



HAL
open science

Quelle complémentarité pour les dispositifs en santé travail (Evrest, MCP, Sumer, RNV3P) : un exemple à partir des métiers de l'aide à domicile chez les femmes ?

L. Rollin, Pascal Andujar, Juliette Bloch, Juliette Chatelot, Thomas Coutrot, Jean Dominique Dewitte, Julie Homere, Martine Léonard, Ariane Leroyer, S. Memmi, et al.

► To cite this version:

L. Rollin, Pascal Andujar, Juliette Bloch, Juliette Chatelot, Thomas Coutrot, et al.. Quelle complémentarité pour les dispositifs en santé travail (Evrest, MCP, Sumer, RNV3P) : un exemple à partir des métiers de l'aide à domicile chez les femmes ?. Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, 2021, 82 (3), pp.261-276. 10.1016/j.admp.2020.11.002 . anses-03324289

HAL Id: anses-03324289

<https://anses.hal.science/anses-03324289v1>

Submitted on 13 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Quelle complémentarité pour les dispositifs en santé travail (Evrest, MCP, Sumer, RNV3P) : un exemple à partir des métiers de l'aide à domicile chez les femmes ?

Titre courant : Complémentarité de 4 bases de données santé travail.

Title : Complementarity of 4 data bases in occupational health.

Auteurs : L Rollin^{1,2,3}, P Andujar^{4,5}, J Bloch⁶, J Chatelot⁷, T Coutrot⁸, JD Dewitte⁹, J Homere⁷, M Léonard¹⁰, A Leroyer¹¹, S Memmi⁸, C Nisse¹², E Rosankis⁸, F Tone¹³, N Vongmany⁶

¹ Service de médecine du travail et pathologie professionnelle, CHU de Rouen.

² INSERM, U1142, Laboratoire d'Informatique Médicale et d'Ingénierie des Connaissances en e-Santé, LIMICS, Sorbonne Université, Paris, France.

³ Université de Rouen-Normandie

⁴ Service de pathologies professionnelles et de l'environnement, CHI de Créteil.

⁵ Université Paris-Est Créteil, Faculté de Santé, Créteil

⁶ Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Maisons-Alfort.

⁷ Santé publique France, Direction Santé Environnement et Travail, Saint-Maurice

⁸ Ministère du travail, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, Paris.

⁹ Service de santé au travail et des maladies liées à l'environnement, CHU de Brest.

¹⁰ Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi en région Grand-Est, Nancy.

¹¹ Univ. Lille, Inserm, CHU Lille, U1286 – Infinite – Institute for Translational Research in Inflammation, Lille.

¹² Univ. Lille, Inserm, CHU de Lille, U4483 – Impecs, Lille.

¹³ Pôle Santé Travail. Lille.

Auteur correspondant :

Laétitia ROLLIN

Service de médecine du travail et de pathologie professionnelle

CHU de Rouen

1 rue de Germont

76031 Rouen Cedex

Laetitia.rollin@chu-rouen.fr

02.32.88.80.41

Summary

Introduction

Different health and work databases exist in France and the Occupational Health National Plan 2016-2020 asked to map them. Complementarity and intersection were studied for four of them. Sumer studies occupational expositions using occupational health practitioner expertise. Evrest studies working conditions perceived by workers and health, independently of his link with work. MCP studies pathologies caused by work and describes suspected link with exposures. RNV3P describes associations between exposures and pathologies and establishes an imputability degree, using scientific criterias and not medico-legal criteria.

The aim of this article is to show complementarity of 4 systems (Sumer, Evrest, MCP, RNV3P), using the example of a study describing women home help workers (WHHW).

Methods

In each system, WHHW were compared with other women workers. Then, results from each system were compared.

Results

Population was composed by 425, 10,852, 797, 463 WHHW and 10,966, 263,384, 26,245, 11,253 other women workers for Evrest, MCP, RNV3P et Sumer databases, respectively. By comparison with other women workers, WHHW were significantly older, working part-time, exposed to occupational physical and biomechanical constraints and had more often musculo-skeletal affections, but mental affections were not more frequent. RNV3P recorded cutaneous and respiratory pathologies whereas MCP did not.

Discussion

Bring together, the 4 systems give more information even if they don't study same populations : for example, about different points of view of workers and occupational health professionals, about

health problems differences when studying pathologies in general in workers or occupational diseases, about occupational pathology declaration to the social health system...

Key words : occupational health, occupational disease, work related disease, databases, health surveillance system

Résumé

Introduction

Plusieurs bases de données existent dans le domaine de la santé au travail et le Plan National Santé Travail en a demandé une cartographie. Quatre d'entre elles sont analysées du point de vue de leurs complémentarité et intersection. Sumer explore les expositions aux risques professionnels via l'expertise du médecin du travail. Evrest étudie les conditions de travail du point de vue des salariés ainsi que leur santé. MCP recense les pathologies en lien avec le travail et les expositions suspectées d'en être à l'origine. RNV3P identifie des associations entre expositions et pathologie via la cotation d'une imputabilité sur des critères scientifiques et non médico-légaux. Objectif : montrer la complémentarité de ces dispositifs à partir d'un exemple sur les femmes aides à domicile (FAAD).

Méthode

Au sein de chaque dispositif, les FAAD et les autres femmes ont été comparées. Puis, les résultats des 4 dispositifs ont été comparés entre eux.

Résultats

Les effectifs étaient de 425, 10 852, 797, 463 FAAD et 10 966, 263 384, 26 245, 11 253 autres femmes respectivement pour Evrest, MCP, RNV3P et Sumer. Par comparaison avec les autres femmes, les FAAD sont significativement plus âgées, plus souvent à temps partiel, exposées à des contraintes physiques ou biomécaniques, présentent plus souvent des affections de l'appareil locomoteur mais

pas plus fréquemment de souffrance psychique. Enfin, le RNV3P enregistre des pathologies cutanées ou respiratoires alors qu'elles sont peu rapportées dans MCP.

Discussion

Chaque dispositif apporte des informations en lui-même mais le rapprochement des résultats des dispositifs, même s'ils n'explorent pas strictement les mêmes populations, apporte des informations complémentaires sur les différences de points de vue concernant les expositions entre salariés et professionnels de santé, les problèmes de santé des salariés liés ou non au travail, et les phénomènes conduisant à une sous déclaration en maladie professionnelle...

Mots clés : santé au travail, maladie professionnelle, base de données, système de surveillance

Introduction

Dans le cadre de l'action 3.10 du Plan Santé au Travail 2016-2020 : « Recenser, rationaliser et harmoniser les données existantes en matière de veille, d'expertise et de vigilance en santé sécurité au travail afin d'en améliorer l'exploitation et la mise à la disposition des acteurs de la prévention », l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a réalisé une cartographie de l'ensemble des bases de données dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Les données existantes dans le domaine de la santé au travail en France sont variées. Plusieurs bases de données existent en France avec, comme point commun, de contribuer à la surveillance et/ou la vigilance des situations professionnelles afin de proposer des actions de prévention adaptées. Cette cartographie recense les bases de données existantes en matière de veille, d'expertise et de vigilance en santé travail [1]. Les dispositifs à l'origine de ces bases mobilisent des acteurs différents (travailleurs, équipe de santé au travail, centres hospitaliers de ressources en pathologies professionnelles...) avec des points de vue et des questionnements différents. Dans un objectif d'efficience et de rationalisation des moyens, l'intérêt de disposer de plusieurs bases de

données sur le même champ d'activité pourrait poser question pour des décideurs. L'objectif de ce travail est de montrer la complémentarité de 4 dispositifs en terme d'indicateurs épidémiologiques. Les données de ces dispositifs sont issues de services de santé au travail et/ou des centres hospitaliers de consultations de pathologies professionnelles et environnementales (CCPPE). Ces dispositifs nationaux sont Sumer (Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels), Evrest (Evolutions et Relations en santé au travail), MCP (Maladies à caractère professionnel), RNV3P (Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles), l'idée étant de confronter leurs données respectives en prenant l'exemple d'un métier précis, celui des aides à domicile (AAD).

Matériels et Méthodes

- Sources de données

Les données utilisées sont issues de quatre dispositifs de surveillance et / ou vigilance en santé au travail (Evrest, MCP, RNV3P et Sumer). La description de ces dispositifs, les modalités d'enquêtes, les populations d'études et l'ensemble des paramètres étudiés sont récapitulés dans le tableau 1 et la figure 1.

L'enquête Sumer a été réalisée en 1994, 2003, 2010 et 2017. Elle dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France. [2] Elle est coordonnée par l'inspection médicale du travail (DGT) et la Dares. Elle repose sur l'expertise professionnelle du médecin du travail, qui peut administrer un questionnaire principal sur les expositions aux risques professionnels. Chaque médecin est le responsable de la collecte et de sa validation, mais peut se faire aider des membres de son équipe pluridisciplinaire dans le recueil des données sur certaines parties du questionnaire. Le salarié remplit également, seul dans la salle d'attente, un auto-questionnaire qui porte sur son vécu du travail en ce qui concerne les risques psycho-sociaux. Les médecins du travail volontaires pour l'enquête de 2017 étaient 1 243 ; plus de 33 600 salariés ont été tirés au sort. Il y a eu 26 500 questionnaires exploitables et représentatifs de près de 25 millions de

salariés en France. En 2016-2017, l'enquête Sumer couvre pour la première fois l'ensemble du champ des salariés du secteur privé et public (hors personnels non enseignants de l'Éducation nationale) en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer (Réunion, Martinique, Guadeloupe et Guyane). Dans l'enquête Sumer, les questions relatives à l'organisation du travail font référence à la situation habituelle de travail. En revanche, toutes les expositions à des contraintes physiques, à des agents biologiques ou des produits chimiques sont recensées sur la dernière semaine travaillée, afin de cerner au plus près la réalité concrète du travail des salariés enquêtés. Pour la partie sur le repérage des pratiques de prévention, les médecins précisent les pratiques de mise en place sans se référer à une temporalité particulière.

L'observatoire Evrest a été mis en place en France en 2008 à l'initiative de médecins du travail et de chercheurs dans l'objectif d'avoir, pour un échantillon représentatif de la population des salariés en France, une base de données concernant les conditions de travail et la santé. [3-6] Le questionnaire, court, standardisé, composé de questions fermées issues des grandes enquêtes sur la santé au travail, est proposé par les équipes de santé au travail (médecin ou infirmier) membres du réseau Evrest lors des entretiens périodiques de santé au travail à un échantillon aléatoire de salariés (tous les salariés nés en octobre d'une année paire jusqu'en 2016, puis tous les salariés nés en octobre à partir de 2017). Le questionnaire est composé de 4 parties explorant les conditions de travail, le mode de vie, les formations et la santé. Les indicateurs de santé retenus sont fondés sur l'existence de signes et symptômes le plus souvent infra-pathologiques, mais aussi sur les notions de gêne engendrées dans le travail et la prise de traitement. Les 3 premières parties sont remplies en salle d'attente par les salariés ; lors de l'entretien, ces parties sont revues et la partie santé est complétée par le professionnel de santé. Les professions sont codées en PCS 2003 et les secteurs d'activité en NAF 2008. Environ 900 médecins du travail participent chaque année à l'observatoire depuis 2008, permettant la collecte d'environ 12 000 questionnaires par an. Le dispositif est coordonné par un Groupement d'intérêt scientifique réunissant divers établissements publics et privés. Toutes les régions sont couvertes par ce dispositif.

Le programme MCP est piloté par Santé publique France en partenariat avec l'inspection médicale du travail et plusieurs Observatoires régionaux de Santé (ORS). Il repose localement sur un réseau de médecins du travail volontaires et leurs équipes, et est animé, à l'échelle régionale, par un binôme épidémiologiste et médecin inspecteur régional du travail. [7,8] Après une étude pilote en Pays de Loire en 2002, le dispositif a été étendu progressivement. Depuis 2012, 10 à 12 régions (ancien découpage) et entre 500 et 800 médecins participent annuellement. Chaque année, lors de deux campagnes de deux semaines consécutives appelées « Quinzaines MCP », les médecins du travail recueillent des données socio-professionnelles pour l'ensemble des salariés venus en visite médicale : sexe, âge, profession, secteur d'activité, contrat, etc. et signalent toute pathologie qu'ils estiment en lien avec le travail, du fait de leur expertise et leur connaissance du milieu professionnel, ainsi que les expositions professionnelles en cause. Seules les maladies susceptibles d'être d'origine professionnelle et n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle par un régime de Sécurité sociale sont signalées. Les pathologies sont codées en CIM 10, les expositions avec le thésaurus des expositions professionnelles utilisé initialement par le RNV3P et refondu par l'Anses, les professions selon la nomenclature PCS 2003 et les secteurs d'activité en NAF 2008 (ou NAF 2003). Ainsi, ce dispositif permet de surveiller l'évolution épidémiologique des maladies à caractère professionnel au travers notamment d'indicateurs de prévalence, d'estimer la sous-déclaration en maladie professionnelle et de fournir des éléments pour adapter les mesures préventives et faire évoluer les tableaux de maladie professionnelle.

Le Réseau RNV3P rassemble dans une base de données sécurisée les problèmes de santé au travail (PST) des patients venus consulter dans les CCP(E) pour des motifs divers : diagnostic de l'origine professionnelle ou environnementale d'une pathologie, évaluation des capacités de travail restantes et de l'adéquation entre l'état de santé et les contraintes liées à l'environnement professionnel, dépistage d'affections dans un contexte d'expositions professionnelles-confirmation de diagnostic. [9] Les médecins des CCPPE (30 centres en 2019 répartis sur le territoire français dans des centres hospitalo-universitaires pour la très grande majorité) alimentent de manière systématique cette base

depuis 2001 et réalisent le codage des données selon les nomenclatures internationales (CIM 10 pour les pathologies, CIP 2008 pour les postes de travail) ou nationales (NAF 2008 pour les secteurs d'activité, thésaurus des expositions professionnelles mis à disposition par l'Anses en 2014). Lors de l'investigation d'une origine professionnelle d'une pathologie, le médecin expert évalue les liens entre les expositions professionnelles et la pathologie diagnostiquée et attribue à chaque exposition un niveau d'imputabilité (estimé « sans relation », « faible », « moyen » ou « fort »). Lorsqu'une pathologie est estimée en lien avec au moins une exposition cotée d'imputabilité faible, moyenne ou forte, on parle de pathologie en relation avec le travail (PRT). Un patient peut avoir plusieurs PRT, qui seront autant d'unités statistiques exploitables. Les CCPPE étant des centres de recours, les données collectées ne sont pas représentatives de l'ensemble des pathologies observées en santé travail, mais servent à des fins de vigilance et d'alerte et fournissent de grandes tendances sur les risques professionnels et les pathologies en lien avec le travail. L'intérêt de ces données réside donc dans le fait qu'elles couvrent l'ensemble du champ des pathologies suspectées d'être professionnelles, indépendamment des considérations médico-légales d'indemnisation. L'Anses est animateur du réseau en collaboration avec sept partenaires.

- Critères d'inclusion

Le métier d'aide à domicile étant très largement féminin, seules les femmes ont été retenues dans cette étude [10]. La population d'étude est ainsi composée des femmes AAD quel que soit le secteur d'activité. Pour les dispositifs utilisant la PCS 2003 (Evrest, MCP et Sumer), le code 563b « Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales » a été retenu [11]. Pour le RNV3P utilisant la classification internationale type des professions CIP 2008, 4 codes ont été retenus : 9111 « Aide de ménage à domicile », 5322 « Aide-soignant à domicile », 5162 « Personnel de compagnie et valet de chambre » et 5152 « Gouvernantes et intendants à domicile » parmi les femmes en âge de travailler (18-65 ans), actives ou non le jour de la consultation, à l'exclusion des retraitées. [12].

- Analyses effectuées

L'analyse principale consistait à comparer, pour chaque dispositif, les femmes AAD à l'ensemble des autres femmes, exerçant un métier différent (femmes actives pour Evrest, MCP et Sumer ou en âge de travailler pour RNV3P). Pour des raisons d'effectifs et de disponibilité des données, les périodes d'inclusions étaient : 2016-2017 pour Evrest et Sumer, 2008 à 2016 pour MCP et 2010 à 2017 pour RNV3P. Pour Evrest, Sumer et MCP, les femmes exerçant la profession d'AAD lors de l'enquête ont été considérées dans le groupe AAD et comparées aux autres femmes incluses dans la même base. Pour RNV3P, les femmes AAD en âge de travailler vues en consultations pour une PRT en lien avec un poste AAD avec la présence d'une imputabilité avec une exposition moyenne ou forte ont été considérées dans le groupe AAD et comparées aux autres femmes en âge de travailler du dispositif RNV3P.

- Statistiques

Les analyses comportaient des tests de Chi 2 et de Fisher pour la comparaison des proportions ainsi que des tests de Student pour la comparaison de moyennes. Les tests étaient considérés comme significatifs pour $p < 5\%$. L'association entre la présence de signe clinique ou pathologie et le fait d'être AAD a été mesurée au moyen d'odds ratio (OR) et de leur intervalle de confiance à 95 %, estimés à l'aide d'une régression logistique avec ajustement sur l'âge (ainsi que sur le contrat et le type de visite, et avec prise en compte d'un effet aléatoire du médecin pour MCP). Les facteurs significativement associés aux plaintes et signes cliniques chez les AAD et les autres femmes ont été identifiés grâce à une régression logistique avec ajustement sur l'âge.

Résultats

Dans chacune des parties, les résultats sont présentés de la manière suivante : les femmes AAD sont d'abord comparées aux autres femmes au sein de chaque dispositif, puis lorsque les mêmes champs de données sont disponibles dans différents dispositifs, les données de chaque dispositif sont comparées entre elles.

- *Circonstances de recueil des données, données socio-démographiques, cadre de travail et mode de vie*

Le tableau 2 présente les circonstances de recueil des données, les données socio-démographiques, le cadre de travail et le mode de vie des AAD et des autres femmes selon les dispositifs.

Au sein de chaque dispositif, les femmes AAD sont en moyenne plus âgées que les autres femmes en activité. D'autre part, dans le dispositif RNV3P, l'âge médian de toutes les femmes, AAD ou autres femmes, semble supérieur à l'âge médian des femmes des autres dispositifs.

Selon Sumer et Evrest, les AAD exercent plus souvent dans une entreprise de 10 à 249 salariés et à temps partiel que les autres femmes. Selon Sumer, leur ancienneté dans le poste est plus importante que pour les autres femmes.

Les femmes AAD incluses dans MCP sont plus souvent venues en consultation pour des visites de reprise ou pré-reprise (23 % vs 15 %) et moins souvent pour des visites périodiques (40 % vs 48 %) que les autres femmes. Pour RNV3P, les femmes AAD sont principalement adressées par un médecin du travail (33 %) mais moins souvent que les autres femmes (51 %) ; elles viennent plus souvent d'elles-mêmes que les autres femmes (10% vs 6%) ou à la demande de leur médecin traitant (30 % vs 20 %).

Les variables concernant le mode de vie, explorées par Evrest, montrent des conditions de vie plutôt défavorables pour les femmes AAD par rapport aux autres femmes : significativement plus de salariées se déclarant fumeuses, avec des trajets domicile travail longs ou pénibles et ayant moins souvent une activité sportive régulière.

- *Risques professionnels rapportés (Sumer et Evrest, cf tableau 3)*

Risque chimique : au sein de chaque dispositif, la part des salariées déclarées être exposées à des produits chimiques est supérieure chez les AAD par rapport aux autres femmes. De plus, on observe un différentiel de 17 points sur le pourcentage de femmes AAD exposées entre les données Sumer et celles d'Evrest (67 % selon Sumer et 50 % selon Evrest). Sumer permet d'identifier, grâce à l'expertise

du médecin du travail, les types de produits chimiques auxquels les AAD sont exposés lors de la dernière semaine travaillée. Il s'agit par ordre décroissant de l'eau de Javel (50 % des AAD), des ammoniums quaternaires (24 % des AAD), d'autres produits tensio-actifs (22 %).

Risque biologique : au sein de chaque dispositif, la part des salariées exposées au risque biologique est supérieure chez les AAD par rapport aux autres femmes. Dans Sumer, selon l'avis du médecin, 76% des salariées AAD ont été exposées à des agents biologiques pendant la dernière semaine travaillée. Dans Evrest, 50% des salariées AAD déclarent être exposées à un risque infectieux.

Risque biomécanique : de façon globale, au sein de chaque dispositif, les facteurs biomécaniques (port de charges, gestes répétitifs...) sont plus souvent rapportés chez les femmes AAD par rapport aux autres femmes. Le type d'interrogation et les intitulés des questions diffèrent d'une source à l'autre ce qui rend difficile les comparaisons entre ces deux sources.

Risque psycho-social (RPS) : Evrest et Sumer comportent de nombreux indicateurs concernant les RPS. Tous deux se basent sur un autoquestionnaire complété par le salarié. Les résultats sont nombreux et feront l'objet d'une publication de type DARES Résultats. La comparaison des données Evrest et Sumer met en évidence une concordance de la plupart des résultats mais également quelques différences : par exemple, dans Sumer, les AAD déclarent plus souvent que les autres femmes « ne pas avoir le temps suffisant pour faire correctement leur travail » (40 vs 31%) alors que dans Evrest elles déclarent moins souvent que les autres femmes « traiter trop vite une opération nécessitant davantage de soin » (17 vs 26%).

- *De la prévalence des plaintes et signes cliniques (Evrest) à la prévalence des maladies à caractère professionnel (MCP, cf Tableau 4)*

Deux de ces dispositifs permettent d'estimer les prévalences de symptômes/signes cliniques (Evrest) et d'affections liées au travail (MCP). Le tableau 4 présente ces prévalences et les odds ratio mesurant l'association entre la survenue de plaintes/signes cliniques ou affections liées au travail et le fait d'être AAD. Au sein des 2 dispositifs, les AAD sont plus touchées par les affections du membre supérieur et du rachis que les autres femmes, en particulier pour l'épaule et le rachis dorso-lombaire.

D'autre part, au sein des 2 dispositifs, les AAD ne sont pas plus touchées que les autres femmes par la souffrance psychique. Ce résultat est également observé par le dispositif Sumer qui met en évidence que les AAD souffriraient moins d'état dépressif, mesuré à partir du Patient Health Questionnaire (PHQ9) que les autres femmes (39% vs 42%). Les autres appareils n'ont pu être étudiés que dans le dispositif Evrest du fait des effectifs faibles de ces pathologies en lien avec le travail dans MCP. Les AAD présentent significativement plus de plaintes ou signes cliniques de l'appareil respiratoire et d'hypertension artérielle que les autres salariées. Elles ne présentent pas plus de plaintes ou signes cliniques dermatologiques, cardiaques et auditifs que les autres femmes.

- *Du lien entre les pathologies et les expositions professionnelles à la reconnaissance en maladie professionnelle (MCP, RNV3P, Evrest)*

Les affections de l'appareil locomoteur (ALM) (tableau 5)

Pathologies liées au travail

Dans MCP et RNV3P, les principales pathologies rapportées pour les femmes AAD sont les affections de l'appareil locomoteur (ALM) incluant notamment les troubles musculo-squelettiques (TMS) et l'arthrose (80 % dans MCP, 63 % dans RNV3P). Par comparaison aux autres femmes, la proportion d'ALM est plus importante chez les AAD.

Expositions professionnelles incriminées

Selon Evrest, les facteurs significativement associés aux plaintes ou signes cliniques du rachis chez les AAD sont le fait de déclarer porter souvent des charges (OR = 2,1 IC95%[1,2-3,6]) et d'avoir une pression temporelle supérieure à 6 sur une échelle de 0 à 10 (OR = 2,1 IC95%[1,3-3,5]). Chez les autres femmes, ces mêmes facteurs sont également associés aux TMS du rachis.

Les facteurs significativement associés aux plaintes ou signes cliniques du membre supérieur chez les AAD sont le fait de déclarer avoir souvent des gestes répétitifs (OR = 1,7 IC95%[1,0-2,9]), de ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité (OR = 2,4 IC95% [1,1-4,1] et de devoir fréquemment abandonner une tâche pour une autre non prévue (OR = 2,2 IC95%[1,3-3,7]). Pour les

autres femmes, l'abandon de tâches et le manque de moyens ne sont pas associés de manière significative à la présence de plaintes ou signes cliniques du membre supérieur.

Que ce soit dans le dispositif MCP ou dans celui du RNV3P (*tableau 6a*), chez les femmes AAD, près de 95 % des expositions professionnelles associées à une ALM sont des facteurs biomécaniques, et plus précisément les mouvements répétitifs, le travail avec force et les postures. Chez les autres femmes salariées incluses dans MCP, le même trio arrive en tête mais représente une part plus faible des expositions (82 %). Les facteurs organisationnels relationnels et éthiques et les agents physiques (vibrations, ergonomie, ambiance thermique, travail sur écran, etc.) sont moins souvent associés aux ALM chez les AAD que chez les autres femmes.

Reconnaissance en maladie professionnelle (MP)

Dans MCP, chez les femmes AAD comme chez les autres, il existe un tableau de reconnaissance en MP pour 60 % des ALM signalées (82 % pour l'épaule, 89 % pour le coude, 23 % pour le rachis dorsolombaire, 93 % pour les syndromes canaux main-poignet). Chez les femmes AAD, la moindre déclaration en MP s'explique par un bilan diagnostique insuffisant (41 % vs 33 % chez les autres femmes) et une ignorance de la salariée (38 % vs 26 %) alors qu'elles sont moins souvent opposées à une déclaration (16 % vs 25 %). Dans RNV3P, dans 54 % des cas, une démarche de déclaration en maladie professionnelle a été conseillée, les tableaux concernés étant RG57A – épaule (37 %), RG57C – poignet et main (19 %), RG57B – coude (13 %), RG98 - rachis (9 %) et RG 57 D et E – membres inférieurs (8 %) – article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale. Il n'y a eu qu'un cas de déclaration au titre de l'alinéa 7 de l'article L461-1 du code de la Sécurité sociale (système complémentaire de reconnaissance en MP dit « hors tableau »).

La souffrance psychique

Pathologies liées au travail (tableau 5)

La souffrance psychique est la seconde pathologie rapportée dans MCP et RNV3P (*tableau 5*). Comparativement aux autres femmes, elle est cependant en proportion nettement inférieure.

Dans RNV3P, parmi les pathologies psychiques (n=114), il s'agit principalement de la dépression (40%), de trouble anxieux et dépressif mixte (27%) et de l'anxiété et troubles anxieux (17%). Dans MCP, la dépression représente 60 % des pathologies psychiques, les troubles anxio-dépressifs 11 % tout comme l'anxiété.

Expositions professionnelles incriminées (tableau 6b)

Selon Evrest, chez les AAD, le seul facteur significativement associé aux troubles neuropsychiques définis par l'association fatigue - troubles du sommeil - anxiété/nervosité est le fait de déclarer dépasser ses horaires normaux en raison de la charge de travail (OR=2,15 IC95% [1,04-4,46]) alors que de nombreux autres facteurs sont significativement associés chez les autres femmes (manque de coopération, manque de reconnaissance, peur de perdre son emploi...).

Dans les 2 dispositifs (MCP et RNV3P), les facteurs organisationnels, relationnels et éthiques (Fore) sont logiquement mis en cause dans la quasi-totalité des souffrances psychiques, aussi bien chez les AAD que chez les autres femmes. Toutefois, au sein des Fore, les exigences inhérentes à l'activité sont plus souvent mises en cause chez les AAD que chez les autres femmes, alors que l'organisation fonctionnelle de l'activité et la violence et les relations au travail le sont moins souvent que pour les femmes exerçant un autre métier.

Reconnaissance en MP

Il n'existe, à ce jour, pas de tableau des maladies professionnelles pour les pathologies psychiques, mais il est possible de faire reconnaître l'origine professionnelle de certaines pathologies comme un syndrome anxio-dépressif via les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles.

Dans le RNV3P, dans 9 % des cas, une démarche de reconnaissance complémentaire au titre de l'alinéa 7 de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale a été conseillée (proportion similaire aux autres femmes).

Les pathologies cutanées et respiratoires

Pathologies liées au travail (tableau 5)

Les pathologies respiratoires et cutanées sont peu signalées dans le dispositif MCP chez les femmes AAD alors qu'elles représentent près de 21 % des pathologies diagnostiquées dans le RNV3P (19% chez les autres femmes AAD).

Expositions professionnelles incriminées (tableau 6c)

Dans le RNV3P, parmi les pathologies cutanées chez les AAD (n=122), on retrouve essentiellement des dermatites allergiques ou irritatives (96 %). Les expositions incriminées sont principalement les produits, matériaux ou procédés industriels (56 %, essentiellement des parfums et des substances aromatiques, des détergents désinfectants pour locaux, des savons) suivis par les agents chimiques organiques (17 %, thiurames, cétones hétérocycliques, hydrocarbures hétérocycliques et dérivés), les agents chimiques inorganiques (12 %, nickel, hypochlorite de sodium, cobalt, ammoniums quaternaires...), les agents physiques (7 %, exclusivement une ambiance de travail en milieu humide) et les équipements de travail (5 %, exclusivement protection des mains par des gants). Chez les autres femmes non AAD atteintes de maladies de la peau, les mêmes familles d'expositions sont identifiées.

Au sein du RNV3P, parmi les pathologies respiratoires (n=44), les allergies respiratoires sont les plus représentées (89 %). Les expositions incriminées sont principalement les produits, matériaux ou procédés industriels (38 %, essentiellement les produits d'entretien et détergents désinfectants), les agents chimiques inorganiques (29 %, ammoniums quaternaires, dichlore), les agents biologiques (19 %, acariens) et les agents chimiques organiques (14 %, essentiellement amines aliphatiques et dérivés). Chez les autres femmes non AAD atteintes de maladies respiratoires, les mêmes familles d'expositions sont identifiées.

Reconnaissance en MP

Dans le RNV3P, pour 43 % des pathologies cutanées diagnostiquées chez les AAD, une démarche de déclaration en maladie professionnelle a été proposée (39% pour les autres femmes), exclusivement au titre des tableaux de maladies professionnelles, principalement les tableaux RG65-lésion

eczématiformes (65 %), RG37-nickel (8 %) et RG84-solvants organiques (8 %). Ces proportions n'étaient pas différentes chez les autres femmes.

Concernant les pathologies respiratoires diagnostiquées chez les AAD, pour 46 % une démarche de déclaration en maladie professionnelle a été proposée (70% parmi les autres femmes), exclusivement déclarées au titre des tableaux de maladies professionnelles, principalement RG 66-rhinite et asthme (36%), RG 49 bis-affections respiratoires (5%), RG 84 –solvants organiques (2%) et RG 95-latex (2%). Ces proportions ne différaient pas chez les autres femmes.

Focus sur le maintien et orientation en emploi des AAD (Evrest)

Evrest interroge les salariées sur la gêne que peuvent induire des problèmes de santé pour effectuer le travail. (cf tableau 4) Les plaintes ou signes cliniques de l'appareil locomoteur sont non seulement plus fréquents chez les AAD mais aussi entraînent plus souvent que chez les autres femmes une gêne dans le travail, excepté pour la localisation main-poignet. Les plaintes ou signes cliniques neuropsychiques sont du même ordre de grandeur chez les AAD et les autres femmes. Ils n'entraînent pas plus de gêne dans le travail que chez les autres femmes.

Discussion

Apport de chaque dispositif de façon isolée

L'enquête Sumer permet de cartographier les expositions aux risques professionnels grâce à l'avis du médecin du travail, qui peut s'appuyer sur son équipe pluridisciplinaire. Elle intègre également une spécificité pour les RPS où le point de vue des salariés sur leur situation de travail est étudié grâce à un questionnaire auto-administré.

Evrest explore les conditions de travail du point de vue des salariés et permet de déterminer la prévalence des plaintes et signes cliniques chez les salariés, ceux-ci pouvant être ou non en lien avec le travail. Des recherches de lien statistique entre les expositions et la santé peuvent être menées,

l'interprétation du lien pouvant s'effectuer dans les 2 sens : exposition engendrant un problème de santé ou problème de santé entraînant une modification des expositions et/ou un ressenti différent des expositions. La notion de difficultés et gênes rencontrées par les salariés dans leur travail est également abordée permettant d'explorer le champ du maintien en emploi. Enfin, quelques questions abordent le mode de vie.

Le dispositif MCP recense les pathologies en lien avec le travail non reconnues en maladies professionnelles mises en évidence par les équipes santé travail coordonnées par le médecin du travail et caractérise les expositions à l'origine de ces pathologies. Il permet ainsi d'établir des prévalences de pathologies en lien avec le travail, de recenser les expositions à l'origine de ces pathologies, d'estimer la proportion de sous déclaration en maladie professionnelle et d'en déterminer les raisons.

Enfin, le RNV3P étudie les patients souffrant d'une pathologie et venus pour différents motifs (majoritairement de diagnostic de pathologie professionnelle, de maintien et orientation...) consulter dans un des 30 centres de consultation de pathologie professionnelle de France. La consultation effectuée par un médecin spécialiste dans la pathologie professionnelle du patient dans les pathologies permet d'estimer des associations entre les expositions et la pathologie via la cotation d'une imputabilité. Cette imputabilité est déterminée d'après des critères scientifiques, indépendamment des considérations médico-légales d'indemnisation. Ainsi, ce dispositif permet également de mieux comprendre les phénomènes de sous déclaration en maladie professionnelle.

Apport du rapprochement des résultats des différents dispositifs

Au-delà des informations apportées de façon isolée par chaque système, le rapprochement des résultats des 4 dispositifs contribue à une meilleure compréhension des enjeux de santé au travail. La comparaison des populations incluses par chaque dispositif permet de mieux appréhender l'échantillon interrogé par chaque système et de faciliter l'extrapolation à l'ensemble de la population. Par exemple, le protocole MCP prévoit une inclusion de tous les salariés reçus en

consultation durant une quinzaine de jours, indépendamment du type de visite. Les résultats montrent que les femmes AAD incluses dans MCP sont plus souvent venues en consultation pour des visites de reprise ou pré-reprise (23 % vs 15 %) et moins souvent pour des visites périodiques (40 % vs 48 %) que les autres femmes. Ces proportions sont probablement différentes d'une période étudiée à une autre, les visites périodiques étant, par exemple, plus espacées du fait des évolutions de la réglementation sur l'espacement des visites. Ces proportions sont probablement différentes d'une période étudiée à une autre, les visites périodiques étant, par exemple, plus espacées du fait des évolutions de la réglementation sur l'espacement des visites. D'autre part, les AAD qui travaillent chez des particuliers employeurs avec des contrats de gré à gré ne sont pas du tout ou très peu vus en consultation en services de santé au travail car le décret prévoyant leur suivi en visite périodique systématique n'a pas été publié [10,13,14]. Les AAD sont alors vues surtout en cas de problème de santé nécessitant une visite dite occasionnelle à la demande ou de préreprise ou reprise. Cette hypothèse est d'ailleurs confirmée par nos résultats indiquant une proportion faible d'AAD en entreprises de moins de 10 salariés. Les protocoles des dispositifs Evrest et Sumer étant basés sur une inclusion des salariés reçus en entretien périodiques, le champ d'étude est ainsi différent entre Evrest, Sumer et MCP. Au total, bien qu'ayant un objectif de représentativité des populations de salariés, on observe que chaque dispositif n'inclut pas les mêmes échantillons et que l'interprétation des résultats doit en tenir compte. En outre, dans le dispositif RNV3P, les femmes AAD sont moins souvent adressées par un médecin du travail que les autres femmes (33% vs 51%) et viennent plus souvent sur conseil de leur médecin généraliste ou d'elles-mêmes (respectivement 30% vs 20% et 10% vs 6%).

Par ailleurs, le rapprochement des expositions enregistrées par Evrest et par Sumer permet de mettre en face à face les points de vue des équipes de santé au travail et des salariés pour les risques physiques, chimiques et biologiques. Par exemple, les différentiels observés concernant les expositions aux risques chimiques et biologiques dans Evrest et Sumer (moindre déclaration des expositions par les salariés) pourraient s'expliquer par une méconnaissance de ces expositions par les

salariées. Ces comparaisons permettent donc de mettre en exergue les expositions mal connues des salariés et sur lesquelles une formation/sensibilisation serait souhaitable.

D'autre part, les données de santé étudiées par Evrest et MCP peuvent être rapprochées : Evrest explore la prévalence des plaintes et signes cliniques sans préjuger du lien avec le travail tandis que MCP enregistre spécifiquement les pathologies en lien avec le travail et les facteurs d'exposition qui y sont associés. Dans l'exemple des AAD, d'une façon générale, les prévalences de plaintes et signes cliniques signalés par les salariées dans Evrest sont bien supérieures aux prévalences de pathologies liées au travail selon les médecins du travail de MCP. Ceci s'explique par le fait qu'il peut y avoir des plaintes ou signes cliniques, bien avant qu'une pathologie soit identifiée, et d'autre part qu'un certain nombre de pathologies ne sont pas liées au travail (pathologies inflammatoires par exemple). Enfin, le protocole MCP prévoit une fiche de signalement par pathologie. Il est probable que, face à un salarié qui présenterait plusieurs pathologies, seules une ou deux voire trois fassent l'objet d'une fiche de signalement, conduisant à l'absence de signalements des éventuelles autres pathologies. Les pathologies des membres inférieurs en sont un bon exemple : selon Evrest, les AAD présentent plus de plaintes-signes cliniques que les autres femmes alors que cela n'est pas observé pour les pathologies liées au travail. Les 3 hypothèses précédentes sont plausibles : plaintes présentes sans pathologie identifiée, pathologies non liées au travail ou déclaration insuffisante des équipes de santé travail.

Enfin, le rapprochement des données MCP et RNV3P met en évidence que la population du RNV3P est particulière. Par exemple, l'âge médian des AAD et des autres femmes est plus élevé que dans MCP, les pathologies respiratoires et cutanées sont plus représentées que dans MCP. Le nombre plus important de pathologies respiratoires et cutanées est probablement lié au fait que ces pathologies nécessitent des investigations plus complexes qui sont réalisées en milieu spécialisé et requièrent des compétences d'experts. RNV3P permet ainsi de mettre en exergue certaines pathologies plus rares mais avec une degré d'imputabilité au travail fort, et donc des possibilités de prévention non négligeables. En outre, il peut parfois s'agir de pathologies liées au travail émergentes en nombre

encore limité. Une autre hypothèse serait que, dans le dispositif MCP, les équipes santé travail n'identifieraient pas systématiquement le lien entre ces pathologies et le travail, cette identification étant difficile. Il y aurait ainsi une sous estimation de ces pathologies en lien avec le travail dans MCP. L'analyse conjointe des données de ces deux dispositifs permet donc d'avoir la prévalence des pathologies chez les femmes AAD pour MCP et des pathologies émergentes pour RNV3P.

Spécificités des dispositifs non détaillées dans ce travail

Par ailleurs, les dispositifs comportent également des spécificités qui n'ont pas été présentées dans cet article.

Sumer, grâce aux enquêtes répétées depuis 1994 permet de décrire l'évolution des conditions de travail et des expositions professionnelles dans le temps. Il a été choisi de ne pas développer cette analyse dans cet article.

Evrest est un observatoire construit de façon à pouvoir identifier un même salarié enquêté à différentes dates. Un suivi longitudinal peut donc être réalisé avec par exemple, une détermination des expositions à un temps T1 et une évaluation de la santé à un temps ultérieur T2. Cette analyse n'aurait pas pu être effectuée dans ce travail compte tenu des effectifs limités choisis dans l'exemple des AAD. En outre, Evrest est également utilisé par les équipes de santé au travail pour produire des indicateurs de santé au travail à l'échelle de l'entreprise et utilisables dans le cadre des démarches de prévention en entreprise.

Le RNV3P présente des spécificités en termes de population incluse, par rapport aux autres dispositifs : toute personne présentant un problème de santé rencontré en milieu professionnel, quel que soit son statut (salarié, chômeur, retraité, travailleur indépendant...) peut consulter. Ainsi, les travailleurs salariés ou non-salariés non suivis par une équipe de santé au travail peuvent être inclus. De plus, le lien peut être fait entre une exposition antérieure et une pathologie actuelle. Pour cette raison, 7 % de l'effectif inclus par l'RNV3P est au chômage dans notre exemple. Le RNV3P peut ainsi mettre en évidence le lien entre une exposition et une pathologie survenant de façon différée.

Le programme MCP se fait par période de 15 jours, 2 fois par an. Ainsi, il permet de surveiller l'évolution épidémiologique des maladies en lien avec le travail et d'en dégager des tendances. Par ailleurs, il permet de fournir des éléments pour faire évoluer les tableaux de maladie professionnelle et de participer à l'estimation de la sous-déclaration en maladie professionnelle, notamment utilisée dans le cadre de la commission Bonin pour le calcul de la part de réversion de la branche AT/MP vers la branche maladie.

Enfin, chaque dispositif présente des résultats par région permettant d'effectuer des diagnostics territoriaux prenant en compte les spécificités régionales.

Limites et difficultés

Afin d'avoir des populations aussi comparables que possible, nous avons choisi d'étudier les femmes aide à domicile. Nous avons été confrontés à la problématique de la sélection rendue complexe du fait de l'utilisation de nomenclatures différentes : 3 dispositifs codaient la profession selon la PCS 2003 et le quatrième (RNV3P) utilisait un thésaurus plus large adapté à la population incluse dans ce dispositif, la CITP 2008. Ceci ne nous permet pas d'exclure des biais de sélection (possibles erreurs de codage) et, ce choix étant très sélectif, l'effectif étudié est restreint, d'où une perte de puissance dans les analyses statistiques. Par ailleurs, si dans l'idéal, la même période d'étude aurait été souhaitable, une adaptation a dû être opérée pour des raisons d'effectifs disponibles dans chaque base et de validation des données jusqu'à une certaine date. D'autre part, lors de la comparaison des données des 4 dispositifs entre eux, il n'a pas été possible d'effectuer des tests statistiques, les bases étant exploitées de façon indépendantes.

Enfin, les possibilités d'analyse étaient multiples et un choix a dû être fait dans les données présentées dans ce travail. Il serait intéressant de poursuivre ce travail en étudiant l'intérêt de rapprocher les données des 4 dispositifs dans une vision d'évolution des conditions de travail et de la santé dans le temps. En effet, il est probable que chaque dispositif pris isolément mettrait en évidence des tendances évolutives non significatives sur des périodes relativement courtes.

Cependant, si les 4 dispositifs mettaient en évidence les mêmes tendances, des hypothèses relativement solides pourraient être formulées. Enfin, il aurait été également intéressant d'analyser d'autres sources de données comme celles de l'assurance maladie (accidents de travail, maladies professionnelles) et de les mettre en regard de nos résultats. Cela n'a pas été effectué dans cette étude présentant déjà beaucoup de résultats mais pourra faire l'objet d'un prochain travail.

En conclusion, les dispositifs étudient des populations non entièrement comparables, avec des critères d'inclusion, d'exclusion et de codage différents. Les données proviennent de sources différentes (travailleurs, médecin du travail de service interentreprise ou autonome ou de prévention, médecins de consultation de pathologie professionnelle, spécialistes d'organe), la codification est tantôt opérée par ces préventeurs ou professionnels de santé tantôt par les travailleurs eux-mêmes. Si certaines informations sont communes - expositions professionnelles, effets sur la santé, métiers- d'autres sont propres à certains dispositifs. Ce travail montre l'intérêt de disposer de différentes bases de données et d'en rapprocher les résultats, l'ensemble contribuant à une meilleure compréhension des enjeux de santé au travail et à l'élaboration de politiques de prévention adaptées.

Remerciements :

Remerciements aux équipes Sumer, Evrest, MCP et RNV3P.

Conflits d'intérêt :

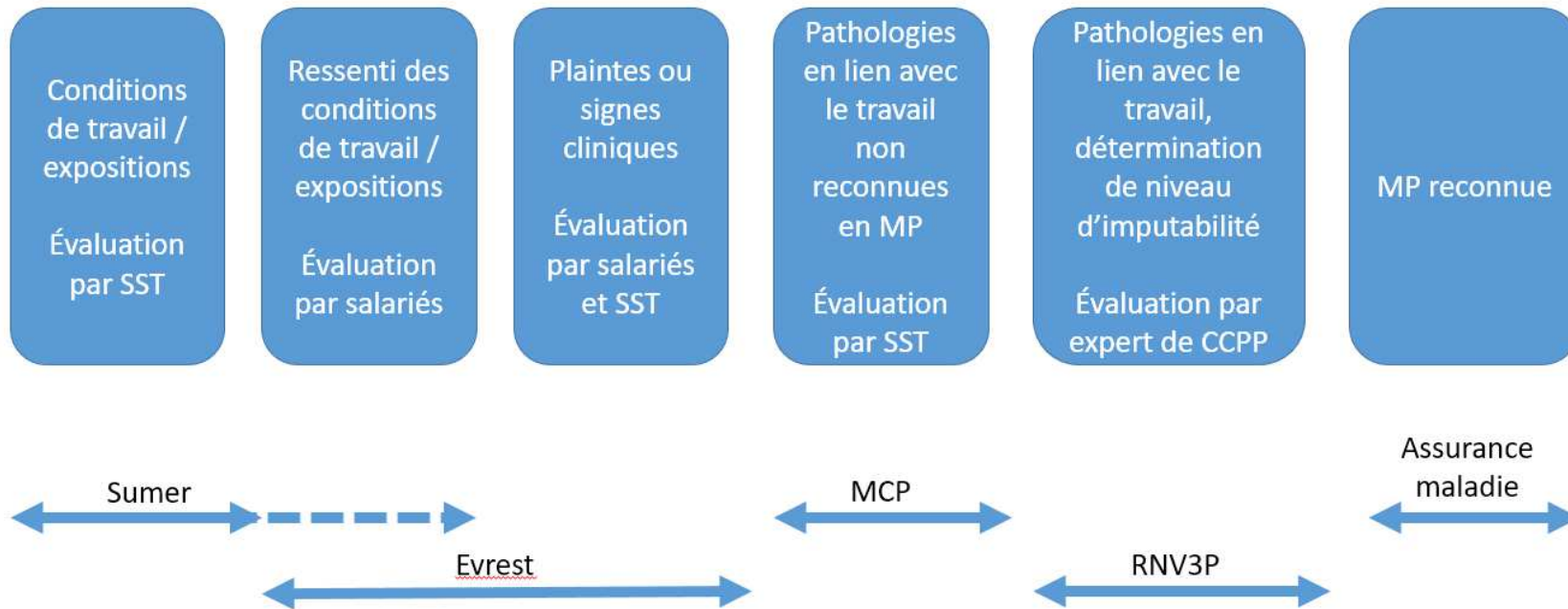
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt en relation avec cet article mais sont impliqués dans la mise en œuvre de ces dispositifs.

Références

- 1- Anses. <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/cartographie-des-bases-de-donnees-existantes-dans-le-domaine-de-la-sante-et-de-la-securite-au-travail/> Consulté le 16/06/2020.
- 2- Coutrot T, Memmi S, Rosankis E, Sandret N, Léonard M, Morand S, Tassy V. L'enquête Sumer 2016-2017 : bilan de la collecte. *Références santé travail*. 2018, 176,2018.
- 3- Evrest. <http://evrest.istnf.fr>. Consulté le 16/06/2020.
- 4- Molinié A-F, Leroyer A. Suivre les évolutions du travail et de la santé : Evrest, un dispositif commun pour des usages diversifiés. *Pistes*, 2011, 13(2).
- 5- Bardouillet M-C, Buisset C, Bardot F, Molinié A-F, Leroyer A. L'observatoire Evrest, une démarche de mise en place d'indicateurs collectifs en santé au travail. Document pour le *Médecin du Travail*, 2011, N°126, 213-223.
- 6- Leroyer A, Molinié A-F, Buisset C, Archambault C, Volkoff S. et les membres de l'Equipe Projet Nationale Evrest. Mise en place d'un observatoire pluriannuel par questionnaire en Santé au Travail : le dispositif Evrest. *Santé Publique*, 2008, suppl.3 : 49-56.
- 7- Santé Publique France. Rapport MCP 2008. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/documents/rapport-synthese/programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-mcp-en-france.-resultats-des-quinzaines-mcp-2008-a-2011>) Consulté le 16/06/2020.
- 8- Santé Publique France. MCP. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel> Consulté le 16/06/2020.
- 9- Anses. RNV3P. <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9seau-national-de-vigilance-et-de-pr%C3%A9vention-des-pathologies-professionnelles-rnv3p>. Consulté le 16/06/2020.

- 10- Drees. L'enquête auprès des intervenants à domicile. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/l-enquete-aupres-des-intervenants-a-domicile-iad> Consulté le 16/06/2020.
- 11- INSEE.
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/professionRegroupee/563c?champRecherche=true> Consulté le 16/06/2020.
- 12- Organisation Internationale du Travail.
<https://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/isco08/index.htm>. Consulté le 16/06/2020.
- 13- Présanse.
<http://www.fmpcisme.org/Utilisateur/FMP/FicheFmp.asp?fmpId=96&numOnglet=3&mode=&TypePage=1&idElement=&idElementPere=&typeElementEnCours=&typeElementPere=&pass=&nuisanceId=&portee=&LibelleRech=&CodeRech=&TypeElement=&ElementId=&UrlRetour=http%3A> Consulté le 16/06/2020
- 14- Marquier R, Nahon S. Les conditions de travail des aides à domicile en 2008. Dossiers Solidarité et santé. 2012 ;30. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier30.pdf> consulté le 16/06/2020.

Figure 1 : Schéma récapitulatif des cibles de chaque système



SST = Service de santé au travail

CCPP = centre de consultations de pathologies professionnelles

MP = Maladie professionnelle

Sumer : Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels, Evrest : Evolutions et Relations en santé au travail, MCP : Maladies à caractère professionnel, RNV3P : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles

Tableau 1 : Présentation des 4 dispositifs : Sumer, Evrest, MCP et RNV3P*.

		Sumer		Evrest		MCP		RNV3P	
		Questionnaire général	Autoquestionnaire (Risques psychosociaux)	Partie Conditions de travail –mode de vie- formations du questionnaire	Partie santé du questionnaire	Partie données socio-démographiques du questionnaire	Partie agents d'exposition professionnelle et santé du questionnaire	3 types de données : médico-administratives, santé et situation professionnelle	
Mode de recueil des données (questionnaire ou recueil d'informations auprès des patients)	Complété par le salarié		x	x					
	Complété par l'équipe santé travail	X			x	x	x		
	Recueillies par un médecin expert du CCPPE							x	
Population cible	Echantillon représentatif des salariés	X	x	x	x				
	Echantillon non représentatif des salariés						X (salariés avec pathologies)	X (patients en âge de travailler actifs ou non adressés par un professionnel ou consultant volontairement)	
Types de consultations concernées par le recueil de données	Consultations de santé au travail périodiques	x	x	x	x				
	Toutes consultations de santé au travail					x	x		
	Consultations en CCPPE						x	x	
Eléments étudiés	Conditions de travail	Risque physique (facteurs physiques, biomécaniques...)	X		x			X (si lien possible avec la pathologie)	X (si lien possible avec la pathologie)
		Risque chimique	X		x			X (si lien possible avec la pathologie)	X (si lien possible avec la pathologie)
		Risque biologique	X		x			X (si lien possible avec la pathologie)	X (si lien possible avec la pathologie)
		Risques psychosociaux		x	x			X (si lien possible avec la pathologie)	X (si lien possible avec la pathologie)
		Risque routier		x	x			X (si lien possible avec la pathologie)	X (si lien possible avec la pathologie)

	/établissement (Sumer) (%)									
	TPE (<10 salariés)	16	35	9	21					
	10 à 249 salariés	76	56	81	52					
	>=250 salariés	8	9	10	27					
Circonstance de recueil des données	Type de visites (%)	100	100	100	100	40	48			
	Entretien périodique					26	26			
	Visite d'embauche					9	9			
	Visite à la demande					23	15			
	Visite de reprise ou préreprise									
	Patiente adressée par (%)								33	51
	Médecin du travail								30	20
	Médecin généraliste								10	6
	Venant de lui-même									

¹ Les effectifs du RNV3P concernent des « problèmes en relation avec le travail »

* AAD : Aides à domicile

** Sumer : Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels, Evrest : Evolutions et Relations en santé au travail, MCP : Maladies à caractère professionnel, RNV3P : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles

Tableau 3 : Conditions de travail des AAD* (hors risques psycho-sociaux) par comparaison aux autres salariées (Sumer et Evrest
 Les résultats des AAD significativement différents des autres femmes avec $p < 5\%$ (test du χ^2 ou de Fisher) sont présentés en gras. Les intervalles de confiance n'ont pas été précisés de façon à ne pas alourdir le tableau.

		Sumer** (2016-2017)		Evrest** (2016-2017)	
		AAD (n=463) %	Autres femmes (n=11253) %	AAD (n=425) %	Autres femmes (n=10966) %
Risque physique	Port de charges	49	25	72	42
	Port de charges ressenti comme difficile ou pénible			49	23
	Gestes répétitifs	13	15	86	60
	Gestes répétitifs ressentis comme difficile ou pénible			40	21
	Postures contraignantes			85	50
	Postures contraignantes ressenties comme difficile ou pénible			52	27
	Station debout prolongée	29	18	85	49
	Station debout prolongée ressentie comme difficile ou pénible			37	20
	Bruit ≥ 80 dB	2	12	4	10
Risque chimique	Exposition à des produits chimiques	67	27	50	20
Risque biologique	Exposition au risque biologique	78	29	50	20
Risque routier	Conduite routière	56	14	17	6

* AAD : Aides à domicile

** Sumer : Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels, Evrest : Evolutions et Relations en santé au travail.

Tableau 4 : Prévalence des plaintes et signes cliniques (Evrest*) et des pathologies en lien avec le travail (MCP*) chez les AAD* par comparaison aux autres femmes

Les résultats des AAD significativement différents des autres femmes avec $p < 5\%$ sont présentés en gras.

	Evrest* (2016-2017)					MCP* (2008-2016)			
	Plaintes ou signes cliniques ^a			Plaintes ou signes cliniques entraînant une gêne dans le travail ^a		Prévalence des pathologies en lien avec le travail		OR ^s IC _{95%}	
	AAD (n=425) %	Autres femmes (n=10 966) %	OR ^s IC _{95%}	AAD (n=425) %	Autres femmes (n=10 966) %	AAD (n=10 852) %	Autres femmes (n=263 384) %		
Souffrance psychique						1,3	2,9	0,3	0,3-0,4
Plaintes ou signes cliniques									
Fatigue, lassitude	34	31	1,1 0,9-1,4	16	14				
Anxiété, nervosité, irritabilité	23	24	0,9 0,7-1,1	8	11				
Troubles du sommeil	25	24	0,9 0,7-1,2	11	10				
Association fatigue, lassitude + anxiété, nervosité, irritabilité + troubles du sommeil	12	11	1,0 0,7-1,4	5	5				
Pathologie liée au travail									
Dépression						0,7	1,3	0,4	0,3-0,5
Syndrome anxio-dépressif						0,1	0,5	0,2	0,1-0,4
Anxiété						0,1	0,4	0,3	0,2-0,5
Autres pathologies						0,2	0,7	0,4	0,3-0,5
Affections de l'appareil locomoteur						6,1	3,7	1,5	1,4-1,7
Membre supérieur	30	19	1,5 1,2-1,9	26	15	2,8	1,9	1,3	1,1-1,5
Epaule	17	12	1,2 0,9-1,6	12	7	1,8	1,1	1,4	1,2-1,7
Coude	6	4	1,2 0,7-1,8	4	3	0,8	0,5	1,4	1,0-1,8
Poignet/main	16	10	1,5 1,2-2,0	9	6	0,4	0,4	0,9	0,6-1,2
Syndrome canalair main-poignet						1,0	0,6	1,4	1,1-1,8
Rachis	34	27	1,3 1,1-1,6	26	19	2,7	1,2	2,0	1,7-2,3
Rachis cervical	17	15	1,0 0,8-1,3	12	9	0,5	0,4	1,3	0,9-1,7
Rachis dorso-lombaire	28	19	1,5 1,2-1,9	20	11	2,1	0,8	2,3	2,0-2,7
Membre inférieur	16	11	1,6 1,4-1,9	9	6	0,1	0,1	0,7	0,3-1,5

Appareil respiratoire	7*	5	1,5 1,0-2,2	2	1	-	-	-
Appareil cardio-vasculaire	3	3	0,8 0,5-1,5	1	1	-	-	-
HTA	14	6	2,0 1,5-2,7	1	1	-	-	-
Appareil digestif	8	9	0,8 0,6-1,2	2	2	-	-	-
Dermatologie	6	7	0,9 [0,6-1,3]	1	1	-	-	-
Troubles de l'audition	3	4	0,5 [0,3-1,0]	1	2	-	-	-

* AAD : Aides à domicile, Evrest : Evolutions et Relations en santé au travail, MCP : Maladies à caractère professionnel

^a Plaintes ou signes cliniques au cours des 7 jours précédant la consultation de santé au travail

¹ Les effectifs du RNV3P concernent des « problèmes en relation avec le travail »

[§] OR obtenus par régression logistique avec ajustement sur l'âge (ainsi que sur le contrat et le type de visite, et avec prise en compte d'un effet aléatoire du médecin pour MCP)
- effectifs insuffisants

Les résultats des AAD significativement différents des autres femmes avec $p < 5\%$ sont présentés en gras (test du chi 2 ou de Fisher).

Tableau 5. Répartition des principales pathologies observées chez les AAD* et les autres femmes selon les dispositifs MCP* et RNV3P*

	MCP* (2008-2016)		RNV3P* (2010-2017)	
	AAD (n=924) %	Autres femmes (n=20 395) %	AAD (n=797) ¹ %	Autres femmes (n=26 245) ¹ %
Affections de l'appareil locomoteur	80	53	63	21
Rachis cervical	8	9	1	3
Rachis dorsal	1	1	1	1
Rachis lombaire	30	19	32	27
Rachis autres			1	1
Epaule	27	27	35	28
Coude hors SC*	11	13	10	10
SC*	14	15	12	15
Main-Poignet-Doigt hors SC*	6	10	2	4
Autres	3	6	6	12
Total	100	100	100	100
Souffrance psychique	15	38	14	55
Dépression	60	46	40	41
Trouble anxieux et dépressif mixte	11	18	27	27
Anxiété et trouble anxieux	11	14	17	18
Autres	18	22	16	14
Total	100	100	100	100
Pathologies cutanées			15	12
Pathologies respiratoires			6	7
Irritation/Allergie	3	4		
Autres	2	5	2	6
Total	100	100	100	100

* AAD : Aides à domicile, MCP : Maladies à caractère professionnel, RNV3P : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, SC : syndromes canauxiers du coude ou du poignet

¹ Les effectifs du RNV3P concernent des « problèmes en relation avec le travail »

Tableau 6a. Répartition des expositions incriminées dans la survenue des affections de l'appareil locomoteur notifiées chez les AAD et autres femmes (MCP* et RNV3P*)

	MCP (2008-2016)		RNV3P (2010-2017)	
	AAD (n=1242) ^a	Autres femmes (n=17 799) ^a	AAD (n=703) ^a	Autres femmes (n=8 208) ^a
	%	%	%	%
Facteurs biomécaniques	94,4	82,0	96,3	95,2
<i>Travail avec force</i>	35,1	27,3	35,3	27,7
<i>Mouvements répétitifs</i>	35,6	36,9	38,1	37,9
<i>Posture</i>	23,5	17,7	21,5	28,2
<i>Autres facteurs biomécaniques</i>	0,2	0,1	1,4	1,4
Facteurs organisationnels relationnels et éthiques	4,2	10,3	1,0	0,8
Agents physiques	1,2	7,7	0,4	0,8
Autres agents	0,2	0,1	2,3	3,1
Total	100	100	100	100

Sources : RVN3P 2010-2017. France métropolitaine / MCP 2008-2016 France entière.

^a Il s'agit du nombre d'expositions en lien avec la pathologie enregistrées (plusieurs expositions /pathologie possibles)

Tableau 6b. Répartition des expositions incriminées dans la survenue de souffrance psychique chez les femmes AAD et autres femmes (MCP et RNV3P)

	MCP		RNV3P	
	AAD (n=238) ^a	Autres femmes (n=13 530) ^a	AAD (n=190) ^a	Autres (n=26 536) ^a
	%	%	%	%
Facteurs organisationnels relationnels et éthiques (FORE)	98,3	98,7	97,9	99,4
<i>Relation au travail et violence</i>	26,9	36,2	37,4	43,0
<i>Organisation fonctionnelle de l'activité (management)</i>	34,5	45,8	30,0	41,4
<i>Exigence inhérente à l'activité</i>	32,4	10,8	18,9	6,0
<i>Ethique, conflit de valeur</i>	1,7	2,4	3,7	3,9
<i>Autre facteur de majoration</i>	2,5	3,3	5,3	3,7
<i>Autres facteurs FORE</i>	0,4	0,3	2,6	1,2
Autres agents	1,7	1,3	2,1	5,7
Total	100,0	100,0	100	100

^a Il s'agit du nombre d'expositions en lien avec la pathologie enregistrées (plusieurs expositions /pathologie possibles)

Sources : RVN3P 2010-2017. France métropolitaine / MCP 2008-2016 France entière.

Tableau 6c : Agents incriminés dans la survenue de pathologies cutanées et respiratoires chez les femmes AAD et autres femmes dans le RNV3P

	Pathologies cutanées		Pathologies respiratoires	
	AAD (n=187) ^a %	Autres femmes (n=5 495) %	AAD (n=58) %	Autres femmes (n=2 571) %
Produit ou procédé industriel	56,1	48,2	37,9	45,5
Agents chimiques organiques	17,1	19,3	13,8	13,3
Agents chimiques inorganiques	11,7	16,8	29,3	22,5
Agents biologiques	1,0	1,5	18,9	12,7
Agents physiques	6,9	4,3	-	1,3
Facteur biomécanique	1,0	1,5	-	0,3
Facteur organisationnel, relationnel et éthique	0,5	0,2	-	0,2
Équipement, outil, machine et engin de travail	4,8	5,0	-	0,2
Tâches et actions	0,5	3,0	-	0,8
Autres agents	0	0,2	-	3,3
Total	100	100	100	100

^a Il s'agit du nombre d'expositions en lien avec la pathologie enregistrées (plusieurs expositions /pathologie possibles)

Sources : RVN3P 2010-2017. France métropolitaine / MCP 2008-2016 France entière.

* AAD : Aides à domicile, MCP : Maladies à caractère professionnel, RNV3P : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles