

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**AIDE AUX AIDANTS : PLACE DU  
KINESITHERAPEUTE DANS LA PREVENTION  
DES RISQUES PROFESSIONNELS**

Mémoire présenté par **Paul-Henri THIRION**,

étudiant en 3<sup>ème</sup> année de masso-

kinésithérapie, en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

2016-2017

## SOMMAIRE

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION .....	1
2. METHODOLOGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	2
3. RAPPELS SUR LES AIDANTS PROFESSIONNELS ET L'ADMR .....	3
3. 1. Les aidants professionnels .....	3
3. 1. 1. Définition .....	3
3. 1. 2.. Les différents parcours des aidants professionnels .....	3
3. 1. 3. Le profil type d'un aidant professionnel .....	4
3. 1. 4. Les rôles des aidants professionnels .....	5
3. 1. 4. 1. Les rôles les plus fréquents .....	5
3. 1. 4. 2. Les ADL et les IADL .....	5
3. 2. L'association ADMR .....	6
3. 2. 1. L'histoire de l'ADMR .....	6
3. 2. 2. Le mode de fonctionnement de l'ADMR .....	7
3. 2. 3. L'agrément qualité .....	7
3. 2. 4. Un service prestataire-mandataire .....	8
3. 3. L'épuisement professionnel (burn out) des aidants .....	9
3. 3. 1. L'épuisement physique .....	9
3. 3. 2 L'épuisement psychologique .....	10
3. 3. 3. Les autres facteurs de risque .....	11
3. 3. 4. Le rapport du médecin du travail .....	12
3. 4. Le masseur-kinésithérapeute dans son action de prévention .....	13
3. 4. 1. L'intérêt d'une action de prévention .....	13
3. 4. 2. Le témoignage d'un kinésithérapeute libéral du secteur .....	14
4. MATERIEL ET METHODE .....	14
4. 1. Population .....	14

4. 2. Matériel .....	15
4. 2. 1. La salle .....	15
4. 2. 2. Le matériel médical .....	15
4. 2. 3. Les supports .....	16
4. 2. 4. Le livret .....	17
4. 3. Méthode .....	18
4. 3. 1. Méthode d'évaluation .....	18
4. 3. 1. 1. La qualité de vie .....	18
4. 3. 2. Méthode de traitement .....	20
4. 3. 4. Méthode statistique .....	22
5. RESULTATS .....	23
5. 1. Résultats du questionnaire de qualité de vie .....	23
5. 2. Résultats du questionnaire de satisfaction .....	25
6. DISCUSSION .....	26
7. CONCLUSION .....	30
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

## RESUME

**Introduction :** Les aidants professionnels ont une importance capitale dans le maintien à domicile des personnes dépendantes. Leur métier est cependant soumis à de fortes contraintes et leur formation initiale n'est pas forcément identique. Elle est parfois inexistante ou peut être mal adaptée pour préparer tous les gestes de leur travail. Le masseur-kinésithérapeute, promoteur de la santé, a un rôle parfaitement adapté grâce à ses multiples compétences pour prévenir les troubles musculosquelettiques auxquels les salariés peuvent être confrontés.

**Objectif :** Le but de notre travail est de déterminer si une intervention effectuée par un masseur-kinésithérapeute au sein d'une entreprise d'aide à domicile permet d'améliorer la qualité de vie et la pratique au quotidien de ses salariés.

**Matériel et méthode :** Nous avons observé les salariés dans leur travail pour organiser notre étude. Puis, nous avons effectué notre intervention et avons expliqué un livret que nous avons réalisé à un groupe comportant la moitié de l'association. Enfin, nous avons distribué un questionnaire pour évaluer leur qualité de vie et leur approche pratique le jour de la formation, un mois après, puis trois mois après.

**Résultats :** Les résultats montrent une amélioration globale de la qualité de vie pour le groupe ayant participé à la formation par rapport à l'autre groupe et une amélioration de l'approche pratique des salariés au niveau des transferts et des actes de manutention.

**Discussion :** Cependant, nous nous demandons si une seule formation suffirait à conserver ces résultats à long terme ou si une approche plus individualisée aurait une meilleure efficacité.

**Mots clés :** auxiliaire de vie, ergomotricité, ergonomie, prévention, qualité de vie

**Keywords :** home health aide, home care worker, ergonomic, prevention, quality of life

## 1. INTRODUCTION

Du fait du vieillissement de la population, les perspectives de maintien à domicile sont de plus en plus fréquentes. Si certaines personnes conservent avec l'âge des capacités fonctionnelles suffisantes qui leur permettent de garder une bonne autonomie à domicile, d'autres se retrouvent plus isolées et plus dépendantes. En 2012, environ 1,4 million de personnes âgées dépendantes étaient recensées. Pour 2040, plus de 2 millions sont prévues [1].

C'est là qu'interviennent les aidants professionnels. Ceux-ci ont un rôle capital dans le maintien à domicile et sont très proches des personnes dépendantes. Cependant, ce rôle demande une exigence physique et psychologique importante qui sont parfois difficile à supporter.

Suite à notre demande, nous avons pu rencontrer le président d'une association d'aidants professionnels : l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) des Vallées de la Morte et de la Fave. Nous lui avons présenté notre intérêt pour le secteur de l'aide à domicile et demandé si lui et son association accepteraient de participer à notre étude sur la prévention des risques professionnels que nous lui avons expliqué. Celui-ci nous a confié que notre démarche l'intéressait beaucoup, étant donné le nombre important d'arrêts de travail au sein de l'association. Ainsi, avec son accord, nous avons pu observer le travail de ces aidants professionnels et nous rendre compte des charges importantes qu'ils éprouvent.

Selon leur décret de compétences, les masseur-kinésithérapeutes sont aptes à former d'autres professionnels de santé dans des actions de prévention [2].

Ainsi, après notre observation du travail des salariés de l'association, nous nous sommes demandés si une intervention organisée par un kinésithérapeute et la distribution d'un livret peuvent améliorer la qualité de vie d'un groupe d'aidants professionnels par rapport à un groupe témoin.

## 2. METHODOLOGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons recherché des informations sur les aidants professionnels, leur qualité de vie et leur travail dans de nombreuses bases de données. Les principales sont : Em-premium, PubMed, Kinédoc, Ulysse et Pedro. Nous avons cherché des informations sur des sites internet comme : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr), [www.admr.org](http://www.admr.org), [www.lerelaisdesaidants.fr](http://www.lerelaisdesaidants.fr), [www.travail-emploi.gouv.fr](http://www.travail-emploi.gouv.fr).

La recherche bibliographique s'est étendue de 1991 à nos jours. Les mots-clés utilisés ont été :

**En français** : auxiliaire de vie, ergomotricité, ergonomie, prévention, qualité de vie

**En anglais** : home health aide, home care worker, ergonomic, prevention, quality of life

Nous avons trié les articles par leurs titres puis par leurs résumés et enfin par leur lecture en entier et nous en avons retenu 43.

Nous avons exclu les articles concernant les aidants familiaux, les aides-soignantes et les infirmières qui ne correspondent pas à notre population étudiée.

Nous avons obtenu 25 documents en français et 18 documents en anglais.

### 3. RAPPELS SUR LES AIDANTS PROFESSIONNELS ET L'ADMR

#### 3. 1. Les aidants professionnels

##### 3. 1. 1. Définition

« L'aidant professionnel aussi nommé auxiliaire de vie, aide à domicile, assistant de vie, aide-ménagère, garde à domicile ... intervient au domicile, auprès de personnes handicapées, enfants ou adultes, chez les personnes âgées. » [3]

Les aidants professionnels exercent dans deux principaux secteurs : le sanitaire et le médico-social. En France, ils sont environ 1 million à aider une personne dépendante régulièrement. Ils peuvent travailler dans des établissements médico-sociaux ou au domicile des patients [4]. C'est à cette deuxième catégorie que nous nous intéressons.

##### 3. 1. 2. Les différents parcours des aidants professionnels

On compte trois niveaux de qualification pour les aidants professionnels :

- Les « agents à domicile » qui ne possèdent pas de diplôme particulier.
- Les « employés à domicile » qui possèdent un Brevet d'Etudes Professionnelles Agricoles (BEPA), un BEP carrière sanitaire et social, un titre professionnel d'assistant de vie du ministère du Travail ou un autre diplôme du domaine sanitaire ou social
- Les « auxiliaires de vie » qui possèdent un diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou anciennement Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD)

Les différences de formation des aidants professionnels sont assez marquées. Ces aidants n'ont souvent pas reçu de formation de base [5]. D'après une étude de

2008, environ un tiers des aidants n'ont pas poursuivi d'études après le collège et 47% ont un niveau du second cycle technique court (CAP ou BEP). 62% de ces aidants n'ont pas de diplôme du secteur sanitaire ou social (agents à domicile), 21% ont un DEAVS (auxiliaires de vie) et le reste (27%) ont un autre diplôme du secteur sanitaire ou social (employés à domicile).

Il est à noter que les aidants travaillant en emploi direct ont également un niveau d'études moins élevé et moins adapté que ceux travaillant en mode prestataire que nous verrons en détail plus loin. 42% n'ont pas poursuivi d'études après le collège contre 25%. 39% ont un CAP ou BEP contre 50%. 85% n'ont pas de diplôme du secteur sanitaire ou social (agents à domicile) contre 48%. 3% ont le DEAVS (auxiliaires de vie) contre 35%. Le reste (12% contre 17%) a un autre diplôme du secteur sanitaire ou social (employé à domicile).

### 3. 1. 3. Le profil type d'un aidant professionnel

Une enquête, réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en 2008, rapporte que la plupart des aidants professionnels (98%) sont des femmes [6]. La moyenne d'âge des intervenantes à domicile est de 45 ans. La moitié de ces aidantes ont entre 39 et 52 ans [6]. De plus, d'après une étude nationale de 1999, la plupart de ces salariées sont plus âgées que les femmes actives qui occupent un poste de salarié (tab. I) [7]. Aucune étude nationale n'a été refaite depuis celle-ci, mais plusieurs études régionales confirment ces résultats.



Tableau I : Comparaison de l'âge des aidantes professionnelles et des salariées féminines en 1999, d'après [7].

	Moins de 25 ans	25-39 ans	40-49 ans	50 ans et plus	Total
Intervenantes des services d'aide à domicile	6,3 %	31,4 %	35,2 %	27,1 %	100 %
Population féminine occupée salariée	6,8 %	43,5 %	29,7 %	20 %	100 %

### 3. 1. 4. Les rôles des aidants professionnels

#### 3. 1. 4. 1. Les rôles les plus fréquents

Les rôles des aidants professionnels sont nombreux et variés. L'activité la plus souvent retrouvée est le ménage ou la vaisselle (97%), puis repasser le linge ou faire des travaux de couture (80%). Les autres tâches les plus pratiquées sont de préparer ou réchauffer les repas (73%), nettoyer le linge (71%) et faire les courses ou acheter les médicaments (69%). Il existe également d'autres tâches comme l'aide à la toilette, à l'habillage et déshabillage, à la prise des repas, au lever, aux déplacements et au coucher qui ne sont pas à négliger (39 à 65%) [8].

#### 3. 1. 4. 2. Les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Dans toutes ces actions d'assistance, certaines font partie des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ ou ADL Activities of Daily Living en anglais). Parmi ces actes-: l'aide à l'habillage, l'aide pour aller aux toilettes, l'aide pour faire la

toilette et assurer l'hygiène, l'aide à la prise des repas, l'aide aux déplacements dans le logement et l'aide au coucher ou au lever du lit sont les plus fréquemment rencontrés.

D'autres font partie des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ ou IADL en anglais). Il existe trois groupes dans ces IADL : les activités ménagères, les activités administratives et les autres activités (surveillance de nuit, garde d'enfants...)

Il faut savoir que les activités pratiquées par les intervenants à domicile varient en fonction de la manière dont sont employés les salariés. En effet, les intervenants employés directement par un particulier ont des activités moins variées que ceux des services prestataires ou mandataires. Ces activités sont également moins centrées sur les AVQ mais plus sur les AIVQ.

Les qualifications des salariées jouent aussi un rôle dans la pratique des différentes tâches. Le personnel ayant un diplôme en relation directe avec le métier d'aide à domicile participe plus aux AVQ que le personnel sans diplôme [8].

### 3. 2. L'association d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR)

#### 3. 2. 1. L'histoire de l'ADMR

De nombreuses sociétés proposent des services d'aide à domicile pour les personnes âgées ou dépendantes telles qu'ADAVIE, Vittaliance, Amelis Services ou ADMR.

L'ADMR voit le jour en 1945, crée par François Romatif et Marie Godinot [9]. De nos jours, il existe 2900 Associations ADMR en France qui prennent en charge 716 000 clients. Parmi les 96 550 salariés, la majorité d'entre eux (79 000) sont des aides à domicile [10].

### 3. 2. 2. Le mode de fonctionnement de l'ADMR

L'association fonctionne grâce à trois acteurs qui construisent ensemble une réponse :

- Le bénévole qui évalue les besoins du client-adhérent, mobilise un salarié et assure le suivi par celui-ci
- Le salarié qui réalise les actes d'aide à domicile
- Le client-adhérent qui exprime ses souhaits en matière de service

La mise en place d'une intervention à domicile s'effectue selon plusieurs étapes. Lors du premier contact, le salarié effectue une évaluation de la demande, sauf dans le cas de prescriptions particulières. A la suite de cette évaluation, une proposition de service est faite par le bénévole au client-adhérent en précisant les modes d'interventions, les tarifs etc. Le client a le libre choix de la prestation. A partir de ce choix, il reçoit un devis estimatif et un contrat de prestation doit être signé avant le début de l'intervention. Puis, une facture est envoyée chaque mois par le bénévole au client-adhérent.

Il faut également savoir que les bénévoles et les salariés de l'association sont soumis au secret professionnel.

### 3. 2. 3. L'agrément qualité

Il existe deux types de qualifications qui permettent aux services d'aide à domicile d'exercer leur activité : l'agrément ou la simple déclaration. Ces deux niveaux se différencient par les services que peuvent proposer les sociétés. L'agrément est nécessaire pour que les services d'aide à domicile interviennent auprès de personnes dites « fragiles », à savoir les personnes handicapées, les

enfants de moins de trois ans et les personnes âgées, contrairement à la simple déclaration qui ne permet pas d'intervenir auprès de ces personnes [11].

L'association ADMR dispose de cet agrément depuis 1996 [9].

### 3. 2. 4. Un service prestataire-mandataire

Les services d'aide à la personne peuvent être proposés selon plusieurs modes :

- l'emploi direct : le bénéficiaire emploie et rémunère l'aidant. Il s'occupe également des démarches administratives.
- le mode mandataire : le bénéficiaire emploie et rémunère l'aidant. Une structure d'aide à domicile sert seulement d'intermédiaire entre le bénéficiaire et l'aidant pour les démarches administratives et la mise en relation.
- le mode prestataire : l'aidant professionnel est salarié d'une structure d'aide à domicile. Dans ce cas de figure, le bénéficiaire paie la structure qui rémunère à son tour l'aidant professionnel. Ce mode est souvent pris en charge financièrement par les organismes de sécurité sociale, les conseils départementaux, les mutuelles, les caisses de retraites... [6,7,12]

D'après une enquête de 2008, 24 % des aidants professionnels travaillent exclusivement en emploi direct, 37% travaillent exclusivement en mode prestataire et 39% travaillent en mode mandataire ou en mode mixte (au moins deux des modes d'exercice suivants : emploi direct, mandataire, prestataire) [6].

Ces modes d'emploi ne sont pas exclusifs. Un aidant professionnel peut être employé directement par un bénéficiaire et être en même temps salarié d'une structure prestataire ou mandataire [13].

### 3. 3. L'épuisement professionnel (burn out) des aidants

Les aidants professionnels sont soumis à de nombreuses contraintes physiques, mentales et organisationnelles. Ces contraintes font qu'ils sont particulièrement exposés aux Troubles Musculo-squelettiques (TMS) [14,15]. Ainsi ces facteurs de risques des TMS provoquent des arrêts de travail s'ils ne sont pas pris en compte [16].

#### 3. 3. 1. L'épuisement physique

La charge physique des salariés est très importante. Parmi ces facteurs de risque, les gestes et postures néfastes, la manutention de charges lourdes à risque, le travail debout avec piétinement, les efforts importants et les distances à parcourir entre le domicile des différents patients sont les plus fréquents [6,17].

Plusieurs parties anatomiques sont atteintes à long terme chez ces travailleurs. Une étude sur les TMS du membre supérieur et des cervicales a été réalisée en France en 2014 sur environ 2300 employés comprenant aidants professionnels, infirmières et aides-soignantes. Celle-ci montre que 50% des sujets ont présenté dans les 12 derniers mois des TMS au niveau des cervicales, 38% au niveau des épaules, 10% au niveau des coudes et 9% au niveau des poignets [18]. Une autre étude réalisée en Suède sur 300 aidants professionnels relate que 60% d'entre eux ont eu des symptômes de TMS dans les 12 derniers mois au niveau des cervicales, 72% au niveau des épaules et des bras et 71% au niveau du bas du dos [15].

Certaines actions sont très délétères pour les salariés et comportent des risques pour leur santé. Les manutentions des personnes en font partie [19]. En effet, les forces de compressions au niveau des disques sont très importantes lors des transferts [20]. Ainsi, pour prévenir de potentielles pathologies au niveau du rachis, l'utilisation d'aides techniques est primordiale [21]. De plus, l'apprentissage et

les rappels sur les techniques de manutention des patients à travers des formations sont également nécessaires et permettent ainsi aux salariés de développer leurs compétences professionnelles [22].

Les salariés sont souvent en contact avec des produits d'entretien (produits à base d'alcools, des détergents, des décapants, des désinfectants) qui sont délétères pour leur état cutané (dermatite d'irritation). Les risques allergiques liés aux poussières de maison ou infectieux liés aux déchets ménagers et aux déchets de nursing sont importants ce qui augmente l'apparition de rhinites dans ce travail. Des dispositions sont aussi à prendre pour certains patients contagieux (lavage des mains, port de protections, etc.) [23].

De nombreux salariés s'inquiètent sur leur état de santé et ont peur de ne pas pouvoir faire face à cette charge physique jusqu'à la fin de leur carrière. Il faut noter *a contrario* une satisfaction au travail car les aidants ont le sentiment d'apporter beaucoup aux personnes aidées [24].

### 3. 3. 2. L'épuisement psychologique

La charge mentale est également importante pour les aidants professionnels. Parmi les facteurs de risque mentaux se trouve le stress, l'environnement de travail et les conditions de travail [25].

Le stress au travail est un facteur très néfaste. Ce stress a souvent une origine multifactorielle. Une étude réalisée sur le muscle trapèze a montré que le stress augmente les tensions musculaires [26,27].

Les aidants professionnels ont également des contraintes de temps qui accentuent le stress et les forcent à travailler sous pression [25,28]. Les horaires qu'ils effectuent sont souvent importants (plus de 12h/jour et dépassement horaire fréquent) et mal adaptés à une vie familiale et sociale (travail le week-end, les jours fériés). Ils ont ainsi un repos non compensateur (inférieur à 48h consécutives).

De plus, elles effectuent souvent leur travail pour un salaire bas et peu de possibilités d'évolution [28].

Les salariés sont souvent seuls au domicile des patients. Dans ces cas, ils ne peuvent pas travailler en équipe pour s'occuper des patients. Une situation d'isolement psychologique nuisible pour les salariés apparaît donc. De plus, ils sont parfois confrontés à des situations d'urgence ou de détresse vitale lorsqu'ils sont seuls [28,12].

L'ambiance au travail influence la charge mentale des salariés. Une mauvaise relation entre les salariés, avec d'autres professionnels ou avec les responsables de secteur est possible et peut augmenter le stress des aidants professionnels. Des problèmes de compétences d'encadrement des responsables sont aussi possibles car ceux-ci n'ont pas forcément une expérience préalable dans le domaine médicale.

Les salariés subissent parfois des agressions (plus souvent verbales, que physiques) de la part des patients [29].

Les problèmes de vie personnelle s'ajoutent à ce que nous venons de décrire. Les aidants professionnels sont souvent donc sujets à des dépressions qui sont dues à une association de tous ces facteurs (salaire bas, conditions de travail, charge physique...) [30,31].

### 3. 3. 3. Les autres facteurs de risque

L'aménagement de l'espace inadapté au domicile des patients est un facteur à prendre en compte. Cependant, c'est un facteur sur lequel les aidants professionnels ne peuvent malheureusement pas agir.

Les salariés de l'ADMR doivent souvent se déplacer en voiture pour se rendre au domicile des différents patients. Le risque d'accident de voiture est ainsi majoré.

7,5 accidents de voiture pour 1000 salariés sont décomptés dans le secteur de l'aide et du soin contre 4,6 accidents pour 1000 salariés dans la population générale [32].

Le risque de chute est un autre facteur de risque important. Selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés en 2009, les accidents de plain-pied correspondent au deuxième facteur de risque d'arrêts de travail (31,8%) après la manutention de charges manuelles (35,5%). Les chutes de hauteur sont aussi un facteur de risque (10,2%) [32].

Enfin, il existe d'autres risques divers comme les risques électriques avec des installations et appareils vétustes (plaque de cuisson, fer à repasser...), les risques d'incendie/explosion et les risques liés aux animaux (morsures, allergies...) [6,12,33].

#### 3. 3. 4. Le rapport du médecin du travail

Concernant les visites chez le médecin du travail, il a fallu attendre l'année 2011 pour que les aidants professionnels soient obligatoirement suivis par les services de médecine du travail, y compris s'ils travaillent à temps partiel [35].

Nous avons pu rencontrer le médecin du travail qui s'occupe des salariés de l'association. Celui-ci a pu nous fournir des informations précieuses sur le secteur de l'aide à domicile. Il voit les salariés tous les 2 ans, et prend en charge plusieurs associations d'aide à domicile sur le secteur. Les salariés viennent aussi consulter en cas de douleur importante, ou avant une reprise de travail après un arrêt.

D'après son expérience, les principales pathologies rencontrées sont les tendinopathies et les lumbagos. D'un point de vue psychologique, il note que l'investissement émotionnel peut causer des symptômes psychosomatiques. La charge psycho-affective est importante et les aidants sont souvent touchés lors de deuil ou de souffrances.

De plus, certains salariés refusent parfois un arrêt par peur de perdre leur travail. Cependant, il est difficile d'améliorer les conditions de travail (matériel



médical pas forcément présent, espace de travail inadapté à domicile). Dans le service d'aide à domicile, les reclassements de postes sont généralement impossibles. Ainsi, si un TMS empêche un salarié de reprendre son travail dans les mêmes conditions, il est possible que son inaptitude l'amène au licenciement.

Le médecin nous a donné deux exemplaires de questionnaires qu'il utilise (le questionnaire EVREST et le questionnaire SUMER) dont nous nous sommes également inspiré pour réaliser le questionnaire de notre mémoire.

Concernant les formations de prévention, un médecin du travail peut conseiller à une association d'aide à domicile les services d'un kinésithérapeute si celui-ci se présente en tant que prestataire auprès du médecin et si celui-ci a les compétences nécessaires (formation).

### 3. 4. Le masseur-kinésithérapeute dans son action de prévention

#### 3. 4. 1. L'intérêt d'une action de prévention

L'action de prévention fait partie du décret de compétence du Masseur-Kinésithérapeute [2]. Afin de prévenir une éventuelle détérioration de l'état de santé général, l'intervention d'un masseur-kinésithérapeute en entreprise est importante. Celui-ci avec ses connaissances en matière d'anatomo-pathologie, d'ergonomie au travail, de manutention et de cinésiologie sera apte à proposer des exercices pour soulager les douleurs des salariés ou pour prévenir leur apparition.

De plus, il faut savoir que dans le secteur de l'aide et du soin, les arrêts de travail sont plus importants que dans la population général (47,8 arrêts de travail pour 1000 salariés du secteur de l'aide et du soin contre 38 arrêts de travail pour 1000 salariés dans la population général [34].

### 3. 4. 2. Le témoignage d'un kinésithérapeute libéral du secteur

Nous avons rencontré le masseur-kinésithérapeute qui travaille sur le secteur de l'ADMR et nous avons pu lui poser plusieurs questions concernant son action de prévention et son rôle auprès des aidants. Celui-ci a pu nous confier qu'il était bénéfique pour les aidants qu'il leur fasse profiter de conseils pratiques (mise en place de bas de contention, aide aux transferts) lors de ses passages au domicile des patients mais que les salariés ne sont pas forcément là au même moment que lui, ou qu'ils ont déjà fait les transferts. Il nous a également indiqué, que les salariés sont très demandeurs et avides de conseils du masseur-kinésithérapeute.

Enfin, il nous a également confié, sans pour autant trahir le secret médical, qu'il prenait en charge de nombreux salariés de l'association pour divers TMS.

## 4. MATERIEL ET METHODE

### 4. 1. Population

Nous avons réalisé notre étude sur une population de 32 sujets volontaires. La population se compose d'aidants professionnels qui sont salariés de l'association ADMR des Vallées de la Morte et de la Fave. Nous avons constitué deux groupes : le groupe 1 qui est composé de 17 salariés qui ont suivi l'intervention et qui ont reçu un livret (ANNEXE I), et le groupe 2 qui est composé de 15 salariés qui n'ont suivi ni intervention, ni reçu de livret. L'association étant composée de 34 salariés, deux salariés de l'association qui n'ont pas suivi la formation ont refusé de participer à l'étude.

Nous avons constitué les deux groupes en rencontrant le président de l'Association qui nous a indiqué les deux secteurs sur lesquels il souhaitait que la formation soit effectuée. Les deux secteurs choisis sont également ceux qui

comptent le plus d'arrêts de travail. Suite à cela, nous nous sommes rendus aux réunions du personnel des deux secteurs afin de rencontrer les salariés et présenter notre projet. Les salariés des deux secteurs étaient tous volontaires pour y participer.

#### 4. 2. Matériel

##### 4. 2. 1. La salle

Nous avons réalisé notre action dans une salle louée gracieusement par la mairie de la commune où est installée l'association. Cette salle peut accueillir au maximum 48 personnes. Elle contient plusieurs tables et de nombreuses chaises (fig. 1).



Figure 1 : Salle utilisée pour l'intervention

##### 4. 2. 2. Le matériel médical

Nous avons pu obtenir et y installer du matériel médical (fig. 2) semblable à celui que les salariés utilisent en contactant le pharmacien de l'association. Le matériel utilisé était : un lit médicalisé, un déambulateur fixe, un rollator deux roues,

un fauteuil roulant manuel, un verticalisateur « Way up », une planche de transfert type « Surf » et une alèse de transfert en PVC.



Figure 2 : Matériel utilisé pour l'intervention

#### 4. 2. 3. Les supports

Nous avons utilisé un modèle en 3 dimensions de vertèbres lombaires, ainsi qu'un autre modèle de colonne vertébrale entière pour expliquer quelques notions d'anatomo-pathologie.

Nous avons également installé un ordinateur portable, un rétroprojecteur avec un écran, ainsi qu'un tableau avec des feutres.

Plusieurs stylos ont été apportés pour que les salariés puissent remplir les questionnaires.

#### 4. 2. 4. Le livret

Nous avons distribué un livret (ANNEXE I) au cours de notre intervention aux 17 salariés, ainsi qu'aux trois responsables de secteur qui étaient présents. Pour réaliser ce livret, nous nous sommes inspirés des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [35] et du livret réalisé par Aurélie BLAES, étudiante en Masso-Kinésithérapie de l'IFMK de Nancy, pour son mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de 2014-2015 [36]. Nous avons pu la contacter pour lui demander son autorisation de reprendre certaines pages de son livret ; son mémoire étant sur la réalisation d'un livret pour les aidants familiaux et la manutention des personnes dépendantes.

Nous avons réalisé ce livret en plusieurs parties. Une introduction présente le livret et l'intérêt de celui-ci. Nous avons ensuite effectué quelques rappels d'anatomie et de pathologie pour permettre aux aidants de mieux comprendre les différentes pathologies, leurs symptômes et leurs modes d'apparition. Puis nous avons expliqué avec quelques notions de cinésiologie les différents mouvements du dos et leurs conséquences sur les disques. Nous avons ensuite montré les principes de manutention de charges en sécurité. Enfin, nous avons placé de nombreux exercices de renforcement musculaire. Une étude a permis de montrer que l'utilisation de techniques de renforcement musculaire spécifique d'un muscle ciblé, permettait de réduire les douleurs de ce muscle. De plus, cette diminution peut s'accroître en cas de diminution de la charge de travail [37]. Une autre étude sur une population d'aidants professionnels montre que l'utilisation d'un programme de renforcement musculaire global permet de réduire l'apparition de TMS [38]. Nous avons également placé dans le livret des techniques d'assouplissement, d'étirements et de relaxation. Tous les exercices ont pour but d'être fait à la maison.

### 4. 3. Méthode

#### 4. 3. 1. Méthode d'évaluation

##### 4. 3. 1. 1 La qualité de vie

Afin de nous renseigner sur le métier d'aidant professionnel, nous nous sommes rendus sur le lieu de travail de plusieurs aidants du Groupe 1 (au domicile des patients) avec l'accord du directeur, des responsables des secteurs, des salariés et des patients (ou des tuteurs). Pendant cette première approche nous avons pris des photos (fig. 3) des postures des salariés lors de leurs différentes tâches (prise de repas, réalisation de transferts, utilisation d'aides techniques), afin de voir sur quoi nous pourrions baser notre mémoire. Nous avons flouté le visage des patients sur les photos. Ensuite, nous avons élaboré un formulaire d'information et un formulaire d'autorisation de prendre des photos (ANNEXE II) que nous avons distribué aux patients (ou tuteurs) et aux salariés.



Figure 3 : Photos prises lors de notre phase d'observation

Nous avons choisi comme critère d'évaluation la qualité de vie. Ce critère est assez subjectif et multidimensionnel. Il prend en compte plusieurs domaines tels que les domaines physiques, psychologiques, relationnels et symptomatiques. Ces différents domaines ont une importance variable dans le temps et d'une personne à l'autre. Deux grandes approches de la qualité de vie sont prises en compte : l'approche psychologique (qualitative) et l'approche psychométrique (quantitative) [39,40]. Nous avons choisi la deuxième approche, la première étant difficilement utilisable dans des études comparatives.

Pour évaluer ce critère nous avons choisi d'utiliser un questionnaire (ANNEXE III). Nous avons élaboré ce questionnaire en nous inspirant de plusieurs autres questionnaires validés de qualité de vie. Nous avons choisi certaines questions qui s'adaptent plus avec notre sujet. Les questionnaires que nous avons consultés sont : le SF-36, le WHOQOL-BREF, le Nottingham Health Profile, le MFI 20 et le Questionnaire « nordique » [41,42].

Nous avons distribué le questionnaire aux 32 aidants de l'association. Nous l'avons distribué au début de l'intervention pour le Groupe 1 et la même semaine pour le Groupe 2. Pour le groupe qui n'a pas participé à l'intervention, nous nous sommes rendus aux réunions du personnel. Pour les aidants en arrêt de travail qui n'étaient pas aux réunions, nous leur avons téléphoné pour leur expliquer l'objet de l'étude. Nous leur avons demandé s'ils accepteraient de participer à notre étude et nous leur avons envoyé notre questionnaire par courrier en leur demandant de répondre le plus rapidement possible.

Le jour de la formation, nous avons également distribué un questionnaire de satisfaction (ANNEXE III) afin de mettre en relation les modifications de la qualité de vie avec l'appréciation de l'intervention et d'évaluer le ressenti des salariés.

Un mois plus tard, nous avons de nouveau distribué les questionnaires à 15 salariés du Groupe 1 pour avoir un résultat intermédiaire sur l'évolution de leur qualité de vie. Sur les 17 salariés de départ, deux ont été retirés de l'étude. Un salarié a changé de métier entre temps et un autre salarié ne voulait plus participer à l'étude. Nous avons également ajouté quelques questions supplémentaires

(ANNEXE III). Deux questions (A, B) nous ont permis d'avoir un retour sur l'utilisation de notre livret. Les deux autres questions (C, D) nous ont permis de savoir si les salariés ont connu des facteurs extérieurs à la formation qui auraient pu améliorer leur état de santé au travail (nouveau traitement médical, séances de kinésithérapie, arrêt de travail temporaire...).

Enfin, trois mois après la formation, nous avons redistribué les questionnaires aux deux groupes. Pour le Groupe 1, nous avons gardé le questionnaire de J+1 Mois et nous avons rajouté la question 14 (ANNEXE III). Pour le Groupe 2, nous avons gardé le même questionnaire que celui distribué trois mois plus tôt.

#### 4. 3. 2. Méthode de traitement

En ce qui concerne l'intervention, nous nous sommes d'abord présentés, puis avons exposé le programme de notre action auprès des salariés et de trois responsables de secteurs qui étaient présents. Notre référent mémoire, professeur de l'ILFMK possédant des compétences en ergonomie était présent pour mener l'intervention avec notre participation.

Puis, nous avons distribué le questionnaire de qualité de vie que les salariés ont rempli en notre présence pour expliquer les questions en cas de problème de compréhension. Pour remplir ce questionnaire, nous leur avons fait tirer au sort un numéro d'anonymat pour éviter que les réponses soient biaisées par le fait que les responsables de secteurs puissent avoir accès aux réponses.

Nous avons ensuite organisé la présentation en 4 grandes parties.

Premièrement, nous avons organisé un tour de table auprès des salariés pour leur demander quelles étaient leurs difficultés dans leur pratique professionnelle. Nous avons listé ces difficultés sur un tableau. Environ dix problèmes se sont posés.



Les principaux étaient : le passage du fauteuil au lit, le passage de la position décubitus à la position de latérocubitus (pour la toilette), le passage de la position assise au lit à la position couchée, le passage de la position assise au fauteuil au déambulateur, la posture à adapter devant un ordinateur, les transferts et la posture à adapter dans la voiture...

En seconde partie, nous avons distribué le livret que nous avons constitué pour l'intervention (ANNEXE I) aux 17 salariés et aux 3 responsables de secteur. Nous leur avons expliqué en relisant et en montrant en pratique les différents exercices du livret.

En troisième partie, nous avons projeté les photos prises lors de notre phase d'observation sur un écran avec un rétroprojecteur. Nous avons ensuite débattu avec les salariés sur leurs postures de travail, les difficultés que présentaient les situations et comment les améliorer à l'aide des principes présentés dans le livret. Différents conseils ont alors été donnés (saisir la potence en supination bras écartés pour les rehaussements, retirer les barrières du lit pour la prise des repas, protéger son dos lors de la mise de bas de contention ou de cales pieds, prises en cuillère sous les omoplates...)

En quatrième partie, nous avons réalisé des ateliers pratiques de mise en situation avec le matériel médical à disposition. Les salariés ont pu montrer les techniques qu'elles utilisaient pour les transferts et les difficultés listées en première partie qu'ils éprouvaient avec les patients (fig. 4). Nous avons ainsi répondu à leurs demandes en leur montrant comment améliorer leurs techniques de manutention ou leurs utilisations des aides techniques.

Nous avons conclu cette dernière partie par des règles hygiéno-diététiques et des conseils dans la vie de tous les jours.



Figure 4 : Photos de situations présentées par les salariés

L'intervention a duré 4 heures au total avec une pause de 15 minutes entre la deuxième et la troisième partie.

#### 4. 3. 4. Méthode statistique

Nous avons traité les résultats de nos questionnaires avec le logiciel Microsoft Excel. Nous avons principalement effectué des calculs de pourcentages et de moyennes et de sommes à partir des effectifs des différentes réponses. Nous avons également réalisé différents graphiques qui correspondaient à nos résultats (ANNEXE IV).

## 5. RESULTATS

### 5. 1. Résultats du questionnaire de qualité de vie

Concernant la question sur la modification des habitudes de travail, 11 personnes déclarent avoir modifié leurs habitudes de travail et 4 personnes déclarent

ne pas les avoir modifiés à 1 mois. À 3 mois, une personne qui ne modifiait pas ses habitudes, déclare les avoir modifiés.

14 personnes ont répondu avoir continué d'utiliser et de tirer profit des informations contenues dans le livret et la formation à 1 mois et à 3 mois. 1 personne a répondu négativement à J+30 et positivement à J+90. 1 personne a répondu positivement à J+30 et négativement à J+90.

Pour les questions sur l'état de santé général et la satisfaction de l'état de santé, le groupe 1 présente globalement une légère amélioration à J+30, mais à J+90 les réponses reprennent les mêmes proportions qu'à J+0. Le groupe 2 présente les mêmes proportions de réponses à J+0 qu'à J+90. Pour les deux groupes, la majorité des salariés ont répondu « satisfaisante » et « ni satisfait, ni insatisfaite » à ces questions, sauf pour le groupe 1 à J+30 où la majorité des résultats correspond aux réponses « bonne » et « satisfaite ».

Concernant l'évolution de l'état de santé par rapport au mois précédent, on remarque un progrès croissant des résultats à J+30 et à J+90 pour le groupe 1. En effet, nous avons une amélioration de l'état de santé général pour 3 personnes à J+0, puis 4 personnes à J+30 et enfin 7 personnes à J+90. 2 personnes ont répondu avoir une dégradation de l'état de santé à J+0 et J+30 et seulement 1 personne à J+90. Le reste des salariés ont répondu que leur état de santé est resté le même. Pour le groupe 2, l'état de santé reste « à peu près pareil » dans les mêmes proportions à J+0 et J+90.

1 mois après l'intervention, 2 salariés pensent que leur état de santé a été influencé par un facteur extérieur à la formation. Les deux pensent qu'il s'est amélioré en partie grâce à un arrêt de travail temporaire. 90 jours après la formation, 4 salariés pensent qu'un ou plusieurs facteurs extérieurs ont influencé leur état de santé. Il s'est amélioré en partie grâce à l'arrêt de travail (3 réponses), aux séances de kinésithérapie (3 réponses) et à un nouveau traitement médical (1 réponse).

Le questionnaire Nordique nous permet de remarquer plusieurs choses. Tout d'abord nous voyons que les zones les plus touchées sont le bas du dos (4,7), puis

la nuque et les cervicales (4,1), puis les épaules et les bras (3,6) et enfin la région dorsale (3,2). Puis, nous avons fait la moyenne des résultats en fonction des groupes, des délais et des zones touchées. Nous ne trouvons pas de différences notables (plus de 1 unité) entre les différentes moyennes. Enfin, nous avons fait les sommes des résultats de chaque salarié en fonction des délais. Nous trouvons des résultats assez aléatoires et difficilement interprétables.

Les questions sur : les souffrances physiques, la nécessité de prendre des médicaments pour les soulager et la question sur la gêne au travail et dans les activités quotidiennes ne montrent pas de modification des rapports pour les deux groupes et pour les trois délais. La majorité des réponses correspondent à « de temps en temps », « un peu » et « modérément ». Nous notons juste que le groupe 2 a répondu en majorité « assez fortement » à la question sur la gêne.

14 salariés du groupe 1 sont satisfaits et très satisfaits de leur capacité à exercer leur travail. Ils ne sont plus que 10 à J+30 et J+90. Les autres salariés de ce groupe répondent n'être ni satisfait, ni insatisfaits. Pour le groupe 2, nous observons le même phénomène.

Pour la question sur l'impression d'avoir assez d'énergie dans la vie quotidienne, la majorité des salariés du groupe 1 ont répondu « modérément » à J+0, « beaucoup » à J+30 et de nouveau « modérément » à J+90. Le groupe 2 a répondu pour la plupart « beaucoup » à J+0 et « modérément » à J+90.

La question sur le sommeil ne montre pas de changements. La plupart des salariés des deux groupes sont « satisfaits » et « ni satisfaits, ni insatisfaits » de leur qualité de sommeil.

La question sur la capacité à déplacer des charges lourdes montre une amélioration croissante pour le groupe 1. 5 salariés ont de « fortes » et d' « énormes » difficultés à J+0, 4 en ont à J+30 et 2 à J+90. Pour le groupe 2, nous notons une hausse globale de la difficulté à J+90 par rapport à J+0.

Pour la question sur l'approche globale des patients, 9 salariés du groupe 1 se disent plus à l'aise, 5 salariés ont des résultats qui stagnent et 1 salarié a un résultat

qui diminue. 3 salariés du groupe 2 ont des résultats qui augmentent, 9 salariés ont des résultats identiques et 3 diminuent. Nous avons une moyenne de 3,4 puis 4 puis 4,5 pour le groupe 1 aux 3 délais. Pour le groupe 2, la moyenne reste de 3,9.

La question sur l'utilisation du matériel médical montre la même amélioration pour le groupe 1. 9 améliorations et 6 stagnations des résultats apparaissent. Le groupe 2 montre 8 stagnations, 4 diminutions et 3 augmentations. La moyenne du groupe 1 est de 3,5, puis 3,9, puis 4,3 sur 5. La moyenne du groupe 2 est de 3,7, puis 3,8 sur 5.

Enfin, 60% des aidants pensent qu'une formation n'est pas suffisante pour adopter les bonnes postures de travail et soulager les douleurs à long terme.

## 5. 2. Résultats du questionnaire de satisfaction

Nous notons que dans l'ensemble, les salariés sont presque tous satisfaits de notre intervention. Nous leur avons demandé de noter d'une manière générale l'intervention sur une échelle de 0 à 10. 35% des salariés ont attribué la note 9 et 29% la note 10. Une personne a attribué la note 4. Le reste des salariés ont attribué les notes 7 et 8.

Au niveau du contenu proposé, 60% des salariés sont satisfaits et 40% très satisfaits.

En ce qui concerne les différents ateliers, tous les salariés ont trouvé les trois ateliers intéressants (60%) et très intéressants (40%) excepté pour l'atelier de commentaire des photos où une personne ne l'a pas trouvé intéressant. Les salariés ont trouvé la durée des ateliers adaptée pour les deux premiers ateliers (100%), mais trois salariés (18%) ont trouvé l'exercice de commentaire des photos trop long. L'atelier qui semble le plus répondre aux besoins des salariés est celui de la pratique avec aides, techniques (73% en ont totalement besoin, 20% partiellement et 1 personne n'en a pas besoin). Pour les deux autres ateliers, 60% en ont totalement

besoin, 30% partiellement et deux personnes n'en ont pas besoin. Pour ceux qui ont répondu qu'ils n'en ont pas besoin ou partiellement, nous leur avons demandé pourquoi. Une personne nous a répondu que plusieurs rappels seraient nécessaires pour mémoriser l'apprentissage. Un autre salarié a répondu que certaines techniques de transfert ne sont pas réalisables aux domiciles des patients. Enfin, un salarié a répondu « oui partiellement », car la formation apporte un rappel et un approfondissement des techniques de transfert, mais pas un apprentissage.

53% des salariés sont très satisfaits des conditions matérielles mises en œuvre pour la formation et 47% sont satisfaits.

53% des salariés pensent que l'alternance théorie-pratique permet tout à fait une efficacité maximale de l'intervention et 47% suffisamment.

Enfin, 100% des salariés pensent que la formation permettrait à un aidant professionnel de soulager ses douleurs.

## 6. DISCUSSION

Lors de notre première observation du métier d'aide à domicile, nous nous sommes rendus compte qu'il serait difficile, voire presque impossible d'agir sur l'environnement dans lequel les salariés travaillent. En effet, ce milieu manque souvent de place pour réaliser les différents actes de leur métier. Le matériel médical manque parfois ou peut être inadapté. Suivant ces conditions, nous avons organisé notre intervention autour du salarié.

Nous avons décidé de concevoir notre propre questionnaire de qualité de vie en nous inspirant et en reprenant plusieurs questions de questionnaires de qualité de vie validés. Cependant, notre questionnaire personnel n'étant pas validé, nous pouvons penser qu'il existe un biais par rapport à celui-ci.

Ensuite, il fut difficile de distribuer de la même manière le questionnaire aux salariés. Tous n'étaient pas présents aux réunions du personnel car certains étaient en arrêts de travail. De plus, les aidants sont disposés sur 4 secteurs d'interventions, avec 4 réunions différentes pendant le mois. Ainsi, nous n'avons pas pu assister à toutes les rencontres. Nous avons donc contacté par téléphone les aidants en arrêt de travail et ceux des réunions auxquelles nous n'avons pas assisté. Nous leur avons demandé s'ils accepteraient de répondre à notre questionnaire et s'ils préféreraient le recevoir par mail ou par courrier. Nous pouvons donc penser qu'un biais de compréhension du questionnaire existe, car nous n'étions pas à côté de ces aidants pour répondre à leurs incompréhensions s'il y en avait.

Nous avons demandé au président de l'association s'il était possible de comptabiliser les arrêts de travail des salariés 4 mois avant la formation, puis 4 mois après la formation. Suite à notre analyse et aux conseils de celui-ci, nous nous sommes rendus compte que l'arrêt de travail n'était pas un indicateur pertinent pour représenter l'efficacité de notre étude. En effet, les salariés peuvent passer en arrêt de travail pour des causes qui peuvent ne pas être de notre ressort. Certains tombent malades, d'autres souffrent de souffrances psychologiques à la suite de la perte d'un proche ou autres.

Les données que nous avons reçues par l'association nous permettent d'écrire que notre population est plutôt représentative par rapport aux enquêtes nationales et régionales réalisées. Notre population est 100% féminine (moyenne nationale de 98%). Sa moyenne d'âge est de 46,2 ans : 45,4 ans pour le groupe 1 et 47 pour le groupe 2 (moyenne nationale de 45 ans). Au niveau des qualifications, notre population compte 40% d'auxiliaires de vie sociale, 47% d'agents à domicile et 13% d'employés à domicile dans les deux groupes (moyenne nationale de 35%, 48% et 17%). Ainsi, nous pouvons penser que les résultats de notre mémoire sont extrapolables à un niveau régional ou national, mais rien ne nous permet d'affirmer que les réponses seront semblables. Peu d'études de ce genre ont été réalisées pour que l'on puisse comparer avec un autre échantillon. De plus, l'organisation et le

contenu d'une autre formation seraient peut être différents. Ensuite, notre population est plutôt rurale alors qu'il existe également des associations en zones urbaines.

D'après les résultats de notre questionnaire, 75% des salariés déclarent avoir modifié leurs habitudes de travail. 14 salariés sur 15 déclarent avoir tiré profit et utilisé les informations de l'ensemble de la formation. Nous remarquons donc que si les salariés ont modifié une habitude, nous avons pu leur apporter une information qui les a marqués et amélioré leur quotidien. La question sur l'évolution de l'état de santé général au cours du temps nous montre que l'état de santé s'est plutôt amélioré au cours du temps pour le Groupe 1 alors qu'il reste « à peu près pareil » pour le groupe 2. Cette question nous encourage à penser que notre formation a pu avoir un impact sur le bien-être des salariés.

30 jours après la formation, parmi les 4 salariés qui ont eu une amélioration de leur état de santé, 2 n'ont pas reçu de facteurs extérieurs qui auraient pu expliquer cette amélioration. 3 mois après la formation, 3 salariés sur 7 ont également une amélioration sans facteur extérieur. Ainsi, notre intervention a pu jouer un rôle pour ces salariés. Elle a même pu potentialiser les bienfaits acquis par ceux qui ont été influencé par un arrêt de travail ou des séances de kinésithérapie.

Au niveau du questionnaire type « Nordique », les résultats sont assez variables et peu interprétables. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'évaluation de la douleur et de la gêne est assez subjective, varie d'un individu à un autre et d'un moment à un autre.

Nous remarquons que notre population a moins de difficultés à déplacer des charges lourdes (transferts et manutention de patients) après notre formation, ce qui nous laisse présumer que nous avons pu leur faciliter ces manutentions dans leur travail quotidien. Nous notons également que ceux-ci sont plus à l'aise dans l'approche globale des patients et l'utilisation de matériel médical.

D'après le questionnaire de satisfaction de la formation, tous les salariés semblent satisfaits sauf un. Pour ce salarié, les résultats du questionnaire sont quand même améliorés après la formation sans facteur extérieur. L'intervention lui



aurait donc apporté quelque chose malgré son insatisfaction. Les salariés ont apprécié les conditions matérielles et l'alternance théorie-pratique. L'atelier le plus apprécié semble être la pratique avec aides techniques, puis la présentation du livret et enfin l'exercice de commentaire photo. Les salariés pensent que la formation pourrait soulager les douleurs d'un aidant professionnel.

Cependant la majorité des salariés pense qu'une seule formation ne suffirait pas pour adopter une bonne posture de travail et soulager les douleurs à long terme. Ainsi, d'après les résultats de cette question et de l'ensemble du questionnaire, nous interprétons que notre formation a pu avoir un effet bénéfique sur notre population. Ce bénéfice se répercutera au niveau de la qualité de vie et du bien-être des salariés (que ce soit avec ou sans autres traitements complémentaires) mais surtout au niveau de la prise en charge globale des patients, l'utilisation du matériel médical et la capacité à réaliser les transferts et actes de manutention.

Les bénéfices que nous avons pu apporter en tant que masseur-kinésithérapeutes aux salariés de l'entreprise sont multiples et variés. Tout d'abord, à travers nos connaissances, nous avons pu proposer des exercices adaptés pour soulager les douleurs des aidants ou les prévenir. Nous avons pu enseigner des bases d'anatomie, de cinésiologie et de physiologie. Nous avons détaillé les pathologies les plus souvent rencontrées par notre population. Notre rôle de promoteur de la santé nous a permis de prodiguer de nombreux conseils d'hygiène de vie utilisables dans la vie de tous les jours. Enfin, nos connaissances en ergonomie, manutention et matériel médical ont pu leur apporter de l'aide par l'apprentissage de techniques de transfert plus adaptées, par une meilleure utilisation des aides techniques ou par la perfection de leur pratique dans ces domaines. L'avantage d'une intervention effectuée par un masseur-kinésithérapeute réside sans doute dans l'apport de techniques d'assouplissements, d'étirements ou de renforcement musculaire qui sont une de ses spécificités. De plus, il a aussi connaissance des pathologies des patients et peut informer les aidants sur celles-ci.

Ainsi, nous mettons en avant le fait que ces interventions de prévention réalisées par le masseur-kinésithérapeute apportent beaucoup aux aidants et à

travers eux aux patients. Tout d'abord d'un point de vue pratique, car ceux-ci n'ont souvent peu ou pas de formations de manutention, d'ergonomie et de prévention des TMS. Puis, grâce à notre action sur l'amélioration de la qualité de vie. Nous remarquons cependant qu'une limite de cette étude est qu'il faudrait peut-être plusieurs formations (rappels) prolongées dans le temps pour avoir une meilleure intégration des connaissances et une meilleure action sur la qualité de vie des salariés. Mais ces formations ont un prix que certaines associations n'ont parfois pas les moyens de financer. Une autre limite est qu'une approche personnalisée par salarié serait plus efficace.

Nous pourrions donc approfondir ce travail en vérifiant si après une certaine durée les résultats sur la qualité de vie, la manutention et l'ergonomie sont toujours préservés. Une approche individuelle peut également être envisagée pour proposer une action plus personnalisée.

## 7. CONCLUSION

Suite à notre étude, nous pouvons conclure qu'une intervention organisée par un masseur-kinésithérapeute au sein d'une association d'aide à domicile présente de nombreux intérêts autant pour le bien-être et la qualité de vie des aidants que pour l'amélioration de leur capacité à effectuer leur travail au quotidien. En effet, nous avons vu que ceux-ci étaient soumis à d'importantes contraintes physiques, psychologiques et autres. De plus, leur formation de base est assez variée et parfois inexistante ce qui ne les prépare pas forcément à tous les actes qu'elles doivent effectuer. Ainsi, ces éléments montrent que l'intervention d'un kinésithérapeute et de ses différentes compétences est justifiée. Les résultats de notre étude montrent que la plupart des salariés sont satisfaits de la formation, qu'il y a une amélioration de leur qualité de vie et de leur aptitude au travail. Cependant, une approche individualisée donnerait peut-être plus de résultats. De plus, une seule formation est sûrement insuffisante pour avoir une efficacité maximale.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Guéry H, Cousseau F, Maurin L. Dépendance : des besoins croissants. Compas études 2012 ; 3 : 1-8
2. Article R4321-13, Code de la santé publique
3. Denis P. Qu'est-ce qu'un aidant ? In Aidant Attitude. [En ligne]. Page consultée le 16/09/2016 <<http://www.aidantattitude.fr/2011/01/23/quest-ce-quun-aidant-2.php/>>
4. Wajs L. Qui sont les aidants professionnels ? In Le relais des aidants. [En ligne]. Page consultée le 28/09/2016 <http://www.lerelaisdesaidants.fr/notre-actualite/277/pourquoi-un-soutien-a-la-relation-daide-pour-les-aidants-professionnels>
5. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue social, Aide à domicile, Mars 2009. Page consultée le 08/11/2016 <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/metiers-et-activites/article/aide-a-domicile>
6. Marquier R. Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008. Etud. Résult. DREES ; juin 2010 ; n°728
7. Bresse S. L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées. In Mayeur P. Nouvelles données sur le grand âge. Paris : La Doc.française, 2003. p. 119-143. Retraite et société ; 39.
8. Marquier R. Les activités des aides à domicile en 2008. Etud. Résult. DREES, octobre 2010 ; n°741

9. D'Aboville T. Histoire de l'ADMR. In ADMR la référence du service à la personne. [En ligne]. Page consultée le 01/10/2016 <http://www.admr.org/qui-sommes-nous/histoire.html>
10. D'Aboville T. Chiffres clés de l'ADMR. In ADMR la référence du service à la personne. [En ligne]. Page consultée le 01/10/2016 <http://www.admr.org/qui-sommes-nous/chiffres-cles.html>
11. Direction de l'information légale et administrative. Création d'une entreprise de services à la personne (agrément), Juin 2016. Page consultée le 20/10/2016 <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23633>
12. Rocher M, Langevin V. Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent "auxiliaires de vie sociale". Notes sci. tech. INRS, 2005 ; 257 : 5-84
13. Marquier R, Nahon S. Les conditions de travail des aides à domicile en 2008. Doss. solidar. santé DREES, 2012, N°30
14. Kim IH, Geiger-Brown J, Trinkoff A, Muntaner C. Physically demanding workloads and the risks of musculoskeletal disorders in homecare workers in the USA: Musculoskeletal disorders in homecare workers. Health Soc Care Community 2010 ; 18, 5 : 445-455
15. Johansson J. Psychosocial work factors, physical work load and associated musculoskeletal symptoms among home care workers. Scand J Psychol 1995 ; 36, 2 : 113-129
16. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. BMJ 2006 ; 332, 7539 : 449-452

17. Stock SR. Workplace ergonomic factors and the development of musculoskeletal disorders of the neck and upper limbs: a meta-analysis. *Am. J. Ind. Med.* 1991 ; 19, 1 : 87-107
18. Pelissier C et al. Occupational risk factors for upper-limb and neck musculoskeletal disorder among health-care staff in nursing homes for the elderly in France. *Ind Health* 2014 ; 52, 4 : 334-346
19. Wipfli B, Olson R, Wright R, Garrigues L, Lees J. Characterizing Hazards and Injuries Among Home Care Workers. *Home Healthc Nurse* 2012 ; 30, 7 : 387-393
20. Marras W S, Davis K G, Kitting B C , Bertsche P K. A comprehensive analysis of low-back disorder risk and spinal loading during the transferring and repositioning of patients using different techniques. *Ergonomics* 1999 ; 42, 7 : 904-926
21. Andersen L, Burdorf A, Fallentin N, Persson R, Jakobsen M et al. Patient transfers and assistive devices: prospective cohort study on the risk for occupational back injury among healthcare workers. *Scand J Work Environ Health* 2014 ; 40, 1 : 74-81.
22. Skotte JH, Essendrop M, Hansen AF, Schibye B. A dynamic 3D biomechanical evaluation of the load on the low back during different patient-handling tasks. *J Biomech* 2002 ; 35, 10 :1357-1366.
23. Didierjean M. Risque chimique et aides à domicile. *Réf. santé travail* 2015 ; 143 : 23-32
24. Dussuet A. Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile. *Rev. IRES* 2013 ; 3, 78 : 77-97

25. Brulin C, Winkvist A, Langendoen S. Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms. *J Adv Nurs* 2000 ; 31, 1 : 181-189
26. Wisjman J, Grundlehner B, Penders J, Hermens H. Trapezius muscle EMG as predictor of mental stress. *ACM. Trans. Comput. Syst* 2013 ; 12, 4 : 1-21
27. Lundberg U, Kadefors R, Melin B, Palmerud G, Hassmen P, Engstrom M, and Dohns IE. Psychophysiological stress and EMG activity of the trapezius muscle. *Int J Behav Med* 1994 ; 1, 4 : 354-370.
28. Abécassis P, Beaumont N, Gomis C et al. Evaluation et prévention des risques chez les aides à domicile. *Doc. pour méd. trav.* 2005 ; 102 : 161-189
29. Bué J, Coutrot T, Guignon N, Sandret N. Les facteurs de risques psychosociaux au travail. *Rev. fr. aff. soc.* 2008 ; 2, 3 : 45-70
30. Kim IH, Noh S, Muntaner C. Emotional demands and the risks of depression among homecare workers in the USA. *Int Arch Occup and Environl Health* 2013 ; 86, 6 : 635-644
31. Hayashi R, Gibson JW, Weatherley RA. Working Conditions in Home Care: A Survey of Washington State's Home Care Workers. *Home Health Care Serv Q* 1994 ; 14, 4 : 37-48
32. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Sinistralité 2008 des structures d'aide et de soin à domicile (SASAD). Décembre 2009, Page consultée le 13/12/2016.  
[http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/document\\_PDF\\_a\\_telecharger/etudes\\_statistiques/Decembre%202009-%20Sinistralite%202008%20du%20secteur%20aide%20et%20soi.pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/Decembre%202009-%20Sinistralite%202008%20du%20secteur%20aide%20et%20soi.pdf)

33. Brasseur G, Gayet C, Fellmann A, Ravallec, Vaudoux D. Services à la personne : Veiller sur soi comme sur les autres. Travail et Sécurité 2010 ; 702 : 19-33
34. Arrêt n° 10-14284 du 28 septembre 2011, Cours de Cassation.
35. Haute Autorité de Santé (HAS). Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Juin 2008. Page consultée le 15/09/2016 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration\\_doc\\_info\\_patients\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf)
36. Blaes A. – Education des aidants concernant la manutention des personnes dépendantes à leur domicile : élaboration d'un livret d'information à l'attention des aidants. 2015. 30 p. Mémoire Kiné : Nancy
37. Andersen LL, Andersen CH, Zebis MK, Nielsen PK, Sogaard K, Sjogaard G. Effect of physical training on function of chronically painful muscles: a randomized controlled trial. J Appl Physiol 2008 ; 105, 8 : 1796-1801
38. Gerdle B, Brulin C, Elert J, Eliasson P, Granlund B. Effect of a general fitness program on musculoskeletal symptoms, clinical status, physiological capacity, and perceived work environment among home care service personnel. J Occup Rehabil 1995 ; 5, 1 : 1-16
39. Mercier M, Schraub S. Qualité de vie : Quels outils de mesure ?. In Crouet H, Delozier T. Dogmes et doutes. Courbevoie : DaTeBe, 2005. p 418-423.
40. Leplège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications. 1<sup>ère</sup> édition. Paris : Estem ; 2002. 333 pages. ISBN : 978-2-84371-136-7

41. Descatha A, Roquelaure Y, Chastang JF, Evanoff B, Melchior M et al. Validity of Nordic-style questionnaires in the surveillance of upper-limb work-related musculoskeletal disorders. *Scand J Work, Environ Health* 2007 ; 33, 1 : 58-65
42. Palmer K, Smith G, Kellingray S, Cooper C. Repeatability and validity of an upper limb and neck discomfort questionnaire : the utility of the standardized Nordic questionnaire. *Occup Med (Lond)* 1999 ; 49, 3 : 171-175



# **ANNEXES**

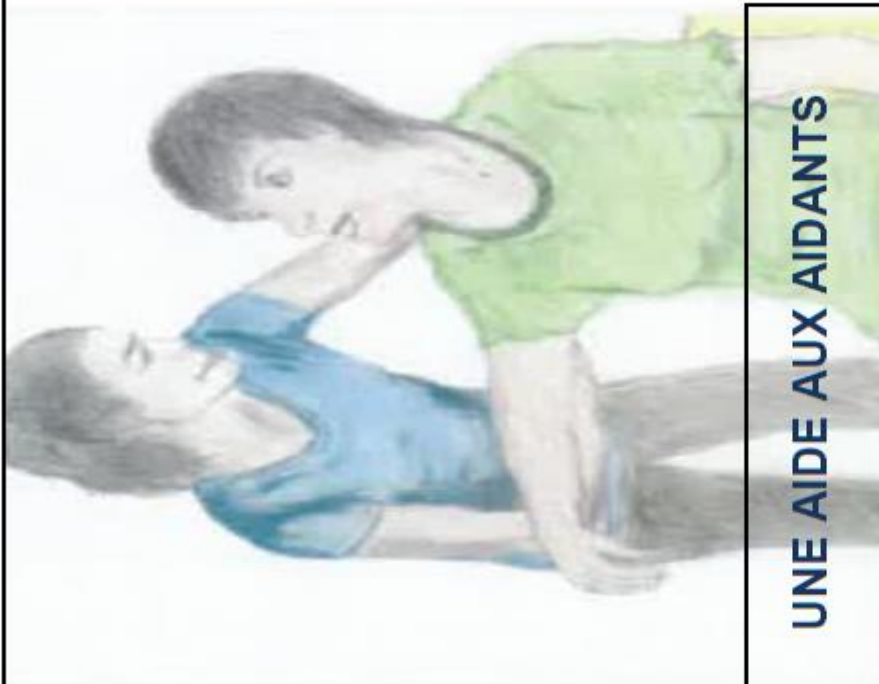
- **ANNEXE I : Livret distribué au groupe 1**
- **ANNEXE II : Formulaires**
- **ANNEXE III : Questionnaires**
- **ANNEXE IV : Graphiques représentant les résultats des questionnaires**

## ANNEXE I : Livret distribué au groupe 1

### Sommaire

1. Introduction ..... 3
2. Quelques notions d'anatomie ..... 4
3. Quelques notions de pathologie ..... 5
4. Des outils pour mieux comprendre votre dos .....9
5. Des principes de la manutention des charges..... 13
6. Quelques conseils pour prendre soin de vous ..... 16
7. Pour en savoir plus ..... 28

**LA PREVENTION DES RISQUES  
PROFESSIONNELS :**



**UNE AIDE AUX AIDANTS**

## 1. Introduction :

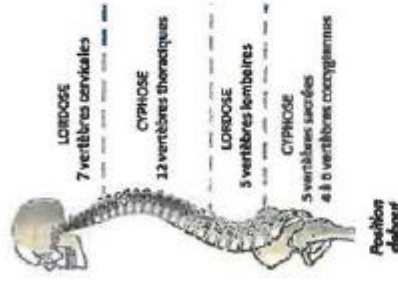
Vous souffrez de douleurs à la fin d'une journée de travail et dans la vie de tous les jours ? Vous souhaitez bénéficier de conseils pour ménager votre dos et vos articulations ?

Ce livret vous est proposé pour améliorer votre quotidien à travers quelques notions d'anatomie et de pathologie, des conseils de manutention, des échauffements et des étirements.

En complément de l'intervention, ce livret vous permettra de vous renseigner et de vous rappeler des différentes techniques pour vous aider.

Sachez cependant que cet outil n'est pas là pour remplacer ce qu'il vous a été appris lors de votre formation d'apprentissage, mais plutôt pour essayer de la compléter.

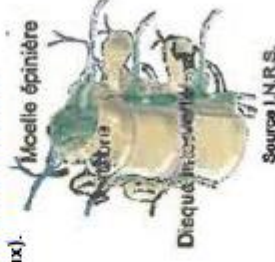
## 2. Quelques notions d'anatomie



Source I.N.R.S.

La colonne vertébrale est un ensemble articulé composé de 33 vertèbres. Elle assure le soutien du tronc et est reliée aux quatre membres. Elle est associée à la fois rigidité pour protéger la moelle épinière, stabilité pour amortir les contraintes et souplesse pour assurer la mobilité de l'ensemble du corps.

De profil, une série de courbures naturelles compose la colonne vertébrale : les cyphoses (arrondis) et les lordoses (creux).



Le dos est également constitué de nombreux muscles et ligaments pour renforcer la mobilité et la stabilité de la colonne vertébrale.

Les vertèbres sont reliées entre elles par les disques intervertébraux. Ce sont ces structures qui amortissent les pressions et qui permettent en partie la réalisation des mouvements. Les nerfs partent de la moelle épinière qui se situe derrière ces disques. Ils sortent par l'espace entre deux vertèbres pour innervier les différents segments du corps.

### 3. Quelques notions de pathologie

Le disque intervertébral, composé d'un noyau gélatineux et d'un anneau fibreux, est souvent soumis à d'importantes contraintes. Il peut ainsi être sujet à de nombreuses pathologies.

Voici trois principales pathologies existantes au niveau du dos :

#### Le lumbago :

Lors d'un redressement un peu trop brutal, le disque intervertébral, peut laisser échapper un peu de substance gélatineuse du noyau central.



Source : Esculape.com

Le noyau va alors irriter les nerfs près du disque.

Une violente douleur survient alors, accompagnée d'une contracture musculaire et d'un blocage du dos en position semi-fléchie.

#### La sciatique :

La sciatique se manifeste lorsque le nerf sciatique est comprimé.

Cette compression est due à une distension de l'anneau fibreux, lorsque le noyau intervertébral est repoussé vers l'arrière.

Elle s'accompagne d'une douleur caractéristique qui part de la fesse et qui irradie derrière, le long de la cuisse et de la jambe.

#### La hernie discale :

La hernie discale correspond à la sortie du noyau, chassé vers l'arrière, à l'extérieur du disque intervertébral.



Source : Integrans.org

Cette pathologie se produit lorsque l'anneau fibreux est trop endommagé.

Elle peut également s'associer d'une compression du nerf sciatique.

### Les troubles musculosquelettiques (TMS) des membres supérieurs et inférieurs :

Ils correspondent à l'ensemble des troubles qui touchent les articulations des membres supérieurs et des membres inférieurs.

Différentes structures peuvent être touchées : les muscles, les nerfs, les tendons, les ligaments, les bourses séreuses...

Les premiers symptômes descriptifs sont la douleur, la perte de force, la raideur et la maladresse.

Voici trois exemples de TMS les plus connus au niveau des membres supérieurs et inférieurs :

#### - La tendinopathie

Il s'agit d'un terme général qui décrit la souffrance d'un tendon (qui relie un muscle à un os).

Cette souffrance peut être d'un degré variable (de l'inflammation à la rupture).

La tendinopathie englobe différentes pathologies (tendinite, tendinose...)

Elle se caractérise par une douleur pendant et après l'activité et une raideur matinale.



Source : il-therapy.com

#### - Le syndrome du canal carpien

Ce syndrome désigne l'ensemble des troubles qui sont liés à la compression d'un nerf au niveau du poignet : le nerf médian.

Il est retrouvé plus souvent chez les femmes que chez les hommes et apparaît en général à partir de 50 ans. source : chrurgielemain.fr



Les premiers symptômes sont des douleurs nocturnes dans les trois premiers doigts de la main.

Ces symptômes peuvent évoluer en des troubles de la sensibilité la journée et des picotements dans ces trois premiers doigts.

#### - La bursite

Cette pathologie correspond à une inflammation ou une irritation d'une bourse séreuse.

La bourse séreuse est une petite poche située autour d'une articulation entre les tendons et les os.

Elle contient un liquide (la synovie) qui permet le glissement des tendons et des muscles.

Les symptômes sont les suivants : une douleur, une rougeur, une sensation de chaleur, un gonflement et une raideur au niveau de l'articulation concernée.



Source : forcemedic.com



## 4. Des outils pour mieux comprendre

### vosre dos

#### A/ Les principaux facteurs de risque du mal de dos

Les facteurs de risque du mal de dos sont nombreux et variés. Certains peuvent être évités en pratiquant la manutention des personnes. Ils sont inscrits en rouge.

##### La charge physique :

- les gestes et postures néfastes
- une manutention à risque
- une mauvaise ambiance au travail :
- le rythme de travail, la température, la lumière, le bruit, un aménagement de l'espace inadapté.



##### Les facteurs individuels :

- le sexe
- l'âge
- le poids, la taille
- une condition physique limitée
- la sédentarité

##### La charge mentale :

- Stress
- Une demande de travail importante
- Une relation pénible
- Un besoin de soutien social...

9

#### B/ Les mouvements à risque pour votre dos

##### - La flexion de tronc -



C'est le mouvement le plus fréquemment réalisé. Il correspond au fait de se pencher en avant.

##### **INADAPTE**

La répétition de cette action engendre d'énormes contraintes sur la colonne vertébrale au point de pouvoir, à la longue, léser les disques intervertébraux. Les pressions sont accentuées en cas de port de charge, d'autant plus que le poids à soulever est important.

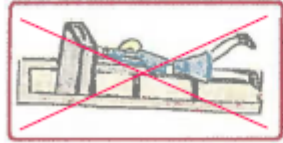
##### **ADAPTE**



La solution est de plier les jambes en gardant le dos bien plat.

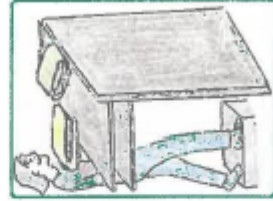
10

- L'extension de tronc -



C'est le mouvement inverse de la flexion. Il est plus rarement utilisé dans la vie quotidienne.

Par exemple, il est utilisé pour prendre un objet en hauteur.



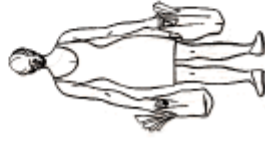
S'il est exagéré, il crée des contraintes au niveau des disques intervertébraux, en augmentant la courbure au niveau lombaire.

La solution est de ne pas lever les bras au-dessus des épaules et d'utiliser un support pour accéder facilement au bon niveau.

- Les inclinaisons de tronc -

L'inclinaison correspond au fait de pencher le tronc d'un côté ou de l'autre.

Ce mouvement est néfaste au niveau du disque intervertébral lorsque l'on porte des charges de façon asymétrique.



source : Mineplus.fr

**INADAPTE**

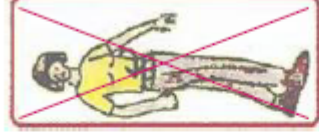


- Les rotations de tronc -

La rotation correspond au fait de tourner le tronc dans un sens ou dans l'opposé

Ce mouvement est néfaste au niveau du disque intervertébral car il crée des forces de cisaillement.

Il est à proscrire.



**INADAPTE**

## 5. Les principes de la manutention des charges

Pour aider une personne à se déplacer en protégeant son dos, l'idéal est d'apprendre dans un premier temps comment soulever une charge inerte.

- 1) Assurez-vous que l'environnement soit favorable : dégagez l'espace et préparez le matériel si besoin.
- 2) Évaluez le poids de la charge et vérifiez qu'elle soit bien équilibrée.
- 3) Assurez-vous que les prises soient stables sinon il faut en créer.



ADAPTE

- 4) Rapprochez-vous de la charge et encadrez là au maximum
- 5) Accroupissez-vous en gardant le dos plat.



ADAPTE

- 6) Inspirez et rentrez votre ventre puis bloquez votre respiration.
- 7) Penchez-vous légèrement en arrière, puis tendez les jambes toujours en maintenant votre dos plat.
- 8) Positionnez la charge devant une cuisse, déplacez la en poussant avec votre jambe et en gardant les bras tendus. Elle doit être collée à votre corps.

- 9) Si vous devez la poser sur une table non réglable en hauteur, utilisez votre cuisse.

- 10) Pour redescendre la charge, placez-vous de biais.



ADAPTE

- Pourquoi est-ce important de se rapprocher au maximum de la charge ?

Si la charge est trop éloignée, nous sommes contraints de nous pencher en avant et nous avons vu que cette position est nocive. Le risque est aussi d'être déséquilibré et de chuter.

En compensation, les muscles du dos doivent développer une force d'autant plus élevée que la distance est importante.

La solution est donc de se rapprocher de la charge et de l'encadrer au maximum.



D'autres positions vous permettent également de vous baisser en sécurité pour ramasser un objet léger :

- Le balancier



Source : Kineplus.fr

- Le chevalier servant



Source : Sep-Services.fr

- Prendre un appui



Source : Hanche-genou-arthrose.com

## 6. Quelques conseils pour prendre soin de VOUS

Pour préserver votre dos et éviter les douleurs, il est important d'avoir une bonne hygiène de vie (sommeil réparateur, alimentation équilibrée, hydratation suffisante, pratique sportive...).

En plus d'améliorer votre condition physique et votre pratique de la manutention, cela peut vous permettre d'atténuer votre stress.

N'hésitez pas à consulter un médecin en cas de problème de santé.

### Pour améliorer et/ou entretenir votre condition physique

Nous vous proposons une série d'exercices adaptés à la pratique de la manutention des personnes, simples et réalisables rapidement. Sachez que la liste n'est pas exhaustive. L'idéal serait de faire une séance au moins deux fois par semaine.

Pour être efficace, il est préférable de commencer doucement en répétant chaque exercice deux voire trois fois, sur un rythme régulier. Au fil des séances, vous pourrez intensifier progressivement l'effort à fournir, en augmentant le nombre de répétitions jusqu'à dix sans modifier votre vitesse.

Après chaque série réalisée, accordez-vous un temps de repos d'une durée au moins équivalente à celui de l'effort avant de passer à l'exercice suivant. Cela vous permettra de progresser de façon régulière et durable.

**Exercice 1 : Renforcement des muscles de vos jambes**

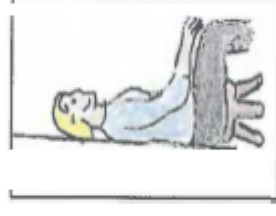
- 1) Mettez un tabouret fixe contre un mur.
- 2) Placez-vous debout le long de ce mur, les bras pendants le long du corps. Vos pieds doivent être éloignés du mur, écartés devant le tabouret.
- 3) Retrouvez la bonne position pour votre dos (dos plat)
- 4) Inspirez puis en soufflant pliez les jambes en maintenant votre dos plat.
- 5) Tenez la position en respirant amplement pendant 6 sec.
- 6) Remontez en soufflant, en tendant vos jambes et en gardant votre dos plat.
- 7) Reposez-vous pendant 6 sec, par exemple sur le tabouret, avant de recommencer.



17

**Exercice 2 : Renforcement des muscles de votre dos**

- 1) Asseyez-vous sur le tabouret, le dos contre le mur, les mains sur les cuisses.
- 2) Le regard à l'horizontal, rentrez le menton.
- 3) Essayez d'effacer l'ensemble des courbures de votre dos en étirant votre corps vers le haut, comme s'il y avait une aspiration au-dessus de votre tête.
- 4) Maintenez cette position pendant que vous inspirez.
- 5) Relâchez-vous complètement en soufflant avant de recommencer.



18

**Exercice 3 : Renforcement des muscles de vos abdominaux (ne pas le faire en cas d'incontinence)**

- 1) Allongez-vous sur le dos, sur un tapis au sol, les jambes pliées, les pieds posés au sol et les bras le long du corps.
- 2) Sur l'expiration, rentrez le ventre, levez vos deux jambes et ramenez-les vers votre bassin.
- 3) Effectuez des mouvements de pédalage vers l'avant en veillant à ce que le bas de votre dos ne décolle pas du sol. Si c'est le cas, c'est que vos jambes ne sont pas assez relevées.
- 4) Respirez amplement durant l'exercice.
- 5) Reposez vos deux jambes doucement dans la position de départ et faites une pause pendant un temps supérieur ou égal à l'effort avant de recommencer.

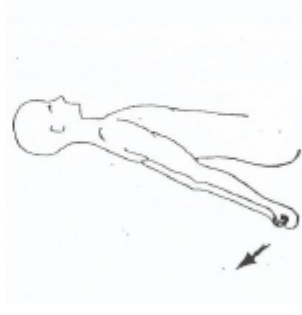


Si au fil des séances, vous trouvez que l'exercice devient trop facile, rapprochez vos jambes du sol. Le bas de votre dos ne doit pas décoller du sol, sinon c'est encore trop difficile.

Terminez l'exercice en posant vos jambes au sol et en prenant la bonne position pour votre dos (dos plat).  
Respirez profondément : prenez de l'air par le nez en gonflant le ventre puis soufflez par la bouche en le rentrant.  
Progressivement, revenez à un rythme normal.

**Exercice 4 : Renforcement des muscles de vos épaules**

- 1) Tenez-vous debout, le dos plat
- 2) Prenez un bâton ou un manche à balais à deux mains et amenez-le vers l'arrière les coudes tendus.
- 3) Maintenez la position pendant 6 secondes.
- 4) Relâchez progressivement et faites une pause de 6 secondes avant de recommencer.



## Les étirements

### Éirement des ischio-jambiers :

- 1) Placez une jambe en avant.
- 2) Sur l'expiration, pliez votre jambe arrière comme si vous voulez vous asseoir.
- 3) L'étirement ne doit pas être douloureux. Maintenez la position lorsque vous ressentez une tension en arrière de votre jambe avant.
- 4) Respirez amplement pendant 6 secondes.
- 5) Relâchez-vous progressivement 6 secondes avant de recommencer.



### Éirement du quadriceps :

- 1) Debout, posez deux doigts sur une table sans appuyer, pour avoir un support.
- 2) Saisissez votre cheville avec votre autre main et sur l'expiration, ramenez-la contre votre fesse. Votre cuisse doit être verticale.
- 3) Serrez les fesses.
- 4) Respirez amplement. Vous devriez ressentir une tension en avant de votre cuisse.
- 5) Maintenez la position pendant 6 secondes puis relâchez-vous progressivement avant de recommencer.



Source : Entraînement-sport.com

### Éirement du muscle psoas :

- 1) Posez un genou au sol en arrière de votre bassin et placez l'autre jambe devant vous fléchie à 90°.
- 2) Placez vos deux mains sur le genou de la jambe en avant.
- 3) Sur l'expiration, amenez votre bassin et vos hanches vers l'avant tout en veillant à maintenir le dos plat (le genou avant doit rester plié à environ 90°). Vous devriez sentir une tension au niveau de l'aîne.
- 4) Maintenez cette position pendant 6 secondes en respirant amplement puis relâchez progressivement 6 secondes avant de recommencer.



Source : Syndrom.fr

### Les assouplissements

#### La prière mahométane

1) Placez-vous en position « à genoux » et asseyez-vous sur vos talons le dos plat.



Source : Avotrbondos.canalblog.com

2) Sur l'expiration, amenez les bras au sol le plus loin possible devant vous et penchez-vous en avant pour amener votre poitrine contre le sol.

3) Quand vous sentez une tension au niveau de votre dos, maintenez la position 6 secondes en respirant profondément.

4) Relâchez-vous progressivement et revenez à la position de départ avant de recommencer.

#### La position « genoux-poitrine »

1) Placez-vous sur le dos

2) Relevez vos genoux pour les attraper avec vos mains

3) Sur l'expiration, ramenez-les le plus loin possible vers la poitrine.



Source : Fitin15.ca

4) Quand vous sentez une tension au niveau de votre dos, maintenez la position 6 secondes en respirant profondément.

5) Relâchez-vous progressivement et revenez à la position de départ avant de recommencer.

### Un exercice de détente

1) Installez-vous sur le dos, les bras le long du corps et les jambes reposant sur une chaise ou un tabouret (hanche et genoux pliés à 90°).

2) Relâchez vos épaules pour qu'elles s'abaissent complètement.

3) Le regard vertical, rentrez le menton.

4) Inspirez par le nez au maximum en gonflant le ventre. Tournez les paumes de main vers le plafond.

5) Expirez par la bouche au maximum en rentrant le ventre. Ramenez les paumes de main vers le sol.



Source : Cfpc.ca

Pour effectuer les gestes de la vie quotidienne de façon sûre et protégée

### La position couchée :

La position couchée sur le dos peut soulager les douleurs en journée car elle permet de relâcher les pressions sur les disques intervertébraux.

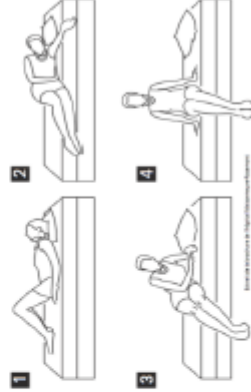
Le sommeil peut parfois être perturbé en cas de douleurs.

Pour dormir, la position sur le ventre est à proscrire, cependant si vous ne pouvez pas faire autrement, vous pouvez mettre un coussin sous le bassin.

### Se lever du lit :

Au réveil, les muscles ne sont pas échauffés et sont relâchés, prenez le temps de vous lever en sécurité :

- 1) Relevez les genoux.
- 2) Mettez-vous sur le côté en tournant les épaules et le bassin en même temps.
- 3) Appuyez sur votre coude pour mettre en position assise.
- 4) Poussez sur vos bras pour vous lever en vous penchant en avant.



### Mettre ses chaussures :



Vous pouvez poser votre pied en hauteur en utilisant un support et plier légèrement l'autre jambe.

Source : [considerant.free](http://considerant.free)



Vous pouvez également poser votre talon sur votre autre genou.

Source : [CliniqueHorizonPerformance.ca](http://CliniqueHorizonPerformance.ca)

### La voiture :

Pour entrer et sortir de la voiture, il est important de bien pivoter votre bassin et de ne pas faire de rotation de tronc.

De plus, lors de longs trajets, pensez à faire une pause toutes les heures et demie minimum, pour vous relâcher, vous mettre debout, marcher et vous étirer.



Source : [kineplus.fr](http://kineplus.fr)



### S'occuper d'un enfant :

Pour soulever et porter un enfant :

- 1) Positionnez-vous en chevalier servant (voir page 15).
- 2) Demandez à l'enfant de passer ses mains autour de votre cou
- 3) Placez une main sous les fesses de l'enfant et une autre dans son dos et plaquez-le contre vous pour le soulever.



Source : kineplus.fr

Evitez de le porter toujours de la même main.

Pour aider un enfant à s'habiller ou à faire sa toilette, utilisez également la position du chevalier servant.



Source : kineplus.fr

### Les activités ménagères :

Pour faire la vaisselle ou la cuisine, placez-vous le plus près possible face à l'évier ou face au plan de travail et écartez les jambes.

Vous pouvez appuyer votre bassin contre le bord de l'évier.



Source : kineplus.fr

## 7. Pour en savoir plus

Quelques livres que vous pouvez consulter :

- Vivre son dos au quotidien, N. Kraft, 2009
- Ergonomie : Techniques de manutention, M. Autissier, 2011
- Manuel pratique de mobilisation, B. Boyanov, 2009

Une association d'aide aux aidants :

- Le Relais des Aidants

52 rue Richard Gardebled

93110 ROSNY SS BOIS

Tél : 01 79 64 48 99

Site internet : <http://www.lerelaisdesaidants.fr>

Une partie des informations de ce livret ont été reprises sur le mémoire d'Aurélie BLAES (2015) : « Education des aidants concernant la manutention des personnes dépendantes à leur domicile » de l'institut de masso-kinésithérapie de Nancy.

Ce livret vous est proposé par Paul-Henri THIRION, étudiant en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie à l'institut de Nancy en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat 2017.

## **ANNEXE II : Formulaires**

### **Approche ergonomique de l'aide aux aidants**

#### **Formulaire d'information**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de leur travail au sein de l'association ADMR, les salariés sont soumis à certaines contraintes qui peuvent, lors de certains mouvements, entraîner des douleurs et/ou des blessures.

Étant étudiant en dernière année de masso-kinésithérapie, j'ai choisi de faire mon mémoire de fin d'études sur l'approche ergonomique envers les salariés.

Afin d'améliorer leurs conditions de travail et prévenir les différents troubles qui peuvent toucher les salariés de l'ADMR, je souhaite organiser une formation de manutention.

Pour cela, il me sera utile de prendre des photos afin de préparer cette formation et illustrer mon mémoire. Pour préserver votre anonymat, votre visage sera caché et flouté.

Votre engagement concernant la libre utilisation de ces photos est librement consentie et il vous est possible de l'interrompre à tout moment.

Votre participation à ce mémoire ne modifiera pas vos séances habituelles avec les salariés.

Vous n'aurez aucune charge financière à supporter.

Bien entendu, les données et informations recueillies resteront strictement confidentielles.



## **Formulaire de consentement éclairé**

Je, soussigné(e), Mr, Mme, Melle .....né(e) le .....

- Après avoir reçu oralement et par écrit toutes les informations nécessaires précisant les modalités de déroulement de cette étude.
- J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissaient utiles pour la bonne compréhension de la note d'information et de recevoir des réponses claires et précises.
- J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.
- J'accepte librement et volontairement de participer à ce mémoire dans les conditions ci-dessus, sachant que je suis libre de refuser sans que cela ait de conséquence sur la qualité de mes soins.
- Je suis conscient que je peux arrêter à tout moment ma participation à cette recherche sans supporter aucune responsabilité.

**Je donne mon accord pour la libre utilisation des données et photos me concernant dans le cadre de ce mémoire dans les conditions ci-dessous.**

- Cet accord ne décharge en rien les organisateurs de l'étude de leur responsabilité.
- Toutes les données et informations qui me concernent resteront strictement confidentielles.
- Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire aux organisateurs du mémoire.
- Fait à ....., le .....

Signature de l'investigateur

Signature du Volontaire

Précédée de la mention lu et approuvé

## ANNEXE III : Questionnaires

### QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE

Dans le cadre de mon mémoire sur l'approche ergonomique de l'aide aux aidants professionnels, nous avons réalisé un questionnaire évaluant la qualité de vie. Votre avis nous sera utile. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant les cases lorsque les réponses sont positives.

Date du jour : ..... / ..... / .....

N° d'Anonymat : .....

A) Depuis l'intervention du masseur-kinésithérapeute et la distribution du livret le mois dernier, avez-vous modifié vos habitudes de travail ?

OUI

NON

B) Avez-vous utilisé ou tiré profit des informations contenues dans le livret et lors de la formation ?

OUI

NON

1) D'une manière générale, diriez-vous que votre santé est :

Excellente     Très bonne     Bonne     Satisfaisante

Mauvaise

2) D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de votre santé ?

Très satisfait(e)     Satisfait(e)     Ni insatisfait(e), ni satisfait(e)

Insatisfait(e)     Très insatisfait(e)

3) Par comparaison avec il y a un mois, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

- Bien meilleure     Un peu meilleure     A peu près pareille  
 Un peu moins bonne     Pire

**Les questions suivantes portent sur la période des 4 dernières semaines :**

Si vous avez répondu « bien meilleure » ou « un peu meilleure » à la question précédente, répondez à la question D, sinon passez directement à la question 4.

C) Hors du cadre de la formation et du livret distribué lors de cette formation, pensez-vous que des facteurs extérieurs ont amélioré votre état de santé au travail ?

- OUI                       NON

Si vous avez répondu OUI à la question précédente, répondez à la question D, sinon passez directement à la question 4.

D) Si des facteurs extérieurs ont amélioré votre état de santé au travail, quels ont pu être ceux-ci ?

- Nouveau traitement médical                       Kinésithérapie  
 Arrêt de travail temporaire (repos, maladie, congés)  
 Autre(s) (précisez lequel ou lesquels) : ...

4) Avez-vous enduré des souffrances physiques ?

- Pas du tout     Un peu     Modérément     Assez fortement  
 Enormément



6) Avez-vous eu besoin de prendre des médicaments contre la douleur pour des souffrances physiques ?

- Jamais    Rarement    De temps en temps    Souvent  
 Tous les jours

7) La douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

- Pas du tout    Un peu    Modérément    Assez fortement  
 Enormément

8) Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?

- Très satisfait(e)    Satisfait(e)    Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)  
 Insatisfait(e)    Très insatisfait(e)

9) Pensez-vous avoir assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?

- Extrêmement    Beaucoup    Modérément    Un peu  
 Pas du tout

10) Etes-vous satisfait(e) de la qualité de votre sommeil ?

- Très satisfait(e)    Satisfait(e)    Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)  
 Insatisfait(e)    Très insatisfait(e)

11) Avez-vous des difficultés à transporter des charges lourdes (transferts et manutention de patients) ?

- Pas du tout    Un peu    Modérément    Assez fortement  
 Enormément

12) Vous sentez-vous à l'aise dans l'approche globale des personnes que vous avez en charge ?

Entourez le chiffre choisi.

:----- :----- :----- :----- :----- :

0            1            2            3            4            5

Pas du tout à l'aise

Très à l'aise

13) Vous sentez-vous à l'aise avec le matériel que vous utilisez sur votre lieu de travail ?

Entourez le chiffre choisi.

:----- :----- :----- :----- :----- :

0            1            2            3            4            5

Pas du tout à l'aise

Très à l'aise

14) Pensez-vous qu'une intervention est suffisante pour adopter les bonnes postures de travail et pour soulager vos douleurs à long terme ?

OUI

NON

Merci de votre participation

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Dans le cadre de mon mémoire sur l'approche ergonomique de l'aide aux aidants professionnels, nous avons réalisé un questionnaire de satisfaction sur l'intervention. Votre avis nous sera utile. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant les cases lorsque les réponses sont positives.

Date du jour : ..... / ..... / .....

N° Anonymat : .....

- 1) D'une manière générale, qu'avez-vous pensé de la qualité de l'intervention ?  
Entourez le nombre choisi.

-----  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Mauvaise*

*Excellente*

- 2) Etes-vous satisfait(e) du contenu proposé ?

Pas du tout satisfait(e)     Peu satisfait(e)     Satisfait(e)

Très satisfait(e)

- 3) Les ateliers présentés vous ont-ils intéressés ?

Que pensez-vous de leurs durées ?

Les ateliers présentés vous semblent-ils répondre à vos besoins ?

Atelier	La présentation du livret avec démonstration des exercices	La pratique avec aides techniques	Les exercices de commentaire sur les photos
Indicateur			
Intérêt	<input type="checkbox"/> Pas du tout intéressante <input type="checkbox"/> Peu intéressante <input type="checkbox"/> Intéressante <input type="checkbox"/> Très intéressante	<input type="checkbox"/> Pas du tout intéressante <input type="checkbox"/> Peu intéressante <input type="checkbox"/> Intéressante <input type="checkbox"/> Très intéressante	<input type="checkbox"/> Pas du tout intéressant <input type="checkbox"/> Peu intéressant <input type="checkbox"/> Intéressant <input type="checkbox"/> Très intéressant

<b>Durée</b>	<input type="checkbox"/> Trop courte <input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Trop longue	<input type="checkbox"/> Trop courte <input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Trop longue	<input type="checkbox"/> Trop courte <input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Trop longue
<b>Besoin</b>	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui partiellement <input type="checkbox"/> Oui parfaitement	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui partiellement <input type="checkbox"/> Oui parfaitement	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui partiellement <input type="checkbox"/> Oui parfaitement

4) Pour la dernière ligne du tableau, si oui partiellement ou non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

5) Etes-vous satisfait(e) des conditions matérielles mises en œuvre ?

- Pas du tout satisfait(e)   
 Peu satisfait(e)   
 Satisfait(e)  
 Très satisfait(e)

6) Pensez-vous que l'alternance théorie-pratique permet une efficacité maximale ?

- Pas du tout   
 Partiellement   
 Suffisamment   
 Tout à fait

7) Estimez-vous que la formation permettrait à un aidant professionnel de soulager ses douleurs ?

- Oui   
 Non

8) Suggestions pour améliorer les différents ateliers ou l'intervention :

.....  
.....  
.....

**Merci de votre participation**

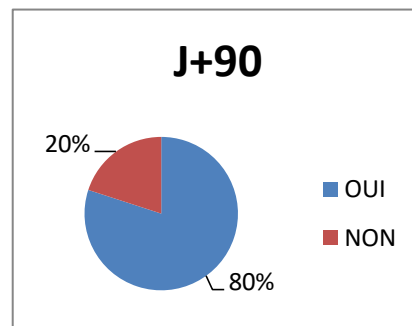
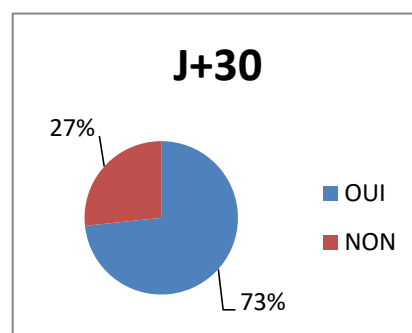


## ANNEXE IV : Graphiques représentant les résultats des questionnaires

### QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE :

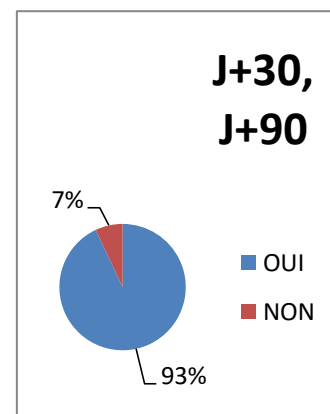
A) Depuis l'intervention du masseur-kinésithérapeute et la distribution du livret avez-vous continué de modifier vos habitudes de travail ?

	OUI	NON	Somme
Effectif J+30	11	4	15
Rapport (%)	73%	27%	100%
Effectif J+90	12	3	15
Rapport (%)	80%	20%	100%



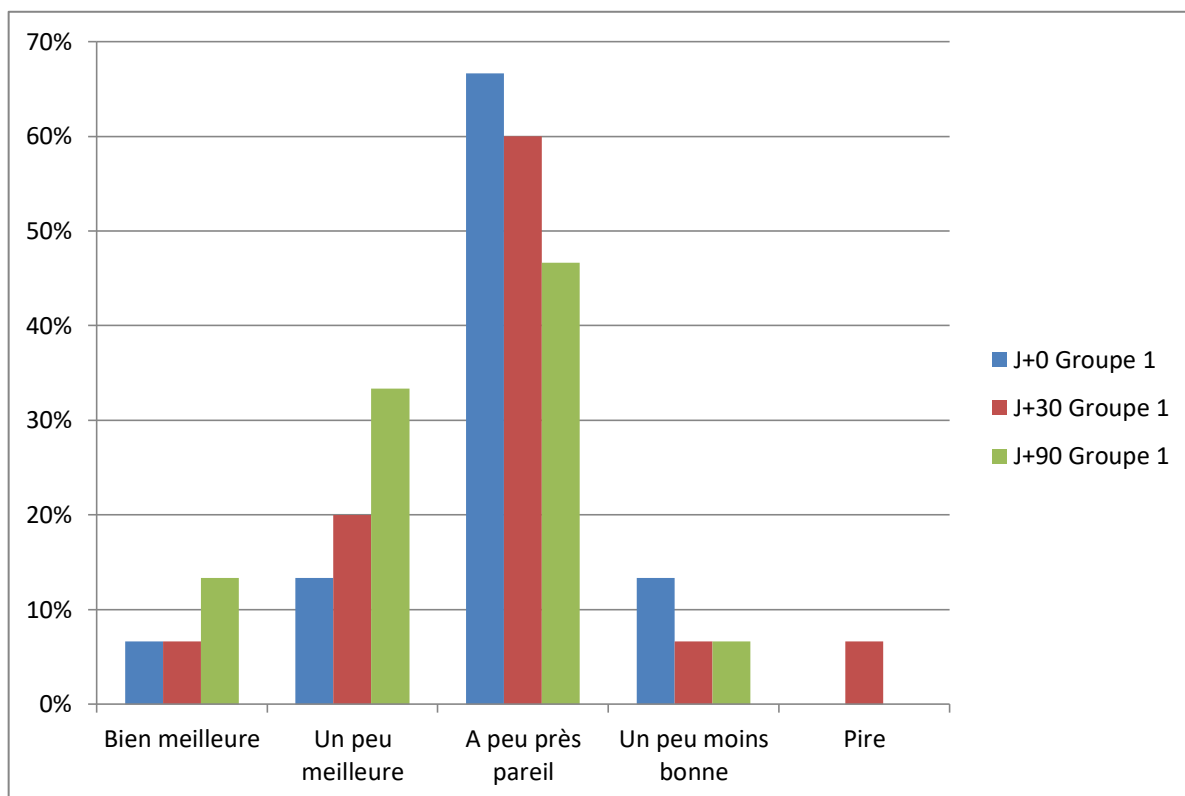
B) Avez-vous continué d'utiliser ou de tirer profit des informations contenues dans le livret et dans la formation ?

	OUI	NON	Somme
Effectif J+30	14	1	15
Rapport (%)	93%	7%	100
Effectif J+90	14	1	15
Rapport (%)	93%	7%	100



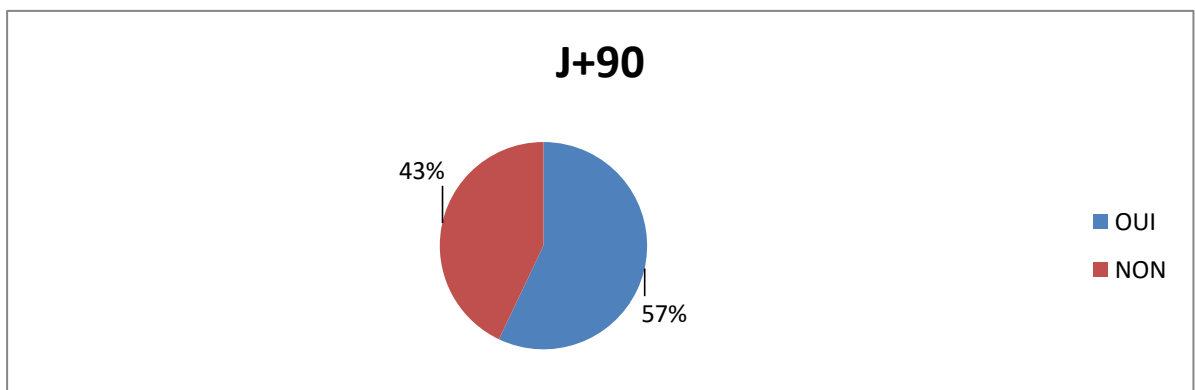
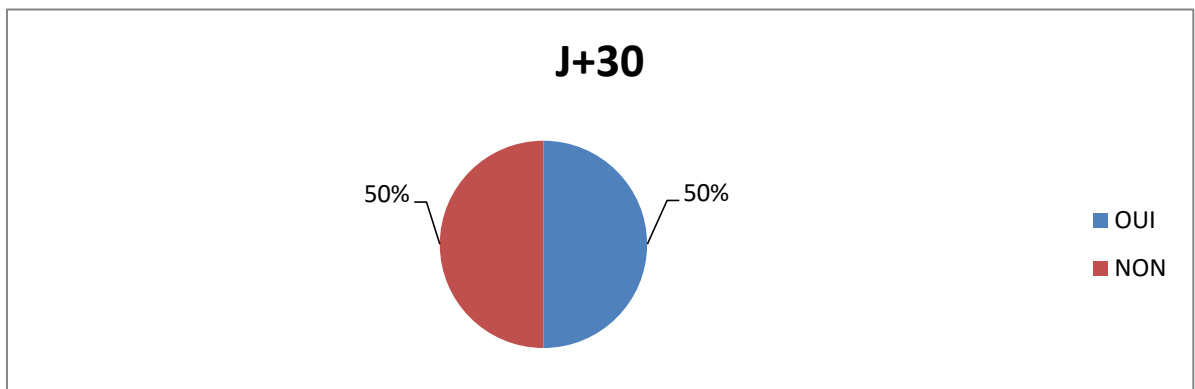
3) Par comparaison avec il y a un mois, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Question 3	Bien meilleure	Un peu meilleure	A peu près pareil	Un peu moins bonne	Pire	Somme
J+0 Groupe 1	1	2	10	2	0	15
Rapport (%)	7%	13%	67%	13%	0%	100 %
J+0 Groupe 2	1	1	11	0	2	15
Rapport (%)	7%	7%	73%	0%	13%	100%
J+30 Groupe 1	1	3	9	1	1	15
Rapport (%)	7%	20%	60%	7%	7%	100%
J+90 Groupe 1	2	5	7	1	0	15
Rapport (%)	13%	33%	47%	7%	0%	100%
J+90 Groupe 2	1	0	11	3	0	15
Rapport (%)	7%	0%	73%	20%	0%	100%



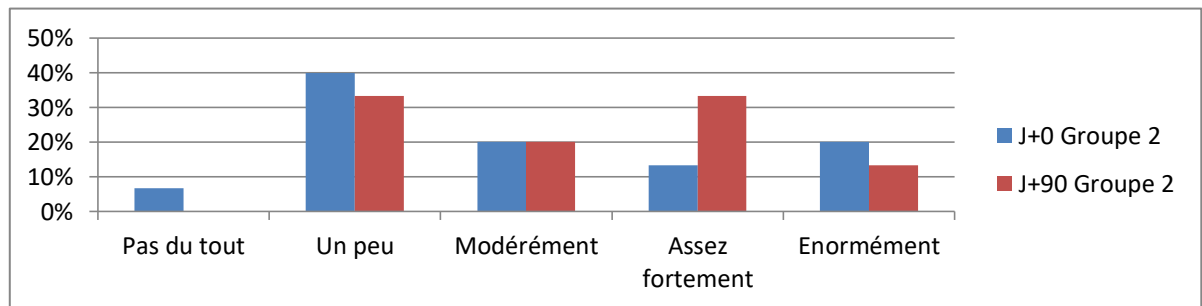
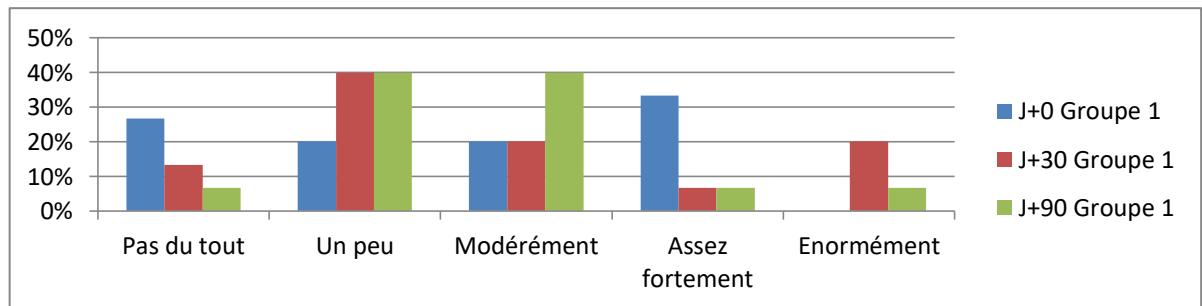
C) Hors du cadre de la formation et du livret distribué lors de cette formation, pensez-vous que des facteurs extérieurs ont modifié votre état de santé au travail ?

	OUI	NON	Somme
Effectif J+30	2	2	4
Rapport (%)	50%	50%	100%
Effectif J+90	4	3	7
Rapport (%)	57%	43%	100%



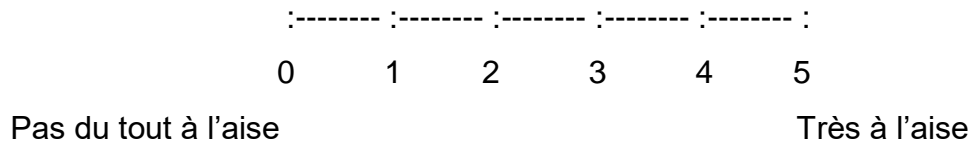
11) Avez-vous des difficultés à transporter des charges lourdes ?

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Assez fortement	Enormément	Effectif total
J+0 Groupe 1	4	3	3	5	0	15
Rapport (%)	27%	20%	20%	33%	0%	100%
J+0 Groupe 2	1	6	3	2	3	15
Rapport (%)	7%	40%	20%	13%	20%	100%
J+30 Groupe 1	2	6	3	1	3	15
Rapport (%)	13%	40%	20%	7%	20%	100%
J+90 Groupe 1	1	6	6	1	1	15
Rapport (%)	7%	40%	40%	7%	7%	100%
J+90 Groupe 2	0	5	3	5	2	15
Rapport (%)	0%	33%	20%	33%	13%	100%

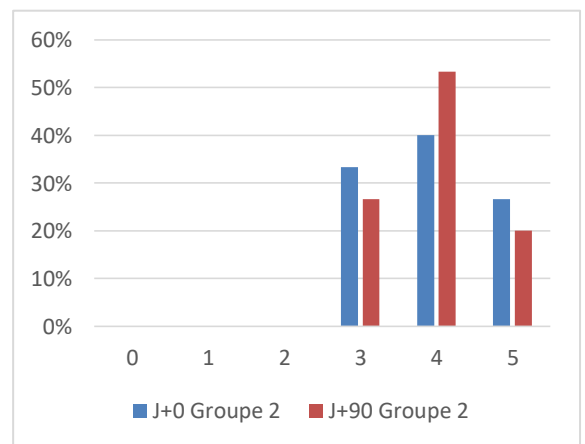
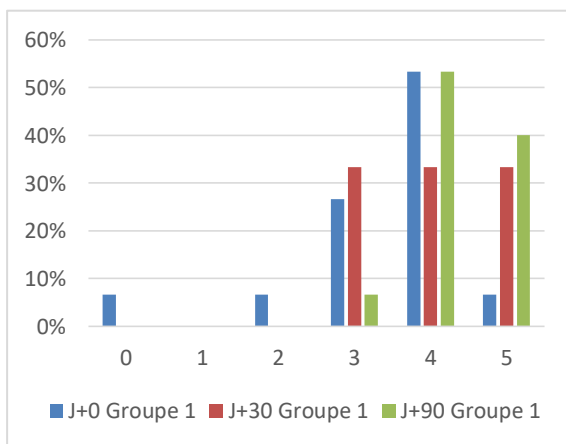


12) Vous sentez-vous à l'aise dans l'approche globale des personnes que vous avez en charge ?

Entourez le chiffre choisi.



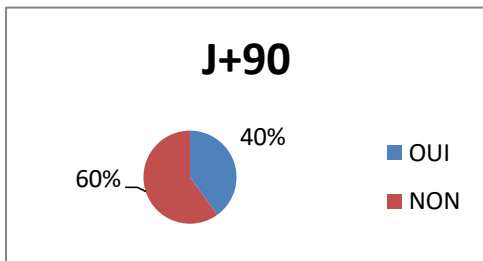
	0	1	2	3	4	5	Somme
J+0 Groupe 1	1	0	1	4	8	1	15
Rapport (%)	7%	0%	7%	27%	53%	7%	100%
J+0 Groupe 2	0	0	0	5	6	4	15
Rapport (%)	0%	0%	0%	33%	40%	27%	100%
J+30 Groupe 1	0	0	0	5	5	5	15
Rapport (%)	0%	0%	0%	33%	33%	33%	100%
J+90 Groupe 1	0	0	0	1	8	6	15
Rapport (%)	0%	0%	0%	7%	53%	40%	100%
J+90 Groupe 2	0	0	0	4	8	3	15
Rapport (%)	0%	0%	0%	27%	53%	20%	100%





14) Pensez-vous qu'une intervention est suffisante pour adopter les bonnes postures de travail et pour soulager vos douleurs à long terme ?

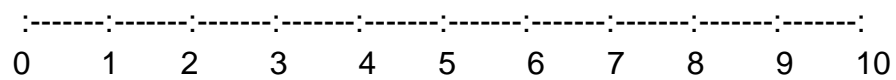
	OUI	NON	Somme
Effectif J+90	6	9	15
Rapport (%)	40%	60%	100%



### QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION :

1) D'une manière générale, qu'avez-vous pensé de la qualité de l'intervention ?

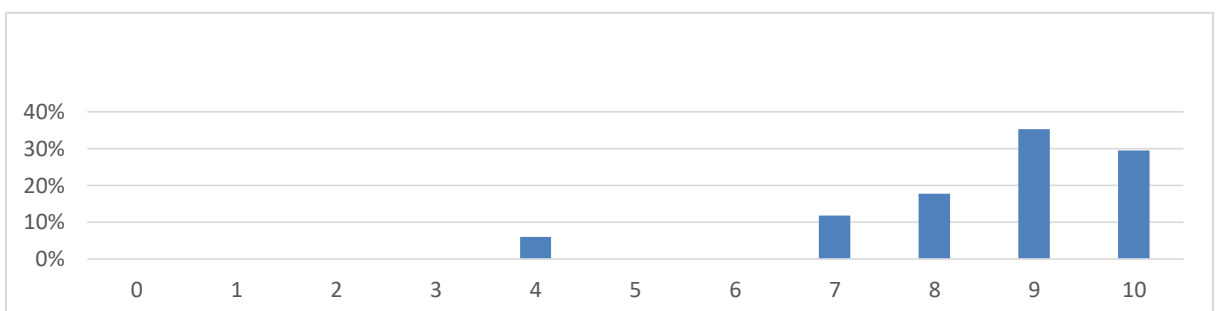
Entourez le nombre choisi



*Mauvaise*

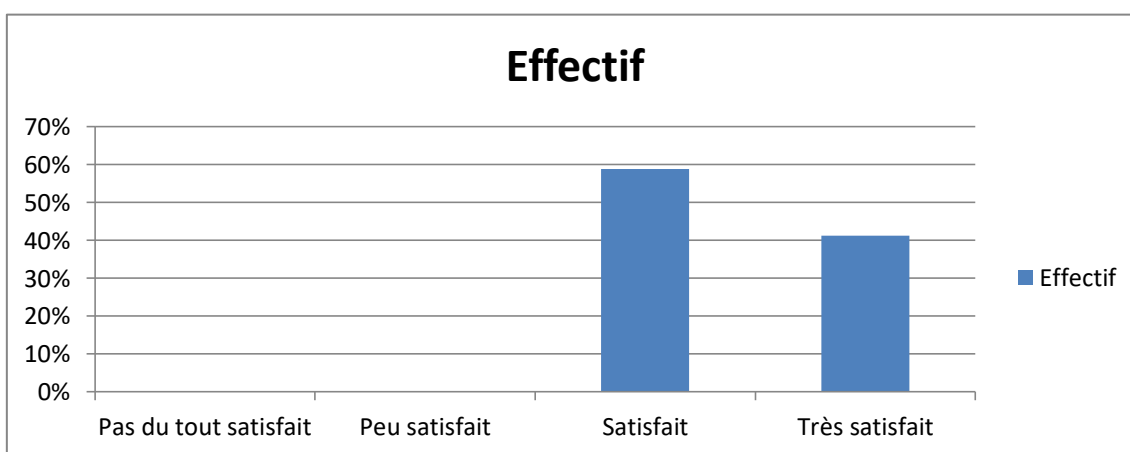
*Excellente*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Somme
Effectif	0	0	0	0	1	0	0	2	3	6	5	17
Rapport	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	12%	18%	35%	29%	100%



## 2) Etes-vous satisfait du contenu proposé ?

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Somme
Effectif	0	0	10	7	17
Rapport	0%	0%	59%	41%	100%



## 3) Les ateliers présentés vous ont-ils intéressés ?

Que pensez-vous de leurs durées ?

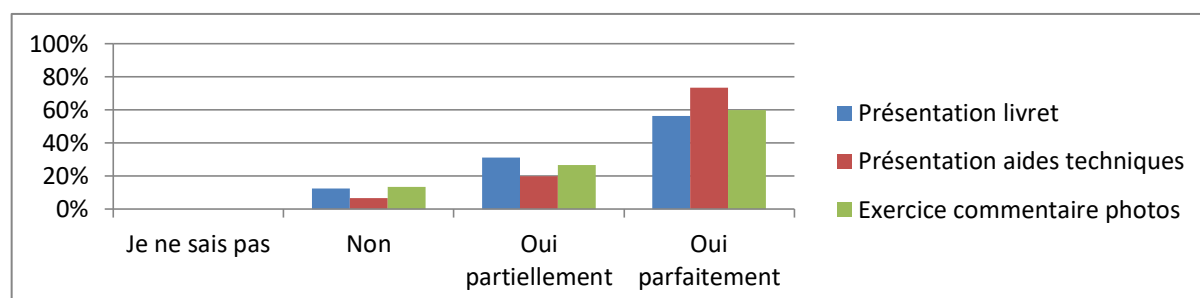
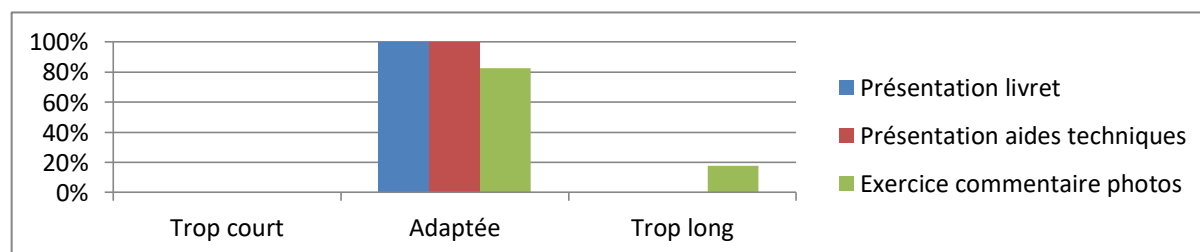
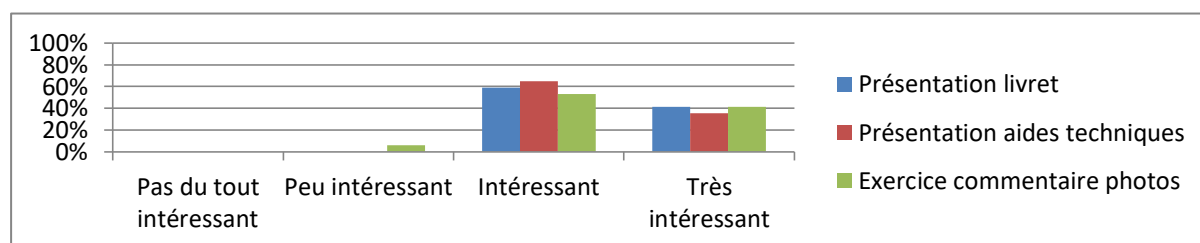
Les ateliers présentés vous semblent-ils répondre à vos besoins ?

	Pas du tout intéressant	Peu intéressant	Intéressant	Très intéressant	Somme
Présentation livret	0	0	10	7	17
Rapport (%)	0%	0%	59%	41%	100%
Présentation aides techniques	0	0	11	6	17
Rapport (%)	0	0%	65%	35%	100%
Exercice commentaire photos	0	1	9	7	17
Rapport (%)	0%	6%	53%	41%	100%



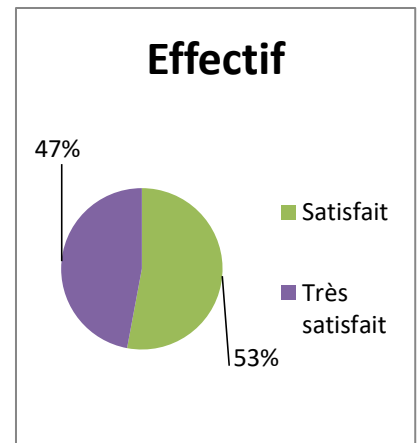
	Trop court	Adaptée	Trop long	Somme
Présentation livret	0	17	0	17
Rapport (%)	0%	100%	0%	100%
Présentation aides techniques	0	17	0	17
Rapport (%)	0%	100%	0%	100%
Exercice commentaire photos	0	14	3	17
Rapport (%)	0%	82%	18%	100%

	Je ne sais pas	Non	Oui partiellement	Oui parfaitement	Somme
Présentation livret	0	2	5	9	16
Rapport (%)	0%	13%	31%	56%	100%
Présentation aides techniques	0	1	3	11	15
Rapport (%)	0%	7%	20%	73%	100%
Exercice commentaire photos	0	2	4	9	15
Rapport (%)	0%	13%	27%	60%	100%



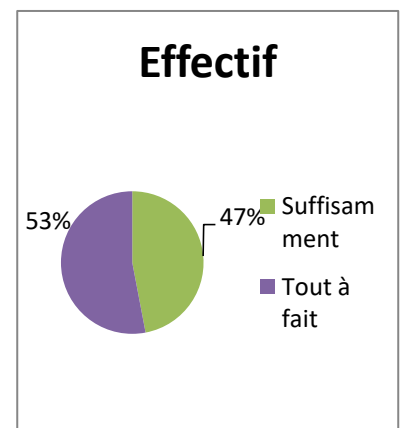
5) Etes-vous satisfait des conditions matérielles mises en œuvre ?

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Somme
Effectif	0	0	9	8	17
Rapport	0%	0%	53%	47%	100%



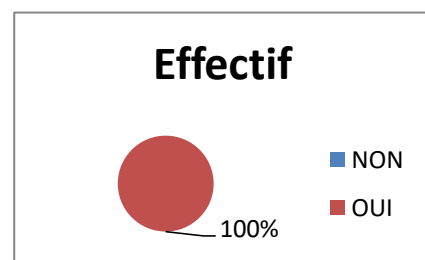
6) Pensez-vous que l'alternance théorie-pratique permet une efficacité maximale ?

	Pas du tout satisfait	Partiellement	Suffisamment	Tout à fait	Somme
Effectif	0	0	8	9	17
Rapport	0%	0%	47%	53%	100%



7) Estimez-vous que la formation permettrait à un aidant professionnel de soulager ses douleurs ?

	NON	OUI	Somme
Effectif	0	17	17
Rapport	0%	100%	100%



## RESUME

**Introduction :** Les aidants professionnels ont une importance capitale dans le maintien à domicile des personnes dépendantes. Leur métier est cependant soumis à de fortes contraintes et leur formation initiale n'est pas forcément identique. Elle est parfois inexistante ou peut être mal adaptée pour préparer tous les gestes de leur travail. Le masseur-kinésithérapeute, promoteur de la santé, a un rôle parfaitement adapté grâce à ses multiples compétences pour prévenir les troubles musculosquelettiques auxquels les salariés peuvent être confrontés.

**Objectif :** Le but de notre travail est de déterminer si une intervention effectuée par un masseur-kinésithérapeute au sein d'une entreprise d'aide à domicile permet d'améliorer la qualité de vie et la pratique au quotidien de ses salariés.

**Matériel et méthode :** Nous avons observé les salariés dans leur travail pour organiser notre étude. Puis, nous avons effectué notre intervention et avons expliqué un livret que nous avons réalisé à un groupe comportant la moitié de l'association. Enfin, nous avons distribué un questionnaire pour évaluer leur qualité de vie et leur approche pratique le jour de la formation, un mois après, puis trois mois après.

**Résultats :** Les résultats montrent une amélioration globale de la qualité de vie pour le groupe ayant participé à la formation par rapport à l'autre groupe et une amélioration de l'approche pratique des salariés au niveau des transferts et des actes de manutention.

**Discussion :** Cependant, nous nous demandons si une seule formation suffirait à conserver ces résultats à long terme ou si une approche plus individualisée aurait une meilleure efficacité.

**Mots clés :** auxiliaire de vie, ergomotricité, ergonomie, prévention, qualité de vie

**Keywords :** home health aide, home care worker, ergonomic, prevention, quality of life