents réalisant des horaires atypiques ($p = 0,01$) et chez ceux n'estimant pas bénéficier pas régulièrement de formations professionnelles ($p = 0,02$) (Tableau 5).

Enfin, il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative pour le score de la latitude décisionnelle parmi tous les facteurs socio-professionnels étudiés (Tableau 6).

Facteurs étudiés		Travail non tendu (n = 133)	Travail tendu (n = 45)	p
Ancienneté en années (moyenne)		13,9 (±8,3)	12,1 (±8,7)	0,23
Quantité de travail réelle le mois précédent en heure (moyenne)		112 (±34,2)	110 (±35,7)	0,79
Activités annexes	Pas tous les jours	56%	62%	0,47
	Tous les jours	44%	38%	-
Age	35-55 ans	57%	51%	0,44
	> 55 ans	34%	33%	-
	18-34 ans	9%	16%	-
Agression verbal et/ou physique et/ou geste à connotation sexuelle	Non	52%	62%	0,24
	Oui	48%	38%	-
Bénéficiaires en fin de vie	Pas tous les jours	92%	98%	0,29
	Tous les jours	8%	2%	-
Bénéficiaires hautement dépendants	Pas tous les jours	61%	62%	0,92
	Tous les jours	39%	38%	-
Bénéficiaires peu dépendants	Tous les jours	86%	82%	0,59
	Pas tous les jours	14%	18%	-
Distance hebdomadaire parcourue en km	0-50Km	21%	20%	0,23
	50-200Km	68%	60%	-
	>200Km	11%	20%	-
Equipements adaptés	Oui	88%	80%	0,19
	Non	12%	20%	-
Exercice du métier d'aide à domicile en plus du contrat public	Non	83%	88%	0,44
	Oui	17%	12%	-
Formations professionnelles	Oui	75%	63%	0,14
	Non	25%	37%	-
Horaires atypiques	Oui	81%	91%	0,16
	Non	19%	9%	-
Intervention en milieu exigu et/ou insalubre	Pas tous les jours	90%	91%	1,00
	Tous les jours	10%	9%	-
Intervention partagée avec d'autres professionnels	Pas tous les jours	82%	82%	0,97
	Tous les jours	18%	18%	-
Ménage courant	Tous les jours	85%	89%	0,49
	Pas tous les jours	15%	11%	-
Statut d'emploi	Stagiaire / Titulaire	94%	84%	0,06
	CDD	6%	16%	-
Temps mentionné sur le contrat de travail	< 28H/sem	72%	77%	0,52
	> 28H/sem	28%	23%	-
Type de transport	VPIK	75%	85%	0,23
	VPIK + VS	25%	15%	-

Tableau 4 - Analyse du travail tendu en fonction des facteurs socioprofessionnels

Facteurs étudiés		Demande psychologique (médiane) [Q25-75]	min	max	p
Activités annexes	Pas tous les jours	21,0 [18,2 – 23,0]	12,0	30,0	0,06
	Tous les jours	22,0 [19,0 – 24,5]	12,0	30,0	-
Age	35-55 ans	22,0 [19,0 – 23,5]	12,0	33,0	0,86
	> 55 ans	22,0 [18,0 – 24,0]	12,0	29,0	-
	18-34 ans	21,0 [19,0 – 23,0]	17,0	32,0	-
Agression verbale/physique/geste à connotation sexual	Non	21,0 [18,0 – 23,0]	12,0	30,0	0,02
	Oui	22,0 [19,0 – 25,0]	12,0	33,0	-
Bénéficiaires en fin de vie	Pas tous les jours	21,0 [19,0 – 23,0]	12,0	33,0	< 0,01
	Tous les jours	26,5 [23,8 – 27,2]	18,0	30,0	-
Bénéficiaires hautement dépendants	Pas tous les jours	21,0 [19,0 – 23,0]	12,0	32,0	0,07
	Tous les jours	22,0 [19,0 – 24,0]	13,0	33,0	-
Bénéficiaires peu dépendants	Tous les jours	22,0 [19,0 – 23,8]	12,0	33,0	0,97
	Pas tous les jours	21,0 [19,0 – 23,5]	12,0	29,0	-
Distance hebdomadaire parcourue en km	0-50Km	20,0 [19,0 – 22,0]	12,0	30,0	0,01
	50-200Km	21,0 [19,0 – 24,0]	12,0	33,0	-
	>200Km	23,0 [22,0 – 25,5]	14,0	32,0	-
Equipements adaptés	Oui	21,0 [19,0 – 23,0]	12,0	33,0	0,27
	Non	22,0 [20,0 – 25,0]	15,0	32,0	-
Exercice en plus du contrat public	Non	22,0 [19,0 – 24,0]	12,0	33,0	0,48
	Oui	20,0 [18,5 – 23,0]	15,0	28,0	-
Formations professionnelles	Oui	21,0 [19,0 – 23,0]	12,0	32,0	0,02
	Non	22,0 [19,0 – 26,0]	15,0	33,0	-
Horaires atypiques	Oui	22,0 [19,0 – 24,0]	12,0	33,0	0,01
	Non	19,0 [17,0 – 22,0]	12,0	29,0	-
Intervention en milieu exigu/insalubre	Pas tous les jours	21,0 [19,0 – 23,0]	12,0	33,0	< 0,01
	Tous les jours	23,0 [22,0 – 27,0]	17,0	32,0	-
Intervention partagée	Pas tous les jours	21,0 [19,0 – 23,0]	12,0	33,0	0,44
	Tous les jours	22,0 [19,0 – 24,0]	15,0	29,0	-
Ménage courant	Tous les jours	21,0 [19,0 – 24,0]	12,0	32,0	0,38
	Pas tous les jours	20,0 [18,0 – 23,0]	12,0	33,0	-
Statut d'emploi	Stagiaire / Titulaire	21,0 [19,0 – 24,0]	12,0	33,0	0,48
	CDD	22,0 [19,0 – 23,0]	14,0	25,0	-
Temps mentionné sur le contrat	< 28H/sem	22,0 [19,0 – 24,2]	12,0	33,0	0,09
	> 28H/sem	21,0 [18,2 – 22,0]	12,0	32,0	-
Type de transport	VPIK	21,0 [19,0 – 23,0]	12,0	33,0	0,49
	VPIK + VS	22,0 [19,0 – 24,0]	15,0	32,0	-

Tableau 5 - Analyse de la demande psychologique en fonction des facteurs socioprofessionnels

Facteurs étudiés		Latitude décisionnelle (médiane) [Q25-75]	min	max	p
Activités annexes	Pas tous les jours	68,0 [64,0 - 74,0]	52,0	92,0	0,26
	Tous les jours	70,0 [66,0 - 76,0]	50,0	90,0	-
Age	35-55 ans	70,0 [64,0 - 74,0]	50,0	86,0	0,20
	> 55 ans	70,0 [66,0 - 76,0]	52,0	92,0	-
	18-34 ans	68,0 [64,0 - 69,0]	60,0	76,0	-
Agression verbale/physique/geste à connotation sexuelle	Non	68,0 [64,0 - 74,0]	50,0	92,0	0,28
	Oui	70,0 [64,5 - 75,5]	52,0	90,0	-
Bénéficiaires en fin de vie	Pas tous les jours	68,0 [64,0 - 75,0]	50,0	92,0	0,35
	Tous les jours	68,0 [64,0 - 72,0]	56,0	74,0	-
Bénéficiaires hautement dépendants	Pas tous les jours	68,0 [64,0 - 74,0]	54,0	92,0	0,32
	Tous les jours	70,0 [65,5 - 76,0]	50,0	90,0	-
Bénéficiaires peu dépendants	Tous les jours	70,0 [64,5 - 76,0]	50,0	92,0	0,07
	Pas tous les jours	68,0 [63,0 - 70,0]	54,0	82,0	-
Distance hebdomadaire parcourue en km	0-50Km	72,0 [66,0 - 76,0]	54,0	92,0	0,44
	50-200Km	68,0 [64,0 - 74,0]	50,0	90,0	-
	>200Km	70,0 [67,0 - 74,0]	54,0	80,0	-
Equipements adaptés	Oui	70,0 [64,0 - 74,0]	50,0	92,0	0,31
	Non	68,0 [60,0 - 76,0]	54,0	86,0	-
Exercice en plus du contrat public	Non	70,0 [64,0 - 76,0]	50,0	92,0	0,54
	Oui	68,0 [64,0 - 73,0]	52,0	90,0	-
Formations professionnelles	Oui	70,0 [64,0 - 76,0]	50,0	92,0	0,66
	Non	68,0 [64,0 - 74,0]	54,0	84,0	-
Horaires atypiques	Oui	68,0 [64,0 - 74,5]	50,0	90,0	0,43
	Non	70,0 [66,0 - 75,0]	60,0	92,0	-
Intervention en milieu exigu/insalubre	Pas tous les jours	68,0 [64,0 - 74,0]	50,0	92,0	0,24
	Tous les jours	72,0 [62,0 - 76,0]	56,0	82,0	-
Intervention partagée	Pas tous les jours	68,0 [64,0 - 74,0]	52,0	92,0	0,84
	Tous les jours	70,0 [63,0 - 74,0]	50,0	86,0	-
Ménage courant	Tous les jours	68,0 [64,0 - 74,0]	50,0	92,0	0,06
	Pas tous les jours	72,0 [68,0 - 74,0]	54,0	86,0	-
Statut d'emploi	Stagiaire / Titul...	70,0 [65,0 - 76,0]	52,0	92,0	0,07
	CDD	64,0 [61,0 - 72,0]	50,0	80,0	-
Temps mentionné sur le contrat	< 28H/sem	70,0 [64,0 - 76,0]	50,0	92,0	0,13
	> 28H/sem	68,0 [64,0 - 72,0]	52,0	80,0	-
Type de transport	VPIK	70,0 [64,0 - 76,0]	52,0	92,0	0,55
	VPIK + VS	68,0 [64,5 - 72,0]	50,0	80,0	-

Tableau 6 - Analyse de la latitude décisionnelle en fonction des facteurs socioprofessionnels

2. Analyse du travail tendu en fonction de l'absentéisme

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le statut du travail tendu et l'absentéisme des agents (Tableau 7).

Facteurs étudiés		Travail non tendu (n = 133)	Travail tendu (n = 45)	p
Durée de l'arrêt en jours (moyenne)		75,6 (±81,2)	93,2 (±122,0)	0,97
Arrêt >7 jours/12 derniers mois	Non	67%	65%	0,54
	Oui	33%	35%	-
Nature de l'arrêt	Sans lien avec le travail	52%	28%	0,18
	En lien avec le travail	24%	44%	-
	Accident de service/ Maladie professionnelle	24%	28%	-

Tableau 7 - Analyse du travail tendu en fonction de l'absentéisme

3. Analyse de la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction des facteurs socioprofessionnels

Nous avons par la suite réalisé une analyse comparative du ratio efforts/récompenses en fonction des facteurs socioprofessionnels. Pour rappel, il y avait 87,1% des agents avec un ratio efforts/récompenses favorable et 12,9% avec un ratio défavorable.

Après analyse, le ratio efforts/récompenses était statistiquement plus défavorable chez les agents intervenant tous les jours chez des bénéficiaires hautement dépendants ($p < 0,01$). Paradoxalement, le ratio efforts/récompenses était plus fréquemment favorable chez les agents ayant des horaires atypiques ($p = 0,04$) (Tableau 8).

Facteurs étudiés		Ratio efforts/récompenses favorable (n = 155)	Ratio efforts/récompenses défavorable (n = 23)	p
Ancienneté en années (moyenne)		13,1 (±8,3)	16,3 (±9,0)	0,12
Quantité de travail réelle le mois précédent en heure (moyenne)		110 (±35,9)	120 (±21,4)	0,59
Activités annexes	Pas tous les jours	58%	52%	0,57
	Tous les jours	42%	48%	-
Age	35-55 ans	56%	52%	0,10
	> 55 ans	32%	48%	-
	18-34 ans	12%	0%	-
Agression verbale/physique/geste à connotation sexuelle	Non	53%	65%	0,27
	Oui	47%	35%	-
Bénéficiaires en fin de vie	Pas tous les jours	94%	91%	0,64
	Tous les jours	6%	9%	-
Bénéficiaires hautement dépendants	Pas tous les jours	66%	35%	< 0,01
	Tous les jours	34%	65%	-
Bénéficiaires peu dépendants	Tous les jours	84%	91%	0,54
	Pas tous les jours	16%	9%	-
Distance hebdomadaire parcourue en km	50-200Km	69%	48%	0,13
	0-50Km	19%	30%	-
	>200Km	12%	22%	-
Equipements adaptés	Oui	86%	82%	0,53
	Non	14%	18%	-
Exercice en plus du contrat public	Non	83%	96%	0,21
	Oui	17%	4%	-
Formations professionnelles	Oui	72%	68%	0,70
	Non	28%	32%	-
Horaires atypiques	Oui	86%	67%	0,04
	Non	14%	33%	-

Tableau 8 - Analyse de la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction des facteurs socioprofessionnels

Facteurs étudiés		Ratio efforts/récompenses favorable (n = 155)	Ratio efforts/récompenses défavorable (n = 23)	p
Intervention en milieu exigu/insalubre	Pas tous les jours	91%	83%	0,25
	Tous les jours	9%	17%	-
Intervention partagée	Pas tous les jours	84%	73%	0,23
	Tous les jours	16%	27%	-
Ménage courant	Tous les jours	85%	91%	0,54
	Pas tous les jours	15%	9%	-
Statut d'emploi	Stagiaire / Titulaire	90%	100%	0,22
	CDD	10%	0%	-
Temps mentionné sur le contrat	< 28H/sem	74%	70%	0,64
	> 28H/sem	26%	30%	-
Type de transport	VPIK	89%	73%	0,23
	VPIK + VS	11%	27%	-

Tableau 8 - Analyse de la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction des facteurs socioprofessionnels (suite)

4. Analyse de la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction de l'absentéisme

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable et l'absentéisme (Tableau 9).

Facteurs étudiés		Ratio efforts/récompenses favorable (n = 155)	Ratio efforts/récompenses défavorable (n = 23)	p
Durée de l'arrêt en jours (moyenne)		85,8 (±96,6)	25,2 (±15,7)	0,21
Arrêt >7 jours/12 derniers mois	Non	67%	77%	0,54
	Oui	33%	23%	-
Nature de l'arrêt	Sans lien avec le travail	44%	60%	0,24
	En lien avec le travail	34%	0%	-
	Accident de service/ Maladie professionnelle	22%	40%	-

Tableau 9 - Analyse entre la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable en fonction de l'absentéisme

A. Principaux résultats

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, à travers les questionnaires de Karasek et de Siegrist, la perception des contraintes psychosociales et organisationnelles chez les aides à domicile de la FPT79. Nous avons mis en évidence une fréquence de 25,2% (45) des aides à domicile en situation de tension au travail ainsi qu'une fréquence de 12,9% (23) des aides à domicile ayant un ratio efforts/récompenses défavorable.

En analysant individuellement les composantes socioprofessionnelles, il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative selon le statut de travail tendu ou non tendu.

En revanche, le ratio efforts/récompenses était quant à lui statistiquement plus défavorable pour les aides à domicile intervenant tous les jours chez des bénéficiaires hautement dépendants ($p < 0,01$). Le ratio efforts/récompenses était plus fréquemment favorable chez les aides à domicile ayant des horaires atypiques ($p < 0,04$).

La deuxième composante de l'objectif principal était d'évaluer le potentiel impact de la perception des contraintes psychosociales et organisationnelles sur l'absentéisme. L'analyse ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre une situation de travail tendue et l'absentéisme. De même, il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative entre la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable et l'absentéisme.

B. Validité interne

1. Choix du sujet d'étude

Les aides à domicile ont déjà fait l'objet de multiples recherches en santé au travail, notamment pour ce qui concerne l'évaluation et la prévention des TMS. Cependant, peu de travaux se sont attachés à explorer les RPS dans cette population, et encore moins dans l'environnement spécifique de la fonction publique. Lors de mon passage au CDG79, j'ai pu constater toute la complexité et la polyvalence qu'exige ce métier. Généralement, cette profession n'est pas exercée par hasard et répond à une vocation personnelle importante basée sur l'entraide, l'écoute et la bienveillance. Et bien que ce métier soit enrichissant sur le plan humain, il n'empêche cependant pas d'être exposé à de nombreuses contraintes psychosociales et organisationnelles. Outre la pénibilité physique que ce métier impose, le quotidien d'une aide à domicile semble rattaché à une forte intensité de travail associée à une charge mentale importante. En plus de toutes ces contraintes, le métier d'aide à domicile souffre d'une reconnaissance très limitée.

Enfin, j'ai pu remarquer qu'une proportion non négligeable de ces agents était vue dans un contexte de reprise après un arrêt maladie d'une durée relativement importante, souvent de plusieurs mois. Il me paraissait pertinent d'évaluer cet absentéisme, à la fois d'un point de vue qualitatif avec le motif de l'arrêt, mais aussi d'un point de vue quantitatif avec sa durée, et de mesurer sa potentielle association avec des contraintes psychosociales perçues.

2. Forces de l'étude

La volonté de réaliser une étude observationnelle transversale était adaptée afin de mesurer la fréquence dans une population donnée à un instant précis. Cela nous permettait de réaliser un état des lieux des contraintes psychosociales et organisationnelles ressenties, et de rechercher les facteurs socioprofessionnels associés à ce ressenti. Il n'y avait pas de suivi temporel de la population, et donc pas de biais d'attrition. De plus, il s'agissait d'une étude présentant un coût financier relativement faible, facile et rapide à mettre en œuvre. Ce type d'étude apparaissait adapté pour une problématique qui disposait de peu de données dans la littérature, et pourrait servir de base à la mise en place d'enquêtes explorant d'autres contraintes (TMS, risque biologique, etc.) ou d'autres impacts (santé mentale).

Pour la réalisation de cette étude, nous souhaitions avoir une approche « écologique », autrement dit, avoir une vision pratique de l'environnement de travail pour la prise en compte des contraintes psychosociales des aides à domicile de la FPT79. Pour cela, nous avons élaboré notre questionnaire en nous appuyant sur les résultats de l'enquête réalisée par la DREES auprès de 2589 aides à domicile (101).

Certains questionnaires explorant les RPS peuvent facilement dépasser la centaine d'items. Il nous semblait important de réaliser un questionnaire concis afin de limiter les erreurs de concentration qui pouvaient influencer sur la qualité des réponses. Nous voulions également réduire le sentiment de découragement qui aurait favorisé la non participation à l'étude.

L'utilisation conjointe des questionnaires de Karasek et de Siegrist, validés scientifiquement d'un point de vue international, nous permettait une comparaison avec d'autres travaux axés sur l'évaluation des contraintes psychosociales comme l'étude SUMER ou l'étude de la DREES sur les aides à domicile (41, 101). L'utilisation conjointe de ces deux questionnaires permettait d'avoir une évaluation plus exhaustive des contraintes psychosociales.

Concernant l'aspect éthique, les agents participant à l'enquête étaient informés que les données recueillies seraient analysées et présentées de manière agrégée et anonymisée. Ils étaient également informés de leur droit de refuser de participer, et que ce refus n'entraînerait aucune conséquence sur leur vie professionnelle et sur leur suivi en santé au travail. La modalité de réponse par voie postale à l'adresse du CDG79 sous pli confidentiel

permettait de garantir une indépendance quant à la participation à l'étude par rapport à l'employeur.

Par ailleurs, cette étude a été supportée par le CDG79 et les collectivités et a montré tout leur intérêt pour la prévention des RPS.

3. Limites de l'étude

Il n'a pas été possible de recueillir les données de la population incluable de départ et donc de comparer si notre échantillon était représentatif de la population initiale. Cette étude restait une photographie à un instant « t » des aides à domicile de la FPT79. Le taux de participation dans cette enquête était de 42,5% et ne permettait donc pas une extrapolation des résultats sur l'ensemble de la population incluable. Nous pouvons formuler plusieurs hypothèses pour tenter d'expliquer ceci. Tout d'abord, la survenue concomitante de la crise sanitaire liée à la Covid-19 avait monopolisé une grande part de l'attention de la population générale au détriment de la participation à l'enquête. Deuxièmement, malgré le protocole mis en place pour garantir l'anonymat, il a pu persister une certaine appréhension à ce que l'employeur ait connaissance des réponses des participants. Ce sentiment avait pu être renforcé notamment dans les petites structures où il était plus facile d'identifier une personne en connaissant sa tranche d'âge voire son ancienneté. De plus, le retour par voie postale avait peut être privilégié la participation de l'étude pour une partie des aides à domicile les plus âgées et entrainer un biais de sélection. Ces dernières étaient plus à l'aise avec cette modalité de communication que leur collègues plus jeunes et peut être plus habiles avec les mails ou les réseaux sociaux. Enfin, le taux de participation était disparate selon le lieu d'exercice : le CIASAVT, le CIASHVS, le CIASMP et le CIASPG avaient un taux de participation supérieur à 40%, alors que le CIASMM, le CCVG, le CIASCABB et le CIAST avaient quant à eux un taux de participation compris entre 14% et 33%. Cette différence pouvait entrainer une sur-représentation des 4 premières collectivités citées vis-à-vis des 4 dernières.

Les aides à domicile ayant moins d'un an d'ancienneté n'ont pas été incluses car leur expérience a été jugée insuffisante pour être représentative des contraintes psychosociales évaluées. En effet, les deux échelles d'évaluation utilisées portaient sur le ressenti au travail lors des 12 derniers mois. Ceci avait pu induire un biais d'information.

Le mode de recueil du questionnaire était susceptible d'entraîner un biais de sélection. En effet, la participation se faisant sur la base du volontariat, les agents qui ont répondu pourraient être ceux qui étaient les plus concernés par le sujet de l'étude.

La modalité de réponse exposait également à un biais de mémorisation. Par exemple, certains agents avaient pu oublier de notifier certains arrêts survenus lors des douze derniers mois, d'autant plus si ces derniers étaient de courte durée. Enfin, le choix de ne rendre obligatoire seulement les réponses aux échelles de Karasek et de Siegrist a pu entraîner une absence de réponse pour les autres items.

Par rapport au questionnaire de Karasek, nous avons volontairement décidé de ne pas retenir la version à 26 items permettant d'explorer la dimension de l'isolement social aussi appelé iso-strain. En effet, plusieurs items en rapport avec la sous dimension « soutien social de la part des collègues » n'étaient pas appropriés à la profession d'aide à domicile et risquaient d'entraîner un biais de non réponse au questionnaire. Par exemple, l'item 26 intitulé « les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien » n'était pas adapté à un métier qui ne s'exerce pas en équipe. C'est d'ailleurs la version à 18 items qui avait été retenue dans l'enquête portant sur les aides à domicile de la DREES (101).

Enfin, les questionnaires de Karasek et de Siegrist étaient susceptibles de présenter un effet de halo dans la mesure où les différentes échelles n'étaient pas réparties de façon aléatoire, mais qu'elles apparaissaient successivement par dimension mesurée.

C. Analyse des résultats - Comparaison avec la littérature

1. Les généralités du métier d'aide à domicile

Le sexe : une représentativité féminine importante

Le métier d'aide à domicile est très féminisé, notre échantillon n'échappait pas à la règle avec une proportion de femmes de 99% (176). Cette proportion était similaire à celle retrouvée dans l'étude de la DREES (101). Bien qu'il y ait une prise de conscience collective sur l'égalité entre les sexes, cette profession reste encore attachée à une vision archaïque et réductrice selon laquelle le fait d'être un homme est difficilement compatible avec la réalisation de tâches ménagères ou de toilettes. Cette problématique d'égalité des sexes chez les aides à domicile est pointée du doigt dans le livre de Christelle Avril intitulé « Les compétences féminines des aides à domicile » (121). Concernant le ressenti de contraintes psychosociales et organisationnelles, il est scientifiquement admis une différence entre les deux sexes. Par exemple pour le modèle de Karasek, il a été démontré que le sexe féminin présente une latitude décisionnelle inférieure au sexe masculin. Et inversement, la demande psychologique est supérieure chez la femme par rapport à l'homme. Notre échantillon a pu avoir une latitude décisionnelle minorée et une demande psychologique majorée comparativement aux études où la représentativité féminine était moins importante (122).

L'âge et le temps de travail

Parmi nos résultats, la principale tranche d'âge retrouvée était celle des 35-55 ans à plus de 55% contre seulement 11% pour les moins de 35 ans et 34% pour les plus de 55 ans. Même si il nous était impossible de calculer l'âge moyen de notre échantillon, cette donnée semblait rejoindre l'âge moyen décrit dans l'étude de la DREES qui se situait à 45 ans (101). Ce manque d'attractivité auprès des jeunes peut s'expliquer par plusieurs éléments. En premier lieu, les contrats de travail sont rarement à temps complet. Dans notre échantillon, la moyenne de travail hebdomadaire était de 26,6 heures contre 26,1 heures pour les aides à domicile interrogées dans l'étude de la DREES (101). De plus, le revenu horaire est proche voire égal au SMIC. Ces contraintes obligent les aides à domicile à cumuler plusieurs emplois pour subvenir à leurs besoins. Ainsi, près de 15% (27) des répondants déclaraient exercer le métier d'aide à domicile en plus de leur missions d'agent publique. Cette proportion était superposable aux

18% d'aides à domicile exerçant une autre activité en complément de revenu dans l'étude de la DREES (101). Enfin, les horaires ne sont pas continus mais fragmentés durant la journée de travail, avec des amplitudes horaires de 12 heures, des pics d'activité tôt le matin et tard le soir pour les levées, les toilettes, l'habillage, et un pic le midi pour l'aide à la prise alimentaire. Ceci entraîne une intensité de travail inégalement répartie dans la journée, pouvant être un frein pour la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle, surtout pour les aides à domicile en âge d'avoir de jeunes enfants.

2. Les spécificités des aides à domicile de la FPT79

Le choix de limiter cette étude aux seules aides à domicile de la FPT79 avait pour but d'étudier la perception de contraintes psychosociales et organisationnelles au sein d'une population homogène et soumise aux mêmes conditions de travail. Ceci n'aurait pas été possible si nous avions étendu cette enquête aux aides à domicile du secteur privé à moins d'appliquer un critère de sélection afin de retenir que les aides à domicile intervenant auprès de bénéficiaires « fragilisés », comme pour l'étude de la DREES (101).

L'ancienneté au poste

L'ancienneté moyenne de notre échantillon s'élevait à 13,5 années contre 9,2 années pour les aides à domicile du secteur privé (101). Cette différence d'ancienneté pouvait peut être s'expliquer par les différences statutaires entre les aides à domicile de la fonction publique et celles du régime général. Dans la fonction publique territoriale, il existe des dispositifs législatifs spécifiques permettant de favoriser le maintien dans l'emploi en cas de problème de santé comme les congés de longue maladie ou les congés de longue durée (123). Ces dispositifs permettent à l'agent qui présente une altération de sa santé, et selon une liste de pathologies et des conditions précises, de bénéficier d'indemnisations pécuniaires jusqu'à 5 années. Alors que pour le régime général, en cas d'arrêt maladie ne relevant pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les indemnités journalières versées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ne peuvent excéder 360 jours voire 3 ans en cas d'Affection de Longue Durée (ALD). De plus, le montant de ces indemnités diffèrent selon le régime privé et le public. Dans la fonction publique, on peut grâce au congé de longue durée par exemple, bénéficier d'indemnités allant jusqu'à 100% du salaire de base (hors primes et

bonus) pour une durée de 3 ans. Tandis que pour le régime général de la Sécurité Sociale, les indemnités sont évaluées à 50% du salaire de base et versées avec un délais de carence de 3 jours contre 1 jour de carence dans la fonction publique. Au total, toutes ces dispositions représentent une souplesse permettant de réduire l'insécurité liée à la situation de travail, et donc d'augmenter l'ancienneté au poste de travail.

Le type de contrat de travail

Toujours en rapport avec l'insécurité liée à la situation de travail, la proportion de contractuels (CDD) retrouvée dans notre échantillon était seulement de 8,4% (15). Yannig Pons, dans son rapport annuel sur la fonction publique de 2017 (124), fait état d'un taux de contractuels dans la fonction publique territoriale de 26%. Cette différence s'expliquerait en partie par la non inclusion dans notre étude des aides à domicile dont l'ancienneté était inférieure à 1 an, qui étaient très majoritairement contractuelles. La deuxième explication possible pourrait être reliée aux tensions de recrutement que connaît le secteur de l'aide à domicile. Ces tensions tiennent à un fort besoin de recrutement sur des postes offrant des conditions de travail et d'emploi peu attractives. Dans ce contexte, la titularisation des agents peut être facilitée par rapport à d'autres branches d'activités. Hors, la stagiairisation/titularisation est une étape importante dans la carrière d'un agent public. Elle représente à la fois une sécurité d'emploi, mais elle témoigne également d'une reconnaissance hiérarchique et d'une bonne intégration au sein de la collectivité. La stagiairisation/titularisation agit favorablement sur la dimension des rapports sociaux au travail.

Les équipements et moyens utilisés

Seulement 14,1% (25) des agents interrogés déclaraient ne pas disposer d'équipements adaptés pour leurs missions. Après avoir recueilli et analysé les fiches de poste (Annexe 6) pour les 8 collectivités concernées par l'étude, on ne retrouvait pas de différence vis-à-vis des EPI fournis. Les collectivités mettaient à disposition aux aides à domicile une tenue professionnelle : blouse fermée, chaussures adaptées ainsi que des gants spécifiques pour la toilette et pour l'entretien ménager. Cependant, les produits ménagers ou les appareils électriques (aspirateur, fer à repasser, etc.) nécessaires aux aides à domicile sont mis à disposition par les bénéficiaires. Or, ces appareils peuvent être vétustes ou non fonctionnels.

Cela pouvait altérer l'autonomie dans le travail des aides à domicile voire entraîner des conflits de valeurs en lien avec des prestations de mauvaises qualités.

Les moyens de transport utilisés

Toutes les aides à domicile utilisaient leur véhicule personnel à des fins professionnelles, et seulement 16,8% (30) pouvant occasionnellement utiliser un véhicule de service (uniquement pour les soirs et les week-ends, à condition que ces véhicules soient disponibles). Là aussi, l'analyse des différentes fiches de poste ne retrouvait pas de différence par rapport au moyen de locomotion, quelque soit la collectivité. Aucune étude dans la littérature permettait de comparer cette proportion avec les autres catégories de la fonction publique territoriale ou encore avec les aides à domicile du secteur privé. Ces dernières ont à disposition des véhicules de service, mais leur proportion varie d'une association à une autre. Par exemple, certaines associations privées localisées dans des départements montagnards ont fait le choix d'universaliser les véhicules de services afin de limiter le risque routier.

3. Les contraintes psychosociales selon le modèle de Karasek

Les aides à domicile en situation de tension au travail

Dans notre étude, la proportion d'aides à domicile en situation de travail tendu était de 25%. Cela représentait une plus faible proportion que celles décrites dans l'étude de la DREES qui était de 32% (101). Par contre, ce taux restait proche de celui retrouvé dans l'étude SUMER de 2017 (25%) pour le groupe représentant la fonction publique territoriale, tous corps de métiers confondus (41) (Figure 18).

Si l'on s'intéressait aux 2 sous dimensions du Karasek, on retrouvait un score moyen pour la latitude décisionnelle identique aux agents territoriaux de l'étude SUMER de 2017 à 69 points, et légèrement différent par rapport à l'étude de la DREES avec 70 point (41, 101). La demande psychologique était quant à elle identique dans les 3 études avec un score moyen de 21 points (Figure 19).

La première explication possible de cette constatation pourrait être liée à la différence de statut entre un agent de la fonction publique et le régime privé. La sécurité d'emploi liée au

statut de titulaire et aux dispositifs législatifs d'arrêt maladie mentionnés précédemment sont plus importants dans la fonction publique.

La deuxième explication possible serait la présence de réunions institutionnelles permettant aux aides à domicile d'échanger entre elles et leur hiérarchie sur les difficultés rencontrées au travail, notamment lors de prises en charge complexes. Dans le secteur privé, ces temps ne sont pas toujours mis en place par manque de moyens humains ou de temps disponible (une partie des ressources humaines relève souvent du bénévolat). Pour les aides à domicile en emploi direct ou mandataire, ces réunions n'existent tout simplement pas.

Enfin, la présence d'une fiche de poste définissant les missions relevant de l'aide à domicile limite la réalisation d'actes parfois demandés à tort et réservés aux aides-soignantes. Ces fiches de poste n'existent généralement pas pour les aides à domicile exerçant en emploi direct ou sous le mode mandataire.

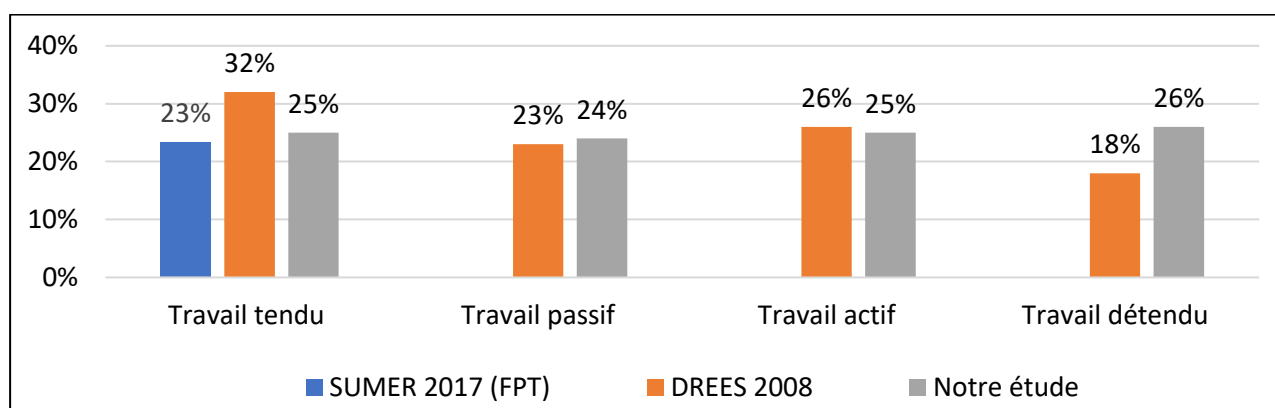


Figure 18 - Comparaison des situations de travail selon les études

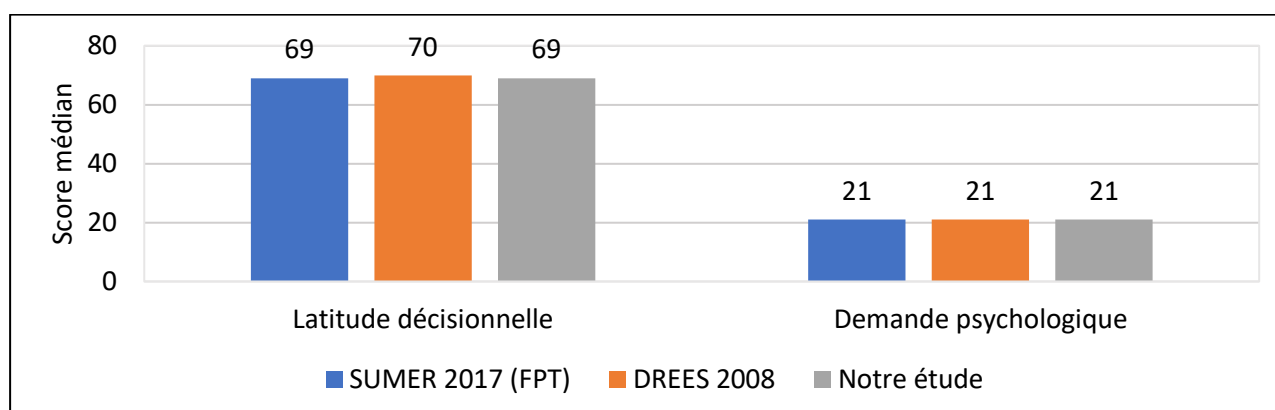


Figure 19 - Comparaison de la latitude décisionnelle et de la demande psychologique selon les études

Par ailleurs, nous avons retrouvé une proportion d'aides à domicile en situation de tension au travail inégale selon les collectivités (Figure 15). Sur le plan matériel, on ne retrouvait pas de différence entre les collectivités. Cette différence de résultat mériterait des investigations plus spécifiques, en particulier sur les conditions de travail.

Lorsque l'on étudiait les facteurs socioprofessionnels, on ne retrouvait pas de différences statistiquement significatives en fonction du travail tendu ou non tendu chez les aides à domicile de la FPT79. Par ailleurs, le questionnaire de Karasek n'a pas évolué depuis 1994 et pouvait présenter des limites pour explorer une thématique évolutive telle que les RPS. Ce questionnaire a été élaboré pour évaluer des contraintes psychosociales dans un environnement industriel, présentant une faible marge de manœuvre et une forte répétition des tâches. Cependant, comme l'explique dans son rapport Michel Gollac, un « excès d'autonomie » peut également être source de RPS d'autant plus si cela concerne des professions avec peu de formation ou de compétence (4). Les aides à domicile ont des missions très polyvalentes, peut être parfois trop. On leur demande d'avoir des compétences dans de multiples domaines : l'entretien ménager, le jardinage, le bricolage, la réalisation de courses ou la confection de repas, l'aide aux transferts, les relations humaines, etc. La dimension de latitude décisionnelle est donc une notion qui mérite d'être plus nuancée.

La demande psychologique

La demande psychologique est un reflet de la quantité et de l'intensité de travail, des contraintes temporelles, des demandes contradictoires ou des interruptions fréquentes. Cette demande psychologique présentait une relation statistiquement significative en fonction de certains facteurs socioprofessionnels (Tableau 5).

La demande psychologique était plus élevée chez les aides à domicile exposées à **des violences verbales et/ou physiques et/ou de gestes à connotation sexuelle déplacés** ($p = 0,02$). Cela va de soi que ces actes peuvent entraîner une charge mentale importante chez la personne exposée. Selon l'étude de la DARES de 2016, 30% des travailleurs actifs déclaraient avoir subi des hostilités dans le cadre professionnel au cours des 12 derniers mois (126). Les aides à domicile de la FPT79 ne semblaient pas moins exposées avec une proportion de 43,8% (78). L'aide à domicile intervient seule chez le bénéficiaire, ce qui peut renforcer le sentiment d'insécurité et donc les exigences émotionnelles.

La demande psychologique était statistiquement plus élevée chez les aides à domicile intervenant tous les jours chez des **bénéficiaires en fin de vie** comparativement à celles qui le faisaient occasionnellement ($p < 0,01$). La fin de vie peut être la source d'exigences émotionnelles importantes. Comme toutes les professions médico-sociales, les aides à domicile sont animées par l'entraide et la bienveillance. Mais lorsqu'elles sont confrontées à la fin de vie, souvent synonyme de souffrance et de dépendance, elles peuvent « absorber » une partie de cette souffrance voire se sentir impuissantes. Un lien fort existe entre les aides à domicile et leurs bénéficiaires, elles sont parfois leur unique lien social restant. Généralement, leur prise en charge s'étale sur plusieurs années pour un même bénéficiaire, renforçant ainsi le lien noué. En plus de la charge mentale, les bénéficiaires en fin de vie ont souvent une capacité de mobilité réduite, entraînant ainsi une charge physique ainsi qu'une pression temporelle importante pour l'aide à domicile.

La demande psychologique était plus importante chez les aides à domicile intervenant tous les jours dans des **milieux insalubres et/ou exigus** ($p < 0,01$). Lorsque l'environnement est exigu, les contraintes physiques sont intensifiées, et force l'aide à domicile à se contorsionner. L'intensité de travail sera augmentée, rendant les tâches plus complexes. L'insalubrité va quant à elle majorer les exigences émotionnelles : il peut être difficile de garder son professionnalisme lorsque les odeurs ou l'hygiène de l'environnement est négligé. Cette insalubrité peut également induire un conflit de valeur : comment laisser le bénéficiaire dans cet environnement dans l'attente d'un signalement de l'aide à domicile à son référent ?

La demande psychologique était plus élevée chez les aides à domicile réalisant des **horaires atypiques** ($p = 0,01$). Cela concernant 17% des aides à domicile de notre échantillon, mais également pour celles interrogées par la DREES (101). La conciliation entre vie privée et vie professionnelle est un élément important pour la qualité de vie au travail. Le fait d'exercer le soir ou les week-ends réduit le temps disponible à partager avec ses proches, ou le temps à s'adonner à des loisirs (114). Cette coupure professionnelle est importante pour se ressourcer, évacuer les contraintes professionnelles. Lorsqu'elle est réduite, elle peut favoriser l'épuisement professionnel.

La demande psychologique était statistiquement plus élevée pour les agents qui déclaraient ne pas bénéficier régulièrement de **formations professionnelles** ($p = 0,02$). Les compétences influencent l'autonomie dans le travail mais aussi la pénibilité ressentie. Dans le cadre des

aides à domicile, certaines contraintes physiques liées à des manutentions pourraient être atténuées en adoptant les bons gestes et les bonnes positions. Cela demande une remise à niveau régulière de ses compétences et de ses pratiques via des formations.

Enfin, plus la **distance hebdomadaire parcourue** était grande, plus le score de demande psychologique était statistiquement élevé ($p = 0,01$). Les aides à domicile exercent dans un secteur limité géographiquement. Celles qui font beaucoup de kilomètres sont celles qui enchainent le plus d'interventions en terme de fréquence. Le nombre de kilomètres parcouru varie ainsi proportionnellement avec l'intensité de travail car il induit une pression temporelle importante. A ce jour, aucune étude ne s'est intéressée à évaluer la relation entre la distance professionnelle parcourue et le travail tendu. On peut tout de même noter que selon la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), les accidents routiers représentent 3% des accidents de travail du régime général, pour environ 20% des accidents de travail mortels. Les accidents de trajets sont donc peu importants en terme quantitatif, mais ils restent particulièrement conséquents en terme de gravité.

4. Les contraintes psychosociales selon le modèle de Siegrist

La présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable était présent chez 12,9% des aides à domicile de notre échantillon. Nous ne pouvions pas comparer nos résultats avec ceux de l'étude réalisée par la DREES car cette dernière n'avait pas utilisé cet outil d'évaluation. Par contre, l'étude de cohorte GAZEL (suivi de plus de 20 000 ex-salariés d'EDF et de GDF) utilisait la même version de l'échelle de Siegrist. Parmi la catégorie de femmes au statut « d'exécutant », il était retrouvé une proportion proche de notre enquête avec 11,5% de ratio efforts/récompenses défavorable (39).

Si l'on s'intéressait à la proportion d'agents ayant un ratio efforts/récompenses défavorable selon la collectivité d'origine, on observait là aussi une disparité. Et comme pour le travail tendu, la CCVG et le CIAST se démarquaient en présentant une proportion de sujets avec un ratio efforts/récompenses défavorable supérieure à la moyenne (Figure 17). L'analyse de l'échelle de Siegrist de ces 2 collectivités ne mettait pas en évidence une sous dimension ou un item précis, pouvant expliquer ces différences de proportions. Ces données mériteraient des investigations plus approfondies, en particulier sur les conditions de travail.

Le fait de retrouver une différence de proportion entre les sujets en situation de tension au travail (25,2%) et les sujets présentant un ratio efforts/récompenses défavorable (12,9%) était attendu. Ces deux échelles permettent d'explorer des dimensions de contraintes psychosociales différentes, et complémentaires. L'échelle de Siegrist va s'intéresser à la **reconnaissance professionnelle** par le biais de 3 sous dimensions :

- La « gratification monétaire » matérialisée par la rémunération. Celle-ci était globalement basse dans l'analyse des réponses des aides à domicile de la FPT79. La plupart estimaient mériter un salaire plus important au vu de leur efforts. Cette reconnaissance monétaire pourrait expliquer la présence statistiquement significative d'un ratio efforts/récompenses favorable chez les agents réalisant des horaires atypiques ($p = 0,04$) (Tableau 8). Les aides à domicile qui réalisaient des horaires atypiques étaient celles qui avaient le nombre d'heures de travail le plus important, et par conséquent la rémunération la plus grande.
- La considération sociale (estime et respect au travail). Cette considération sociale pour les aides à domicile de la FPT79 faisait partie des aspects positifs de leur profession. Pour la plupart d'entre elles, elles estimaient bénéficier du respect qu'elles méritaient dans leur travail par leur hiérarchie ou les bénéficiaires. Bien qu'elles puissent être victimes de violences, ces situations restaient marginales. La bienveillance et l'utilité sociale demeuraient les sentiments prédominants lors de leurs interventions, contrebalançant ainsi avec le manque de reconnaissance monétaire.
- La récompense organisationnelle (contrôle sur le statut professionnel). Si les aides à domicile de la FPT79 estimaient dans l'ensemble que leurs perspectives de promotion n'étaient pas satisfaisantes, ce sentiment était compensé par l'impression que leur sécurité d'emploi n'était pas menacée (perspectives de recrutement importantes) et que leur position professionnelle correspondait bien à leur formation.

Si la deuxième sous dimension de l'échelle de Siegrist, à savoir **les efforts extrinsèques**, avait des similitudes avec les exigences psychologiques du modèle de Karasek, elle présentait cependant quelques nuances. Les réponses des aides à domicile de la FPT79 décrivaient une forte intensité de travail, une pression temporelle et des exigences physiques importantes.

Ceci pourrait expliquer la relation statistiquement significative entre les aides à domicile intervenant tous les jours chez des bénéficiaires très dépendants et un ratio efforts/récompenses défavorable ($p < 0,01$) (Tableau 8). Pour les autres facteurs socioprofessionnels, ces efforts ressentis étaient contrebalancés par une faible interruption de tâches et une faible responsabilité.

5. L'absentéisme

Concernant l'absentéisme, nous avons une proportion de 26,9% d'agents qui déclaraient avoir eu au moins un arrêt de 7 jours ou plus lors des 12 derniers mois tandis que l'étude de la DREES retrouvait 33,6% des agents avec au moins un arrêt de 1 jour ou plus lors des 12 derniers mois (101). La durée moyenne des arrêts était de 87 jours dans notre étude et seulement de 29,4 jours dans le rapport de la DREES (101). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait de ne pas avoir comptabilisé les arrêts de moins de 7 jours dans notre étude. Ceci a eu comme effet de sur-représenter les arrêts de longue durée et de minorer le nombre total d'arrêts.

Ce choix de ne retenir que les arrêts de plus de 7 jours avait pour but de reprendre la méthodologie de l'étude multicentrique européenne d'Isabelle Niedhammer (72) afin de pouvoir comparer ses données avec les nôtres. Cette étude avait mis en évidence une association significative entre l'absentéisme et les exigences émotionnelles, le manque de conciliation entre vie privée et vie professionnelle et d'autres facteurs professionnels. Cependant, nous n'avons pas retrouvé de relation entre l'absentéisme et le travail tendu ou entre l'absentéisme et un ratio efforts/récompenses défavorable.

Selon un rapport de la banque des territoires de 2018, l'absentéisme dans la fonction publique territoriale semble inégalement répartie (127). Plusieurs facteurs influencent l'absentéisme : le type de structure (les CCAS seraient davantage touchés que les autres établissements), la catégorie d'appartenance (les catégories C d'exécutants sont plus touchés que les catégories A et B) et enfin la famille de métier (le secteur culturel serait moins touché que les services techniques ou médico-sociaux). Ce rapport décrivait un taux d'absentéisme général de 12,5 % pour les agents des CCAS/CIAS, c'est-à-dire que plus d'un poste sur 10 était en permanence vacant. Le taux d'absentéisme général de notre étude était presque identique à 12,9%

(nombre de jours en arrêt / nombre de jours travaillés). Mais notre absentéisme ne tenait pas compte des arrêts de courte durée, ce qui peut nous laisser penser que les aides à domicile de la FPT79 sont plus absentes que leurs collègues au niveau national.

Enfin, si l'on comparait le motif des arrêts maladie, notre étude retrouvait un taux d'accident de service ou de maladie professionnelle à 24 %. Cela représentait presque le double de ceux retrouvés dans l'étude de la DREES (13%,) ou le quadruple de l'étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) portant sur les arrêts des salariés du secteur de l'aide à domicile (128). Encore une fois, le fait de ne pas comptabiliser les arrêts de courte durée contrairement aux 2 autres études a sûrement entraîné une sur-représentation des arrêts de longue durée, en particulier ceux en lien avec les maladies professionnelles.

La présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable était associée à une fréquence presque deux fois plus importante d'arrêts pour motif d'accident de service ou maladie professionnelle que pour les agents ayant un ratio favorable (tableau 9). Cette association n'était pas significative et pourrait résulter d'un manque de puissance statistique ($p = 0,24$).

D. Perspectives pour la prévention des RPS

1. Des pistes pour améliorer la prévention des RPS chez les aides à domicile de la FPT79

Le but de ce travail de recherche était de recueillir des données sur la perception des contraintes psychosociales et organisationnelles chez les aides à domicile de la FPT79, et d'identifier des facteurs socioprofessionnels associés à cette perception. Les outils utilisés ne permettaient pas de mesurer un niveau de stress en soi, mais un ressenti sur des situations de travail pouvant entraîner un stress professionnel. C'est pourquoi notre étude intervenait dans une démarche d'évaluation, et non pas dans une démarche d'intervention.

A ce titre, plusieurs facteurs socioprofessionnels et organisationnels ont pu être identifiés comme étant statistiquement associés à une forte demande psychologique, ou encore à la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable. Nous pouvons émettre plusieurs suggestions pour tenter d'améliorer la prévention de ses contraintes psychosociales perçues par les aides à domicile de la FPT79 :

Les bénéficiaires en fin de vie font parti des interventions dites complexes car liées à plusieurs contraintes associées. D'abord ce sont le plus souvent **des bénéficiaire très dépendants** sur le plan physique, entraînant une intensité de travail importante. Mais ils sont également en situation de souffrance de part leur état de santé et dégagent de fortes exigences émotionnelles pour les accompagnants. Les aides à domicile de la FPT79 disposent de temps institutionnels pour échanger sur leurs difficultés professionnelles. Ceci permet de soulager en partie cette charge mentale en partageant son vécu. Mais nous pourrions aller plus loin, et **proposer un support psychologique par un professionnel** habitué à accompagner les travailleurs exposés à la fin de vie. Ce suivi serait disposé ponctuellement pour celles qui en éprouverait le besoin. De plus, **une répartition à proportion équivalente de ces prises en charge dites complexes** entre les aides à domicile permettrait de limiter l'impact psychologique individuel. Il est important **d'alterner ces interventions avec d'autres moins complexes** afin d'équilibrer la charge de travail.

Les horaires fractionnés et les horaires atypiques (soir, week-ends) sont une partie inhérente du métier d'aide à domicile et peuvent difficilement être aménageables. Cependant, pour limiter leurs impacts et favoriser la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle, il est important de **réaliser le planning suffisamment en avance** pour que les agents concernés aient le temps de s'organiser. Dans le même état d'esprit, il faut essayer de **limiter au maximum les remplacements de dernière minute**, quitte à **prévoir un deuxième planning**. Ce deuxième planning serait complémentaire et servirait à identifier les agents disponibles en cas de besoin de remplacement de dernière minute.

La distance hebdomadaire parcourue est source de plusieurs contraintes. Elle augmente l'intensité de travail du fait de la pression temporelle qu'elle induit. Le temps de trajet entre les domiciles des bénéficiaires est compris dans l'horaire dédié à la prestation. Mais il peut y avoir un aléa sur le trajet qui va retarder l'agent, l'obligeant à augmenter son rythme pour récupérer ce temps perdu. Ces aléas peuvent également se produire au domicile du bénéficiaire. Pour limiter cette pression temporelle, il pourrait être pertinent de **prendre en compte dans le planning des agents un temps supplémentaire, dédié aux éventuels aléas**.

De plus, les aides à domicile utilisent majoritairement leur propre véhicule pour se déplacer en intervention. Les frais kilométriques sont en partie pris en charge par l'employeur, mais souvent cela ne compense pas la totalité des coûts d'utilisation. En effet l'agent doit souscrire à ses propres frais une police d'assurance garantissant sa responsabilité au titre de tous les dommages pouvant découler de l'utilisation de son véhicule à des fins professionnelles. En cas d'accident de trajet, ce dernier est directement reconnu comme accident de service (à condition que l'agent n'ait pas commis de faute détachable au service), mais cela n'ouvre pas à des droits de dédommagements financiers selon le Décret n°2001-654 (129). Ainsi, le fait d'**attribuer un véhicule de service pour les déplacements** permettrait de « professionnaliser » les conditions de travail et augmenterait significativement la reconnaissance sociale. Certaines associations d'aides à domicile du secteur privé en disposent depuis déjà plusieurs années. Leur véhicule de service intègre même des dispositifs connectés permettant aux référents hiérarchiques de connaître les horaires de roulage. Ce dispositif ne remet pas en question l'autonomie des aides à domicile (il n'y a pas de géolocalisation), mais permet d'être attentif sur les débordements d'horaire, qui peut être avec l'accumulation de la fatigue, source de danger au volant.

Concernant **les milieux insalubres et/ou exigus**, la particularité des aides à domicile de la fonction publique réside dans le fait qu'elles exécutent leurs missions chez le particulier. De ce fait, leur lieu d'exercice est considéré comme un lieu privé dans lequel le médecin du travail ne peut pas intervenir pour effectuer des actions de prévention (contrairement aux aides à domicile en emploi direct ou mandataires qui sont les salariées du bénéficiaire, dans ce cas le bénéficiaire est alors l'employeur et a le devoir de mettre à disposition un lieu de travail décent selon l'article L4221-1 (130)). Ces restrictions d'intervention en matière de prévention et de promotion de la santé constituent donc à la fois une contrainte à la détection des risques professionnels, mais aussi un obstacle à leur prise en charge. En pratique, on pourrait **émettre des recommandations d'adaptation des espaces et des matériels auprès des bénéficiaires, tout en proposant un accompagnement avec des conseils sur les dispositifs d'aides financières qu'entraîne l'aménagement du domicile**. Il n'en reste pas moins que cette décision ne relève que du bénéficiaire lui-même (131).

Concernant **les violences verbales et/ou physiques et/ou gestes à connotation sexuelle déplacés**, il pourrait être intéressant d'**établir un protocole** en concertation avec les agents et leur direction afin que les violences et/ou les gestes déplacés soient systématiquement remontés et pris en compte. Cela permettrait de répertorier systématiquement tous les agissements hostiles et leurs origines éventuelles, pour en conserver une trace dans un « registre d'incidents ». Cette prise en compte par la hiérarchie permettrait aussi de renforcer la reconnaissance et le soutien apportés à leurs agents. Le protocole pourrait également servir à homogénéiser les pratiques et éviter les oublis. De plus, il existe **des formations spécifiques dédiées à la gestion de situations conflictuelles** entre le travailleur et le public avec lequel il interagit. Ces formations sont largement dispensées pour les salariés accueillant régulièrement du public (bureaux de poste, banques, organismes sociaux, mairies, etc.). De telles formations permettraient aux aides à domicile d'acquérir des outils afin de mieux gérer les violences chez les bénéficiaires.

Dans le même état d'esprit, la possibilité de **bénéficier régulièrement de formations professionnelles** permet aux aides à domicile d'actualiser leurs connaissances voire de les renforcer. Les compétences influencent directement sur l'intensité au travail. Les formations

participent à la remise en question de ces compétences, et de prendre conscience des mauvaises habitudes pratiquées. Lequel d'entre nous n'a jamais réalisé dans la précipitation une manutention en prenant une mauvaise posture ? **Prévoir un recyclage régulier des formations**, par exemple celles traitant de la Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP), permettrait de réduire les contraintes physiques, et donc les efforts extrinsèques. Toujours selon le modèle de Siegrist, la possibilité de développer ces compétences témoignent d'une valorisation organisationnelle et renforce aussi les récompenses perçues.

Par ailleurs, la proportion de sujet en situation de tension au travail était supérieure à la moyenne dans 3 collectivités (CIASMM, CCVG, CIAST). De même, la proportion de sujets possédants un ratio efforts/récompenses défavorable était supérieure à la moyenne pour 2 collectivités (CCVG et CIAST). Il pourrait être intéressant de **rencontrer prioritairement en visite les agents de ces structures** afin de rechercher des éléments pouvant expliquer ces différences, notamment dans les conditions de travail.

Tous les éléments cités précédemment, qui concernent à la fois l'identification des contraintes psychosociales et organisationnelles, mais aussi les potentielles pistes d'action pour réduire ces contraintes, pourraient faire partie intégrante **du DUERP**.

2. Des éléments encourageants pour la prévention des RPS chez les aides à domicile de la FPT79

Au-delà des pistes d'action suggérées pour prévenir les RPS, il est tout aussi important de mettre en lumière les dispositions déjà présentes et participant à la prévention des RPS chez les aides à domicile de la FPT79.

Dans un premier temps, la présence **de fiches de poste** claires et concises sur le statut et les missions permet aux aides à domicile de se concentrer sur leurs tâches, sans se mettre en difficulté en réalisant des missions hors de leur compétences. Ces fiches étaient relativement identiques quelque soit la collectivité d'origine.

La présence **de réunions institutionnelles** organisées pour les agents, avec une fréquence variable selon les collectivités, est un véritable lieu d'échange constructif. Il permet aux aides à domicile de partager entre elles ou avec leur direction leurs éventuelles difficultés rencontrées au travail. Ces temps là sont l'occasion de renforcer positivement les rapports sociaux.

De plus, le soutien de l'employeur via les collectivités et le CDG79 à ce travail de recherche, traduit l'intérêt porté pour la prévention des RPS. Il n'y a pas de volonté d'occulter ou de minimiser la problématique des RPS, ce qui permet d'envisager d'éventuelles suites à ce travail. Il est par ailleurs prévu de réaliser un retour des principaux résultats de cette enquête en réunion de CHSCT. Même si les résultats sont à aborder avec prudence, car non extrapolables à l'ensemble de la population concernée, les perspectives d'amélioration des contraintes psychosociales pourront faire l'objet d'une discussion. Enfin, à la suite de cette réunion, un courrier sera envoyé aux structures d'aides à domicile afin que les agents aient un retour de l'enquête et des éventuelles propositions d'actions qui pourront en découler.

❖ CONCLUSION

La problématique des RPS, dans le contexte socio-économique instable que nous vivons, apparaît plus que jamais comme un enjeu majeur pour la médecine et santé au travail. La profession d'aide à domicile ne fait pas exception et présente de nombreuses contraintes psychosociales. Parmi les aides à domicile, ces contraintes ont très peu été évaluées dans la littérature, et encore moins dans le domaine de la fonction publique territoriale.

Notre étude mettait en évidence que 25,2% des aides à domicile de la FPT79 étaient en situation de tension au travail et que 12,9% présentaient un ratio efforts/récompenses défavorable. On ne retrouvait pas de relation statistiquement significative entre le travail tendu et les facteurs socioprofessionnels. Cependant, la demande psychologique et la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable mettaient en avant des relations statistiquement significatives avec plusieurs facteurs socioprofessionnels : les interventions chez des bénéficiaires en fin de vie ou très dépendants ou dans des milieux insalubres et/ou exigus, la réalisation d'horaires atypiques, la distance parcourue en véhicule, le fait de bénéficier de formations professionnelles ou encore l'exposition à des violences. Enfin, le travail tendu et la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable ne montraient pas d'impact statistiquement significatif sur l'absentéisme.

En raison des limites de notre étude, ces résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des aides à domicile de la FPT79. Cette étude se présente comme une enquête préliminaire qui permet d'apporter un certain nombre de constatations et de suggestions afin de réduire les contraintes psychosociales des aides à domicile de la FPT79. Au regard de ces éléments, il serait intéressant de compléter cette étude par d'autres travaux d'évaluation qui prendraient en compte les impacts sur la santé physique (TMS) et sur la santé mentale (troubles anxiodépressifs, épuisements professionnels).

Pour finir, gardons en mémoire que nous exerçons selon Hippocrate, l'art le plus noble :

« Omnium artium medicina nobilissima est »

❖ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chakor T. Généalogie des risques psychosociaux au travail: un phénomène au cœur d'une tension politique. Economies et Sociétés, série "Etudes critiques en management"; 2015.
2. Caroly S, Simonet P, Vézina N. Marge de manœuvre et pouvoir d'agir dans la prévention des TMS et des RPS. Le travail humain. 2015;78(1):1-8.
3. Nasse P, Légeron P, Bertrand X. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. 2008;
4. Gollac M, Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. La documentation française. 2011;223p.
5. Daele AV, Rogez, Isabelle. Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? Disponible sur <https://asstv86cgt.files.wordpress.com/2010/05/14-100430085059.pdf>. :15.
6. Bourgeois P, Charlot J, Derriennic F, Lebrun T, Leclerc A, Meyer J-P, et al. Rachialgies en milieu professionnel : quelles voies de prévention ? Institut national de la santé et de la recherche médicale; 1995 p. 182 pages. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570645>
7. Offia Ibem E, Anosike MN, Azuh DE, Mosaku TO. Work Stress Among Professionals in the Building Construction Industry in Nigeria. Australasian Journal of Construction Economics and Building, The. 2011;11(3):45.
8. Hirigoyen M-F. Le harcèlement moral au travail. Presses universitaires de France; 2017.
9. Code du travail | Legifrance Article L1152-1 Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
10. Soares A. Quand le travail devient indécent: le harcèlement psychologique au travail. Université du Québec à Montréal. 2002;
11. Bonafons C, Jehel L, Hirigoyen M-F, Coroller-Béquet A. Précision de la définition du harcèlement moral au travail. L'Encéphale. 2008;34(4):419-26.
12. Prévot E. Féminisation de l'armée de terre et virilité du métier des armes. Cahiers du genre. 2010;(1):81-101.
13. Ragot A, Guiho-Bailly M-P, Tanguy M, Gohier B, Garré J-B, Roquelaure Y. Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au Centre hospitalier universitaire d'Angers. Sante Publique. 2013;Vol. 25(6):729-36.
14. Catlla M, Albanel X. L'insaisissable mal-être au travail dans la Fonction publique territoriale. Sociologies pratiques. 17 sept 2009;n° 19(2):23-37.

15. Volkoff S. « Montrer » la pénibilité : le parcours professionnel des éboueurs. Actes de la recherche en sciences sociales. 1 nov 2006;no 163(3):62-71.
16. Boussard V, Lorient M. Les cadres du ministère des affaires étrangères et européennes face à la LOLF. Revue française d'administration publique. 2008;n° 128(4):717-28.
17. Agence Européenne pour la Santé et Sécurité au Travail (2003) « Comment maîtriser les problèmes psychosociaux et réduire le stress d'origine professionnelle » Luxembourg. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/fr/publications/te4502967enc-how-tackle-psychosocial-issues-and-reduce-work-related-stress>
18. Selye H. The stress of life. (New York, US McGraw Hill). 1956.
19. Guillet L. Stress, modèles et application. In: Colloque National de la Recherche dans les IUT. 2008.
20. Marchand S. Le phénomène de la douleur [Internet]. Unithèque. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/le-phenomene-douleur/elsevier-masson/Livre/31215>
21. Dany L, Dormieux A, Futo F, Favre R. La souffrance: représentations et enjeux. Recherche en soins infirmiers. 2006;(1):91-104.
22. Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Souffrance mentale au travail. Les cahiers de l'intefp avril 2006 -.
23. Dejours C. Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale. Vol. 715. Seuil Paris; 1998.
24. Spencer KL. Temporal changes in work content. American Sociological Review. 1979;968-75.
25. Kohn ML, Schooler C. The reciprocal effects of the substantive complexity of work and intellectual flexibility: A longitudinal assessment. American Journal of sociology. 1978;84(1):24-52.
26. Karasek Jr RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative science quarterly. 1979;285-308.
27. Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and health. Historical and Current Perspectives on Stress and Health (Research in Occupational Stress and Well Being, Vol 2), Emerald Group Publishing Limited, Bingley. 2002;261-91.
28. Wirtz A, Nachreiner F. The effects of extended working hours on health and social well-being—a comparative analysis of four independent samples. Chronobiology International. 2010;27(5):1124-34.
29. Benavides FG, Benach J, Muntaner C, Delclos GL, Catot N, Amable M. Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? Occupational and environmental medicine. 2006;63(6):416-21.

30. Jacquinet S. Souffrance sociale des usagers et malaise des travailleurs sociaux. Pensée plurielle. 2004;(2):39-49.
31. Guignon N. Risques professionnels: les femmes sont-elles à l'abri? Femmes et hommes-Regards sur la parité. 2008;51-63.
32. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. Journal of Epidemiology & Community Health. 1996;50(3):245-51.
33. Dubet F. Au-delà de la crise: le «cas» du travail social. Empan. 2006;(1):138-45.
34. Vézina M. La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail: nouveau défi pour la santé publique. Santé publique. 2008;20(hs):121-8.
35. Sennett R. The corrosion of character: The personal consequences of work in the new capitalism. WW Norton & Company; 1998.
36. Wichert I, Burchell B, Ladipo D, Wilkinson F. Job insecurity and work intensification. Job insecurity and work intensification. 2002;92-111.
37. Demerouti E, Bakker AB, De Jonge J, Janssen PP, Schaufeli WB. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. Scandinavian journal of work, environment & health. 2001;279-86.
38. Haberey-Knuessi V. Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers. 2011;(1):23-9.
39. Niedhammer I, Ganem V, Gendrey L, David S, Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du «Job Content Questionnaire» de Karasek: résultats de l'enquête nationale SUMER. Santé publique. 2006;18(3):413-27.
40. Lesuffleur T, Chastang J-F, Cavet M, Niedhammer I. Facteurs psychosociaux au travail et santé perçue dans l'enquête nationale SUMER. Santé Publique. 2015;27(2):177-86.
41. INRS. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2017 : comment ont évolué les expositions des salariés aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? Article de revue INRS. Disponible sur: <http://www.inrs.fr>
42. De Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. Social science & medicine. 2000;50(9):1317-27.
43. Conseil Economique et Social. Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés. 2004. Disponible sur: <https://www.lecese.fr>

44. Macovei, D-I. Evaluation des contraintes psychosociales de l'environnement de travail perçues suite à une démarche pluridisciplinaire de prévention des RPS au CHU de Toulouse.2013. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/401/1/2013TOU31553.pdf>
45. Aubert P, Caroli È, Roger M. Nouvelles technologies et nouvelles formes d'organisation du travail. *Revue economique*. 2006;Vol. 57(6):1329-49.
46. Leon, E. Managing-a-post-Covid19-era-ebook-ESCP-Business-School.pdf Disponible sur: <https://www.unimev.fr/wp-content/uploads/2020/06/managing-a-post-Covid19-era-ebook-ESCP-Business-School.pdf#page=395>
47. Roquelaure Y, Bodin J, Descatha A, Petit A. Troubles musculo-squelettiques liés au travail. *La Revue du Praticien*. 2018;68(1):84-90.
48. Le rapport annuel 2018 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels présente les chiffres annuels de la sinistralité, les éléments d'équilibre financier de la branche et les prestations versées. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-reference/assurance-maladie-risques-professionnels/rapports-annuels>
49. Coggon D, Ntani G, Palmer KT, Felli VE, Harari R, Barrero LH, et al. The CUPID (Cultural and Psychosocial Influences on Disability) study: methods of data collection and characteristics of study sample. *PloS one*. 2012;7(7).
50. Hoe VC, Kelsall HL, Urquhart DM, Sim MR. Risk factors for musculoskeletal symptoms of the neck or shoulder alone or neck and shoulder among hospital nurses. *Occup Environ Med*. 2012;69(3):198-204.
51. Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*. 2015;52(2):635-48.
52. Trichard A, Vignaud M-C, Herin F, Gabinski P, Broessel N, Druet-Cabanac P-M, et al. Contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants (CPO): présentation de l'étude ORSOSA. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2009;70(1):28-35.
53. Choi B, Östergren P-O, Canivet C, Moghadassi M, Lindeberg S, Karasek R, et al. Synergistic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress. *International archives of occupational and environmental health*. 2011;84(1):77-89.
54. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2006;443-62.
55. Maslach C, Leiter MP. Burnout. *Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health*. 2006;37:42-9.

56. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, Narahara JL, Abrão MN, Diniz RW, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *European journal of cancer care*. 2008;17(6):524-31.
57. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health*. 2017;17(1):264.
58. Brunet S. La prévention des risques psychosociaux. Les avis du CESE. 2013;
59. Madsen IE, Nyberg ST, Hanson LM, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological medicine*. 2017;47(8):1342-56.
60. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occupational and environmental medicine*. 2018;75(4):245-53.
61. Gilbert-Ouimet M, Trudel X, Brisson C, Milot A, Vézina M. Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2014;109-32.
62. Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Ahola K, Alfredsson L, Bjorner JB, et al. Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: a pooled analysis of 124,808 men and women. *Diabetes care*. 2014;37(8):2268-75.
63. Nyberg ST, Heikkilä K, Fransson EI, Alfredsson L, De Bacquer D, Bjorner JB, et al. Job strain in relation to body mass index: pooled analysis of 160 000 adults from 13 cohort studies. *Journal of internal medicine*. 2012;272(1):65-73.
64. Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, Casini A, Clays E, et al. Job strain and cardiovascular disease risk factors: meta-analysis of individual-participant data from 47,000 men and women. *PloS one*. 2013;8(6).
65. Kivimäki M, Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, Casini A, et al. Associations of job strain and lifestyle risk factors with risk of coronary artery disease: a meta-analysis of individual participant data. *Cmaj*. 2013;185(9):763-9.
66. Goldberg M, Zins M. Le travail stressant et le cœur ne font pas bon ménage. *Médecine/sciences*. 2017;33(11):991-6.
67. Aboa-Éboulé C, Brisson C, Maunsell E, Bourbonnais R, Vézina M, Milot A, et al. Effort-reward imbalance at work and recurrent coronary heart disease events: a 4-year prospective study of post-myocardial infarction patients. *Psychosomatic Medicine*. 2011;73(6):436-47.
68. Fransson EI, Nyberg ST, Heikkilä K, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, et al. Job strain and the risk of stroke: an individual-participant data meta-analysis. *Stroke*. 2015;46(2):557-9.

69. Li J, Zhang M, Loerbroeks A, Angerer P, Siegrist J. Work stress and the risk of recurrent coronary heart disease events: A systematic review and meta-analysis. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2015;1-12.
70. Herbig PA, Palumbo FA. Karoshi: Salaryman sudden death syndrome. *Journal of Managerial Psychology*. 1994;9(7):11-6.
71. Inan C. Les absences au travail des salariés pour raisons de santé: un rôle important des conditions de travail. DARES. 2013;
72. Niedhammer I, Chastang J-F, Sultan-Taïeb H, Vermeylen G, Parent-Thirion A. Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. *The European Journal of Public Health*. 2013;23(4):622-9.
73. Duijts SF, Kant I, Swaen GM, van den Brandt PA, Zeegers MP. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *Journal of clinical epidemiology*. 2007;60(11):1105-15.
74. Bourion C. Le bore-out syndrom: quand l'ennui au travail rend fou. Albin Michel; 2015.
75. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2000;54(7):502-9.
76. Klein J, Frie KG, Blum K, von dem Knesebeck O. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health services research*. 2011;11(1):109.
77. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*. 2011;30(2):202-10.
78. Calculer les coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail - Santé et sécurité au travail EU-OSHA. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/fr/publications/calculating-cost-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view>
79. Trontin C. Coûts du stress: éléments d'appréciation des enjeux économiques. In: Colloque CHP in Liège Travail et Stress: la loi sur le Bien-Etre. 2006.
80. Sultan-Taïeb H, Chastang J-F, Mansouri M, Niedhammer I. The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France. *BMC public health*. 2013;13(1):748.
81. Code du travail. LOI n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail (1) - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
82. Code du travail. Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>

83. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (1) - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
84. Ministère du travail et des relations sociales. Accord du 2 juillet 2008 relatif au stress au travail. Ministère du travail et des relations sociales Disponible sur: <http://cfecgc-auvergnerhonealpes.org/doc/engagements/engagement-22.pdf>
85. Code du travail. Arrêté du 23 avril 2009 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail. Légifrance Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
86. Ministère de la décentralisation et de la fonction Publique. Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique. Disponible sur: https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_les_essentiels/livret-02-kit-rps.pdf
87. Code du travail. LOI n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
88. Code 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 - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
89. INRS. Idée reçue n° 1. Un peu de stress, c'est motivant - Affiche - INRS Disponible sur: <http://www.inrs.fr>
90. Arnoux-Nicolas C. Chapitre 1. Qu'est-ce que le sens du travail ? Ressources humaines. 2019;3-58.
91. Brun J-P, Dugas N, Québec (Province), Centre d'expertise en gestion des ressources humaines. La reconnaissance au travail: une pratique riche de sens : document de sensibilisation. Québec: Centre d'expertise en gestion des ressources humaines; 2002.
92. Code du travail Article L2242-17 - Code du travail - Légifrance Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
93. Nogues H. 6. De l'aide ménagère à la PSD : les avatars des prestations d'aide à domicile. In: Martin C, éditeur. La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe ? [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2015. p. 133-55. Disponible sur: <http://books.openedition.org>
94. Dalloz VAD, Dalloz É, Vergé C, Griolet G. Jurisprudence générale. Bureau de la Jurisprudence générale; 1867.
95. Ennuyer B. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Gerontologie et societe. 2007;30 / n° 123(4):153-67.
96. FRANCESCHI J, AUROUX J. Financement de logements-foyers pour personnes âgées dépendantes à l'aide de prêts locatifs aidés. Circulaire n 86-16 du 13 février 1986. Moniteur (Le) des Travaux Publics et du Bâtiment Paris. 1986;(12):34-5.

97. Spique, S. Historique_aide_a_domicile.pdf Disponible sur: http://archive.orgasociaux.cgt/historique_aide_a_domicile.pdf
98. Code du travail. Section 1 : Frais de gestion et mesures fiscales et sociales. (Articles L7233-1 à L7233-3) - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
99. Jany-Catrice F, Puissant E. L'aide à domicile face aux services à la personne et registres d'action contradictoires : des politiques aux organisations. La Revue de l'Ires. 2010;n° 64(1):121-47.
100. Argoud D. Approche historique des dispositifs gérontologiques en France. Gérontologie et société. 2010;33(1):103-10.
101. Marquier R. Les conditions de travail des aides à domicile. DREES. 2008;60.
102. Marquier R. Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001 - 2010). 2012;26.
103. Droit national en vigueur. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
104. Droit national en vigueur. Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). 2016-74 janv 29, 2016. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
105. Frankreich, éditeur. Les services à la personne. Paris: Documentation Française; 2008. 147 p.
106. DREES. Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées. DREES; 2008. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
107. Code du travail - Article D7231-1. Code du travail. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
108. Maulini O. Travail, travail prescrit, travail réel. FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation, Glossaire. 2010;23.
109. Fastres S, Dupiet A. Etude sur les condition de travail des aides à domicile du lot. Cabinet AZ conseil; 2009.
110. Bossons futé. Aide à domicile - Aide à la personne. Disponible sur: <http://www.bossons-fute.fr>
111. INRS. Epicea, Publications et outils - INRS. Disponible sur: <http://www.inrs.fr>
112. Lafont M, Balgairies L. Sensibilisation et prévention des risques troubles musculo-squelettiques dans le secteur des aides à domicile. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2016;77(3):427.

113. Richez-Battesti N, Petrella F, Gianfaldoni P. Travail, organisations et politiques publiques : quelle soutenabilité à l'heure de la mondialisation ? : XXXI^{es} Journées de l'Association d'économie sociale. Presses univ. de Louvain; 2012. 623 p.
114. INRS. Horaires atypiques de travail (hors travail de nuit) : quels effets sur la santé et la sécurité au travail ? - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20166>
115. Clozel D. Analyse qualitative des risques professionnels, des conditions de travail et de l'état de santé des salariés de l'aide et du soin à domicile pour soumettre plusieurs méthodes d'approche d'investigation à mener. 2008;97.
116. ROUBAN L. La fonction publique. LA DECOUVERTE; 2010. 131 p.
117. Droit national en vigueur LOI n° 2015-292 du 16 mars 2015 relative à l'amélioration du régime de la commune nouvelle, pour des communes fortes et vivantes (1). 2015-292 mars 16, 2015.
118. Nahon. Les contraintes ressenties chez les aides à domicile. DREES 2012 pdf. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
120. Roquelaure Y, Ha C, Gohier B, Dano C, Touranchet A, Leclerc A, et al. Exposure to psychosocial stressors at work in the Pays de la Loire region in 2002. L'encephale. 2007;33(2):160-8.
121. Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. 2000;48(5):419-37.
122. Avril C. 6. Les compétences féminines des aides à domicile. Charges de famille. La Découverte; 2003 Disponible sur: <https://www.cairn.info/charges-de-famille--9782707141347-page-187.htm>
123. Hellemans C, Karnas G. Epreuve de validation du modèle de Karasek auprès de travailleurs du secteur tertiaire. Relations du modèle avec les «tensions mentales». Revue européenne de psychologie appliquée. 1999;49(3):215-24.
124. Code du travail. Article 57 - Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale (1). - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
125. INSEE. Dossier-Contactuels_effectifs.pdf. INSEE. 2019. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr>
126. DARES. Travail_et_bien-etre_tc_vd_2.pdf. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr>
127. Banque des territoires. L'absentéisme des agents territoriaux s'est stabilisé l'an dernier. Banque des Territoires. Disponible sur: <https://www.banquedesterritoires.fr>. 2019.

128. CARSAT. Sinistralité 2008 des structures d'aide et de soin à domicile. CARSAT 2010;24.
Disponible sur: <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>
129. Code du travail. Article 14 - Décret n°2001-654 du 19 juillet 2001 fixant les conditions et les modalités de règlements des frais occasionnés par les déplacements des personnels des collectivités locales- Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
130. Code du travail. Article L4221-1. Aménagements des locaux de travail. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
131. Vérollet Y. Le développement des services à la personne. Direction des Journaux officiels; 2007.

Annexe 1 : Description des agréments des services d'aide à la personne.

L'agrément simple :

Selon l'article L 7233-1, les associations effectuant les tâches ménagères ou familiales ne sont pas tenues d'être agréées, sauf si leur activité concerne des publics fragiles ou si elles souhaitent bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux (98).

L'agrément de qualité :

L'article 7233-1, premier alinéa, prévoit que l'agrément est obligatoire pour les associations et entreprises dont le champ d'activité concerne « la garde d'enfant âgés de moins de 3 ans, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées qui ont besoin d'une aide à domicile ou d'une aide à la mobilité favorisant le maintien à domicile » (98).

Ces associations ou entreprises peuvent alors bénéficier des dispositions de l'article L 7233-3 et L 7233-4, autrement dit des d'avantages fiscaux : réduction de la taxe sur la valeur ajoutée, réduction d'impôts et exonération de charges sociales patronales (98).

Annexe 2 : Le Diplôme d'État d'Accompagnement Éducatif et Social (DEAES)

Les titulaires du DEAVS, du DEAMP et du CAFAD qui pour rappel correspondent aux anciennes qualifications pour le métier d'aide à domicile, obtiennent automatiquement et de droit le DEAES avec la spécialité correspondante.

Le DEAES atteste des compétences requises pour exercer des activités visant à accompagner les personnes au quotidien, que ce soit à domicile, en structure ou dans le milieu scolaire en fonction de la spécialité choisie. Il atteste par ailleurs de la capacité de la personne à coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés et impliqués, tout en permettant à la personne d'être « acteur de son projet de vie », comme indique le texte législatif de création du diplôme.

Il s'agit donc de réaliser un accompagnement social au quotidien, visant à compenser les conséquences d'un handicap, quelles qu'en soient l'origine ou la nature, qu'il s'agisse de difficultés liées à l'âge, à la maladie, ou au mode de vie, ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, et à permettre à la personne de définir et de mettre en œuvre son projet de vie. Concrètement, la formation DEAES dure en tout 1365 heures. Il y a un tronc commun de 1043 heures + une spécialité à choisir (sur 3 possibles) de 322 heures. Cela représente 525 heures théoriques et 840 heures pratiques sur une durée de 9 à 24 mois.

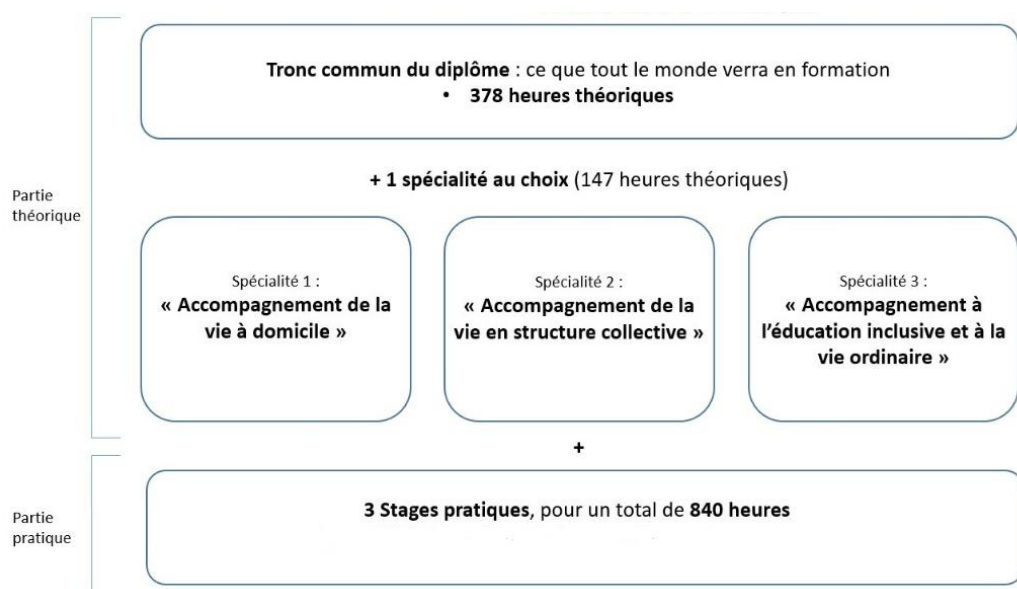
Le tronc commun se découpe en 4 domaines de compétences:

- **Domaine de compétence 1** : se positionner comme professionnel dans le champ de l'action sociale. Ce premier domaine porte sur quatre grands champs de connaissance : les politiques publiques et sociales du secteur, les connaissances d'anatomie et de physiologie avec les pathologies associées, le champ de la psychologie, et enfin les notions d'éthique et de déontologie du travailleur social.
- **Domaine de compétence 2** : accompagner la personne au quotidien et dans la proximité. Ce domaine forme aux connaissances et techniques pratiques de base dans les actes de la vie quotidienne : relation au corps, ergonomie et manutention, nutrition, hygiène, communication.

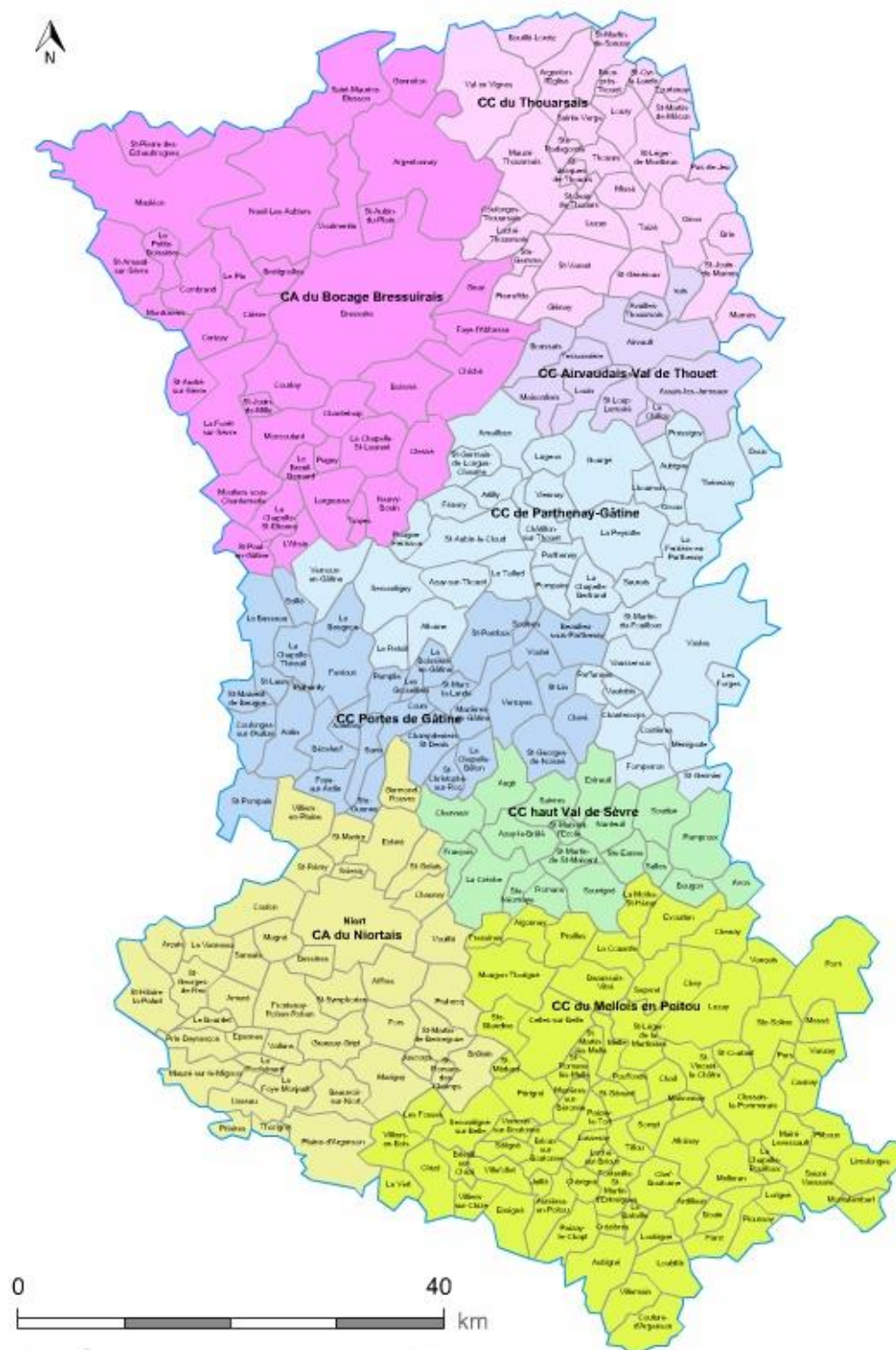
- **Domaine de compétence 3** : coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés. Ce domaine est relatif aux compétences de travail en équipe pluriprofessionnelle : droit du travail et responsabilités juridiques, travailler en réseau, s'organiser dans sa pratique, communiquer en situation professionnelle et transmettre les informations.
- **Domaine de compétence 4** : participer à l'animation de la vie sociale et citoyenne de la personne. Ce dernier domaine traite du maintien et du développement de l'autonomie sociale de la personne, ainsi que des méthodes éducatives et/ou d'animation auprès des publics accompagnés.

Une fois le tronc commun validé, les étudiants doivent choisir une ou plusieurs spécialités parmi les 3 certificats disponibles:

- **Accompagnement de la vie à domicile** : permet de se spécialiser pour les interventions au domicile des personnes aidées (emploi direct, entreprises prestataires ou mandataires, fonction publique).
- **Accompagnement de la vie en structure collective** : a pour but de se spécialiser pour les interventions en structure d'hébergement accueillant un public en situation de handicap ou en perte d'autonomie.
- **Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire** : permet de se spécialiser pour intervenir auprès d'enfants et d'adolescents en situation de handicap, afin de les aider au cours de leur scolarité et dans leurs gestes au quotidien (écoles et instituts spécialisés).



Annexe 3 : Carte des communes et intercommunalités des Deux-Sèvres



Annexe 4 : Courrier adressé aux responsables de centres concernant les modalités de l'étude

Saint-Maixent l'École, le 3 février 2020

Madame la responsable

Objet : Etude sur la qualité de vie au travail de l'ensemble des aides à domicile de la Fonction Publique Territoriale des Deux-Sèvres.

M. MARTOS, réalise cette étude dans le cadre de sa thèse de doctorat en médecine du travail sous la responsabilité du Docteur GIRAUD, médecin de prévention du Centre De Gestion des Deux-Sèvres.

Sont concernées par l'étude les aides à domicile, auxiliaires de vie, en revanche sont exclues les auxiliaires de soins (aides-soignantes).

Afin de réaliser son étude, il doit en premier lieu, recueillir les réponses des questionnaires ci-joints.

Le questionnaire

- Il comprend 2 pages (recto et verso)
- Il est individuel et remis à chaque agent
- Chaque question nécessite une réponse (sinon le questionnaire sera considéré comme nul donc non pris en compte)
- Il est confidentiel et anonyme
- Il devra être retourné **avant le 02 Avril 2020**, au service médecine par l'intermédiaire de la lettre T jointe (retour gratuit pour les agents)

La collectivité et les agents concernés auront un retour de cette étude à l'issue de la soutenance de la thèse, et dans les meilleurs délais.

M. MARTOS et moi-même vous remerciant pour votre participation à cette enquête.

Docteur GIRAUD

Médecin de prévention



Annexe 5 : Outil de recueil

Enquête sur l'évaluation des contraintes psychosociales ressenties chez les aides à domicile de la fonction publique territoriale des Deux-Sèvres.

A l'occasion d'une thèse de doctorat en médecine, votre médecin du travail réalise une étude permettant de faire un état des lieux sur les contraintes psychosociales professionnelles ressenties au sein des aides à domicile de la fonction publique territoriale des Deux-Sèvres. L'enquête se déroule à partir du questionnaire ci-dessous et votre anonymat sera respecté. Les résultats de cette étude seront disponibles à votre demande lors de votre future visite auprès de la médecine de prévention.

1. Etes-vous ☐ Un homme ☐ Une femme
2. Quel est votre âge ? ☐ 18-34 ans ☐ 35-55 ans ☐ > 55 ans
3. Depuis combien de temps (en années) travaillez-vous en tant qu'aide à domicile au sein de la fonction publique territoriale des Deux-Sèvres ? |__|__| an(s).
Si cela fait moins d'un an, depuis combien de mois ? |__|__| mois.
4. Quel est votre statut d'emploi ? ☐ Stagiaire / Titulaire ☐ CDD
5. Quel est votre temps de travail hebdomadaire mentionné sur votre contrat de travail ?
☐ 28 Heures ou plus/semaine ☐ Moins de 28 Heures/semaine ☐ Je ne sais pas
6. Quel est votre employeur public ? _____
7. Exercez-vous le métier d'aide à domicile en plus de votre emploi d'agent territorial ?
☐ Oui ☐ Non
- Si oui, merci de cocher la(les) situation(s) correspondante(s) :
 - ☐ Emploi direct par le bénéficiaire (via des chèques emploi-service ou un salaire traditionnel).
 - ☐ Service mandataire (mise en relation avec le bénéficiaire via une association mais le bénéficiaire reste votre employeur).
 - ☐ Salarié(e) au sein d'une association privée.
8. Travaillez-vous les nuits et/ou les week-ends (samedi et/ou dimanche) ? ☐ Oui ☐ Non
9. Quelle distance parcourez-vous en moyenne par semaine dans le cadre de vos missions d'aide à domicile ? ☐ 0 – 50 Km ☐ 50 – 200 Km ☐ > 200 Km
10. Pour se faire, vous utilisez (plusieurs réponses sont possibles) :
 - ☐ Votre véhicule personnel sans remboursement des frais kilométriques.
 - ☐ Votre véhicule personnel avec remboursement des frais kilométriques.
 - ☐ Un véhicule de service (utilisable uniquement pour vos trajets professionnels).
11. Vous intervenez auprès d'un public :
☐ De personnes âgées ☐ De personnes jeunes en situation de handicap ☐ Les deux
12. Disposez-vous d'équipements adaptés pour vos missions ? ☐ Oui ☐ Non

13. Bénéficiez-vous régulièrement de formations professionnelles (formation aux gestes et postures, manipulation de produits chimiques, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

14. D'une manière globale à quelle fréquence effectuez-vous ces activités :

	Jamais	Parfois (pas tous les jours)	Souvent (tous les jours mais moins de la moitié de mon temps de travail)	Très souvent (tous les jours et plus de la moitié de mon temps de travail)
Ménage courant.				
Toilettes/transferts de bénéficiaires peu dépendants.				
Toilettes/transferts de bénéficiaires hautement dépendants (ne se mobilisant pas tout seul).				
Garde d'enfants.				
Intervention dans un milieu insalubre ou exigü.				
Intervention auprès de bénéficiaires en fin de vie.				
Activités annexes (courses, service de repas, aides administratives, accompagnement en sortie).				
Intervention partagée avec d'autres professionnels de santé.				

15. Au cours de votre travail, êtes-vous exposé(e) à des agressions physiques et/ou verbales et/ou à des gestes à connotation sexuelle déplacés ? ☐ Oui ☐ Non

16. **Lors des 12 derniers mois**, avez-vous eu un ou des arrêts de travail de 7 jours consécutifs ou plus ? (ne pas prendre en compte les arrêts de moins de 7 jours et les congés annuels/maternité/parentaux) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de remplir le tableau ci-dessous en précisant la durée de l'arrêt en jours et en cochant la nature de l'arrêt correspondante parmi les 3 choix disponibles :

	Durée en jours	Accident de service / Maladie professionnelle	Arrêt maladie en lien avec le travail (douleur suite à une manutention au travail par exemple)	Arrêt maladie sans lien avec le travail
Arrêt n°1				
Arrêt n°2				
Arrêt n°3				
Arrêt n°4				

Les 2 questionnaires suivants se rapportent à votre travail habituel **au cours des 12 derniers mois**. Veuillez cocher la case qui correspond au mieux à ce que vous ressentez. Il est important que vous répondiez à toutes les questions.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles.				
2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives.				
3. Mon travail demande d'être créatif.				
4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même.				
5. Mon travail demande un haut niveau de compétence.				
6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail.				
7. Dans mon travail, j'ai des activités variées.				
8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail.				
9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles.				
10. Mon travail demande de travailler très vite.				
11. Mon travail demande de travailler intensément.				
12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive.				
13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter mon travail.				
14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes.				
15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense.				
16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard.				
17. Mon travail est très "bousculé".				
18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail.				

1. Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
2. Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
3. J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
4. Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
5. Mon travail exige des efforts physiques.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
6. Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
7. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.	D'accord	Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
8. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.	D'accord	Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
9. Au travail je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.	D'accord	Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
10. On me traite injustement dans mon travail.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
11. Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
12. Mes perspectives de promotion sont faibles.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
13. Ma sécurité d'emploi est menacée.	Pas d'accord	D'accord et je ne suis pas perturbé(e)	D'accord et je suis un peu perturbé(e)	D'accord et je suis perturbé(e)	D'accord et je suis très perturbé(e)
14. Ma position actuelle professionnelle correspond bien à ma formation.	D'accord	Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
15. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail.	D'accord	Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
16. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.	D'accord	Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
17. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.	D'accord	Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)

Nous vous remercions grandement d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

Annexe 6 : Exemple d'une fiche de poste d'aide à domicile de la FPT79

Centre Intercommunal



Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

Fiche de Poste – Aide à Domicile du SAAD

Validée en Comité technique du 31 mars 2015

Rattachement hiérarchique : Monsieur le Directeur Général des Services
Madame la Directrice du SPASAD
Madame l'agent de coordination du SAAD

Affectation	Département : Deux-Sèvre Direction : Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) Service : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)
MISSIONS ET FONCTIONS	MISSIONS : Conformes aux textes de la Fonction Publique Territoriale en vigueur et aux droits et obligations du fonctionnaire. L'aide à domicile a pour mission d'accompagner et d'aider les personnes dans les actes de la vie quotidienne. Elle accomplit ces missions sous la responsabilité du responsable administratif du service, dans la limite de ses compétences. ACTIVITES : L'aide à domicile a pour objectif d'accompagner et d'aider les personnes dans les actes de la vie quotidienne : - Aider à l'entretien du linge et du logement, - Aider au lever et au coucher, - Aider à la toilette, à l'habillage et au déshabillage, - Stimuler à la prise des médicaments, - Aider aux repas (préparation, prise, stimulation), - Accompagner le bénéficiaire pour faire les courses, - Renseigner les outils de transmissions, - Collaborer avec les différents intervenants au domicile du bénéficiaire, - Stimuler à l'activité sociale et relationnelle. ⇒ Elle a un rôle de prévention, d'éducation, d'écoute et d'accompagnement auprès des bénéficiaires et de leurs familles. ⇒ Elle encadre les stagiaires ⇒ Elle assure des transmissions écrites et orales auprès des responsables du service ⇒ Elle participe aux réunions d'équipes et aux réflexions collectives sur le projet de soins ⇒ Elle travaille en partenariat avec d'autres professionnels (infirmiers libéraux, médecins, kinésithérapeutes, assistantes sociales...)



DIMENSION DU POSTE	Unité de travail : CIAS du Mellois ➤ SPASAD et plus particulièrement le SAAD Interventions sur les cantons de LEZAY et MELLE. Possiblement sur les cantons suivants: LA MOTHE SAINT-HERAY, SAUZE-VAUSSAIS, BRIOUX SUR BOUTONNE, CHEF BOUTONNE et CELLES SUR BELLE. Moyens utilisés : tous les moyens mis à disposition par l'établissement et en fonction des disponibilités: véhicule de service et téléphone portable professionnel. Contraintes : Travail à temps non complet ou complet, heures complémentaires en fonction des besoins du service: Travail du week-end et jours fériés. Déplacements : quotidien Permis B obligatoire – véhicule personnel Durée de travail : temps complet ou non complet
CONTEXTE SOCIO- PROFESSIONNEL	Connaissances : Au minima, un BEP « Service aux Personnes » est souhaitable. Environnement social : Personnes Agées, Personnes handicapées, Personnes en difficultés sociales... tout public fragilisé. Technique : soins ; ménages etc... Sens du service public : oui Sens des relations humaines : - Apte à garder le sourire et la bonne humeur en toute circonstance vis à vis des Bénéficiaires et de leur Famille, de l'équipe et du public. Aptitude à l'écoute : Grand sens du contact direct avec les bénéficiaires. Bonne capacité d'écoute. Disponibilité : Totale durant les heures de travail et en cas d'urgence liée à un remplacement. Rigueur : Soumis au secret professionnel. Savoir-faire : Application des règles d'hygiène et de sécurité, - Utiliser les techniques de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes, - Discerner le caractère urgent d'une situation pour alerter, - Application des règles d'hygiène, dont le port obligatoire de gants pour l'aide à la toilette intime et les changes. Savoir être - Respect, honnêteté, capacités relationnelles, esprit d'équipe,



	- Disponibilité, - Discrétion, - Ponctualité, - Capacité d'autonomie, - Adaptation aux situations et à l'évolution des prises en charge, - Organisation dans le temps imparti. Esprit d'équipe : Aptitude à travailler en équipe avec ses collègues. Sens de l'Organisation Aptitude à respecter la hiérarchie, le confort des bénéficiaires, sens de l'écoute et du renseignement.
--	--

Je soussignée reconnaît que le poste de travail doit en permanence évoluer en fonction des besoins exprimés par les usagers, les Personnels et/ou des orientations politiques ou administratives données aux services.

La présence fiche de poste devra en conséquence être constamment maintenue à jour.

Signature de l'agent,

La Directrice du SPASAD,



UNIVERSITE DE POITIERS



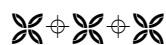
Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Évaluation de la perception des contraintes psychosociales chez les aides à domicile de la fonction publique territoriale des Deux-Sèvres.

RÉSUMÉ :

Introduction : Les RPS apparaissent comme un phénomène médiatique de grande ampleur aux multiples enjeux individuels et de santé publique. Les aides à domicile de la FPT79, comme de nombreuses professions médico-sociales, sont fortement exposées aux RPS. Bien que les RPS ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche, aucune étude ne s'est attachée à les décrire chez les aides à domicile de la FPT79. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la perception des contraintes psychosociales et organisationnelles, ainsi que leurs impacts sur l'absentéisme dans la population des aides à domicile travaillant dans la FPT79.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une enquête transversale observationnelle descriptive entre les mois de février et d'août 2020 auprès des aides à domicile de la FPT79. La perception des contraintes psychosociales et organisationnelles a été mesurée à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme s'intéressant à des facteurs socioprofessionnels et comprenant deux échelles d'évaluation pour les RPS.

Résultats : Le taux de participation à l'étude était de 42,5%. Parmi les répondants, 25,2% des aides à domicile étaient en situation de tension au travail et 12,9% des aides à domicile présentaient un ratio efforts/récompenses défavorable. L'analyse statistique ne mettait pas en avant de relation entre le travail tendu et les facteurs socioprofessionnels. Cependant, la demande psychologique et la présence d'un ratio efforts/récompenses défavorable étaient statistiquement en relation avec plusieurs facteurs socioprofessionnels : le fait d'intervenir chez des bénéficiaires en fin de vie, très dépendants, dans des milieux insalubres et/ou exigus, de ne pas bénéficier régulièrement de formations, d'être exposée à des violences, de réaliser des horaires atypiques ou de réaliser plus de kilomètres.

Conclusion : En raison des limites de notre étude, ces résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des aides à domicile de la FPT79. Cette étude se présente comme une enquête préliminaire qui permet d'apporter un certain nombre de constatations et de suggestions afin de réduire les contraintes psychosociales des aides à domicile de la FPT79. Au regard de ces éléments, il serait intéressant de compléter cette étude par d'autres travaux d'évaluation qui prendraient en compte les impacts sur la santé physique (TMS) et sur la santé mentale (troubles anxiodépressifs, épuisements professionnels).

Mots clefs : Aides à domicile, RPS, Perception, Fonction publique territoriale, Deux-Sèvres.
