

# Prévention des TMS

et manutention  
des personnes en EHPAD

SPÉCIALITÉS PRÉVENTION

## Quoi de plus naturel pour un masseur-kinésithérapeute que de franchir la porte d'une maison de retraite ?

Contrairement à des interventions en industrie où il faut souvent faire ses preuves pour être admis, en EHPAD, le kiné-formateur bénéficie d'un préjugé plutôt favorable de la part du personnel : nous avons en commun le bien-être des résidents ; comme lui, nous manipulons les personnes âgées ; pour autant, connaissons-nous vraiment les activités des différents personnels et les contraintes qui s'y rattachent ?

### 1. Le contexte

De nombreuses études ont montré qu'en milieu médicalisé, les contraintes organisationnelles (manque de temps et de personnel), psychiques (souffrance des patients, deuil, relations avec les familles) ou biomécaniques (manutentions, déplacements) amènent souvent les soignants à **oublier toute prudence et à toujours courir après le temps** (figure 1).

Si toutes les maisons de retraite ont la même mission : accueillir des personnes âgées plus ou moins dépendantes dans les meilleures conditions possibles, aucune n'est semblable à une autre que ce soit par l'architecture du bâtiment, le personnel qui y travaille, le matériel mis à disposition ou le niveau de dépendance des personnes âgées

...la nécessité  
d'une visite préalable  
systématique avant  
toute intervention...

accueillies. D'où la nécessité d'une visite préalable systématique avant toute intervention dans un nouvel établissement. Ce sera la première étape dès la convention de formation signée.

### 2. La visite préalable

Elle doit être prévue sur une à deux demi-journées, selon la taille de l'établissement. Il est nécessaire de bien la préparer, savoir ce que l'on cherche et s'appuyer sur le fameux « Qui fait quoi ? Avec qui ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? » qui servira de fil rouge tout au long de cette visite. Les premiers contacts seront les « personnes ressources ».

#### 2.1 Les personnes ressources

**Le directeur** : c'est à lui de présenter l'établissement, sa structure juridique (privé, public, associatif, congrégation...), sa date d'ouverture, le nombre de chambres et de personnes accueillies par secteur ou pas. C'est aussi lui qui présentera le tableau des effectifs du personnel, les qualifications de chacun. Le formateur l'interrogera également sur les problèmes rencontrés dans le fonctionnement de l'établissement : pyramide des âges du personnel, importance des arrêts de travail, absentéisme, problèmes de locaux.

Divers documents utiles à la compréhension peuvent lui être demandés : statistiques des accidents, des arrêts de travail et de maladies professionnelles des deux dernières années ; les derniers comptes-rendus du Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail pour les établissements de plus de 50 salariés, ainsi que le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels, sans oublier le plan de l'établissement.

**L'infirmière coordinatrice** : elle est souvent choisie comme correspondante. Elle est à même de préciser le type de personnes âgées accueillies, le développement du maintien à domicile,



Figure 1 : Exemple d'aide empathique mais peu prudente

|       |   |
|-------|---|
| GIR 1 | Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants                           |
| GIR 2 | Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer   |
| GIR 3 | Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées                           |
| GIR 4 | Personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage |
| GIR 5 | Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage  |
| GIR 6 | Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante   |

Figure 2 : La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes ISO Ressources)

des soins ambulatoires et le vieillissement de la population ayant accru le niveau de dépendance des personnes accueillies en EHPAD souvent en GIR 1, 2, 3 ou 4 (figure 2), c'est elle qui pourra en indiquer les proportions. C'est également l'infirmière coordinatrice qui sera la plus apte à présenter l'organisation des soins et des toilettes (seul ou en binôme) ; le rapport nombre de soignants/résidents ; la répartition des équipes sur les cas lourds (physique de la personne ou complexité des soins) ; les horaires de travail... C'est également elle qui présentera le formateur et la formation à l'équipe si possible lors des transmissions, et qui choisira les soignants qu'il va suivre pendant la visite préalable.

**Le médecin du travail** : il doit être systématiquement prévenu de cette visite préalable et invité à y participer.

## 2.2 Les locaux

La première visite rapide du bâtiment permet de se faire une idée de sa conception : taille des chambres, largeur des couloirs, divers éléments pouvant entraver le travail des soignants. Un revêtement de sol antibruit peut se révéler contraignant pour le déplacement des chariots ; une pente mal orientée dans la salle de douche peut entraîner la chute du résident et nécessite à chaque utilisation le nettoyage de la salle de douche voire de la chambre ; le virage en épingle à cheveux de la rampe d'accès au restaurant est souvent un obstacle pour les personnes en fauteuil roulant et nécessite l'aide d'un soignant à chaque repas... la liste des bévues architecturales peut être longue, elles sont toujours un handicap pour les résidents et un surplus de travail pour le personnel. ●●●



Figure 3 : Exemple de matériel mal entretenu

# Kiné Ouest Prévention

**Vous souhaitez diversifier votre activité en animant des actions de prévention ?**

**Participez à nos formations et bénéficiez de notre expérience !**

**Prévention des chutes**  
25, 26 et 27 septembre à Caen (14)

**Gestion du stress et prévention des RPS**  
9, 10 et 11 octobre à Pau (64)

**Réappropriation corporelle**  
17 et 18 octobre à Nantes (44)

**Gym Santé Kiné**  
23, 24 et 25 octobre à Tours (37)

**Manutention des Personnes**  
8, 9 et 10 novembre à Reims (51)

**Prévention des TMS - méthode PAMAL**  
20, 21 et 22 novembre à Bourges (18)

**Place de la musculation dans la prévention**  
29 et 30 novembre à Dijon (21)

*A l'issue de ces formations nous vous proposerons des terrains de stage, des supports pédagogiques et des collaborations au sein du réseau KOP*

**02.96.58.09.02**  
**www.kineouestprevention.com**

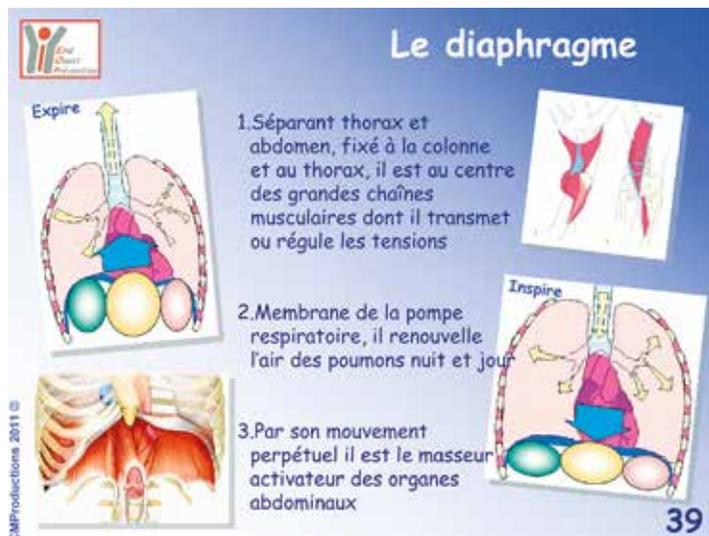


Figure 4 : Exemple de support pédagogique sur le fonctionnement du corps humain



Figure 6 : Exemple de support pédagogique sur l'ergonomie de proximité



Figure 5 : Exemple de support pédagogique sur les mouvements préventifs

2.3 Le temps d'observation des situations de travail  
 Le second temps de la visite préalable est le temps d'observation des modes opératoires sur chaque type de poste concerné avec si possible une prise de vue par situation (autorisation préalable nécessaire). Cette observation est l'occasion de recenser les tâches effectuées auprès des personnes âgées par les futurs stagiaires : les techniques de manutentions employées, la sollicitation ou non des personnes âgées, les contraintes posturo-gestuelles générées, les déplacements particulièrement pour les tâches annexes type gestion du linge propre et sale, les consommables, l'élimination des déchets, les repas, les animations...  
 Durant cette période, une attention particulière doit être portée sur le matériel, son utilisation et sa maintenance. Au fil des années, celui-ci s'améliore et globalement diminue les contraintes en particulier lors des transferts ou des rehaus-

sements au lit (mise en position proclive) : par exemple un lit à commande de frein unique sera plus facile à déplacer qu'un lit à frein sur chaque roue. Mais pour être efficace ce matériel doit être entretenu pour faciliter le travail des soignants et agents (figure 3).

Enfin il est intéressant de savoir qui s'occupe du choix du matériel : le directeur ? l'infirmière-coordinatrice ? l'ergothérapeute... et sur quels critères ?

Parallèlement à cette observation, prévoir un temps d'entretien avec les soignants rencontrés permet, grâce à des questions ouvertes, de s'exprimer sur les contraintes ressenties au niveau physique ou psychique comme les relations avec les résidents, les familles, les collègues ou la hiérarchie. Sur ce sujet, savoir si un psychologue intervient dans l'établissement ? Pour qui : les familles ? les résidents ? le personnel ?

### 3. Le temps de formation

La visite préalable a, la plupart du temps, permis de mettre en évidence que le personnel est « le nez dans le guidon », le but de la formation sera de le faire descendre du vélo pour qu'il se regarde pédaler et prenne du recul sur son activité.

#### 3.1 Un tour de table

Indispensable prise de contact, c'est l'élément primordial de la formation pour tous ses protagonistes. D'abord le formateur qui se présente et présente les objectifs de cette formation et son déroulement. Ensuite ce sont les participants qui se présentent en précisant leur qualification, leur ancienneté dans l'établissement, leurs attentes et s'ils le souhaitent leurs antécédents professionnels et personnels et leurs activités extraprofessionnelles. C'est aussi le moment où les participants préciseront les contraintes de leur poste et pourront mettre des mots sur leurs maux et où le formateur se place en sachant diriger les interventions et les recentrer si nécessaire. Un bon tour de table est garant de la cohésion du groupe.

#### 3.2 Un bilan individuel, réalisé collectivement

Il comprend pour chacun un test posturo-gestuel

filmé, des tests de capacités physiques et un questionnaire portant sur l'évaluation des connaissances et des facteurs de risques personnels. Il permet à chaque participant de se situer en termes de risques faibles, moyens ou élevés\*.

#### 3.3 Un apport de connaissances

La première séance sera l'occasion d'évoquer les causes et les conséquences des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'appareil locomoteur (tableaux 57 et 98) ainsi que de rappeler la réglementation et les consignes de sécurité pour les manutentions, gestes et postures dont le décret N°92-958 du 3 septembre 1992 qui interdit le port d'une charge supérieure à **25 kg pour une femme et 55 kg pour un homme** et constitue un des dix commandements du soignant.

De même, la description et le fonctionnement de l'appareil locomoteur présentés à ce moment-là permettent de comprendre le mode d'emploi du dos « Comment c'est fait ? Comment ça marche ? Comment se protéger ? » lors d'un échange interactif autour d'un diaporama (figure 4), de modèles biomécaniques (squelette et unité fonctionnelle vertébrale) et de perceptions corporelles (on apprend sur soi).

#### 3.4 Les ateliers d'éducation gestuelle

Comprendre comment se protéger est une chose, le ressentir en le faisant en est une autre. C'est l'objectif de ces ateliers au cours desquels sont travaillés les placements et les déplacements des membres inférieurs, l'alternance des appuis, le placement du dos en décompression discale, l'apprentissage de la lordose étirée stable, le dégagement abdominal, le relâchement des épaules, l'utilisation de la respiration (figure 5) avec pour finalité l'intégration de ces notions dans les techniques de manutention.

Ces ateliers amènent tout naturellement vers les ateliers de pratique, et ce à chaque séance.

#### 3.5 Les ateliers pratiques

Ils se feront dans le même ordre que le déroulé d'une journée type, et comprendront donc :

→ le rehaussement au lit notamment pour prendre le petit déjeuner,

→ les translations et retournements pour les toilettes au lit, les changements de draps, les postures alternées...,

→ les redressements pour asseoir le patient au bord du lit ou au contraire les abaissements,

→ les différents transferts lit-fauteuil (fixe ou roulant) et inversement fauteuil-lit, lit-brancard... en fonction du matériel utilisé dans l'établissement,

→ les redressements assis debout,

→ les rehaussements au fauteuil,

→ les relevés du sol.

Plusieurs règles sont établies pendant ces ateliers : tous les participants doivent y jouer le rôle du patient pour se rendre compte de l'importance des **prises qui doivent être sûres** mais aussi confortables pour la personne âgée.

Les techniques pratiquées habituellement sont revues, analysées et commentées par le groupe en terme d'efficacité, de confort, **d'utilisation des réglages existants** (hauteur du lit, accoudoirs de fauteuils escamotables...) et en respectant les principes de sécurité vus précédemment. Par exemple lors des efforts de manutention, **abaisser le centre de gravité, écarter les pieds, maintenir une lordose étirée stable, ou encore tirer et faire glisser plutôt que pousser ou soulever** surtout pour les rehaussements et les translations. À la suite de quoi, sont introduites le cas échéant, de nouvelles techniques ou aides techniques telles que drap de glisse, guidon de transfert (figure 6).

Dans les manutentions à plusieurs, il est primordial

de choisir ensemble les techniques et les aides adaptées et de coordonner les différentes actions en se parlant.

En cas de manutention à un seul soignant, **se placer du côté fragile** douloureux ou handicapé de la personne.

Les techniques sont vues du mode passif vers le mode aidé en **sollicitant au maximum l'autonomie des personnes** (traction sur la potence, aide partielle des membres valides...) en sachant que le temps de réaction de la personne âgée est plus long et qu'il est donc nécessaire de se baser sur ses réactions et non l'inverse (lors d'un rehaussement au lit, attendre que la personne commence à pousser sur ses pieds pour l'aider) et de penser à expliquer, rassurer et éduquer : certes une perte de temps au départ mais un moyen de maintenir l'autonomie des résidents, les **manutentions sont un temps de soins et d'échanges à part entière**.

### 3.6 Les fiches d'amélioration des situations à risques

Lors de la visite préalable et du tour de table, des situations de travail difficiles ont été évoquées, elles sont discutées en groupe et une solution cherchée par tous les participants, testée jusqu'à la séance suivante et validée si elle est efficace. Ne reste plus alors qu'à la reporter sur la fiche d'amélioration des situations à risques qui sera transmise à l'infirmière-coordinatrice pour le suivi. Fiche qui peut même être complétée par une vidéo ou une affiche « recommandations de bonnes pratiques ». **Les situations de manutentions difficiles doivent être évoquées lors des réunions de service** dans la

même idée de réflexion commune entre collègues, voire avec l'encadrement, la personne et sa famille.

### 3.7 Les ateliers Gym-Santé-Kiné

En complément des notions théoriques, des ateliers d'éducation gestuelle et de pratiques des techniques de manutentions, chaque session de formation comporte des séances « Gym-Santé-Kiné » au cours desquelles sont pratiqués des mouvements d'échauffement, d'étirement, de détente et de récupération applicables au travail ou dans le cadre privé. Un livret\* regroupe ces exercices ainsi qu'une fiche d'aide à la pratique ; le choix des mouvements se fait avec l'aide du kiné et la pratique en groupe avec corrections individualisées.

### 3.8 La formation en pratique

Ces formations « manutentions des personnes » en EHPAD se déroulent sur 4 demi-journées suffisamment espacées pour permettre aux participants de tester les techniques et les mouvements préventifs.

La pédagogie est celle de la découverte et de l'amélioration. Toute prescription posturo-gestuelle est bannie, la notion de bons ou mauvais gestes ou postures est remplacée par la notion d'amélioration des situations de soins.

Lorsqu'un nombre suffisant de soignants a été formé, il est proposé de faire des sessions d'applications aux postes, le formateur se mettant alors à la disposition de l'équipe pour répondre à des questions pratiques le temps des soins.

\* modèles de bilan et de livret disponibles sur le site de Kiné Ouest Prévention

## Conclusion

Cette formation repose, après la visite préalable, sur un triptyque : l'acquisition de savoir, savoir-faire et savoir-être ; la recherche collective d'amélioration de situations de travail à risque du fait des contraintes environnementales, matérielles ou organisationnelles ; la préservation du capital santé des soignants grâce à un bilan individuel, des mouvements préventifs et des conseils, spécifiques à notre profession. Le kinésipréventeur rejoint alors le kinésithérapeute et dès lors, quoi de plus naturel que de prendre soin, dans un EHPAD autant du personnel que des résidents.



**FORMATION**

## VERTIGES - INSTABILITÉS RÉÉDUCATION - ENSEIGNEMENT

- 3 jours de théorie dont 1 journée à l'Hôpital de Cannes
- 2 jours de pratique et rééducation vestibulaire
- 1 jour en immersion totale dans cabinet spécialisé en rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre
- 1 équipe d'enseignants spécialisés en neurophysiologie, ORL, kinésithérapie vestibulaire et troubles de l'équilibre

V.I.R.E. 30 boulevard de la République - 06400 Cannes  
Tél. 04 93 39 07 66 - Port. 06 60 93 11 50  
[www.formation-vertiges.com](http://www.formation-vertiges.com) - [vire@wanadoo.fr](mailto:vire@wanadoo.fr)

**Première session :**  
• 17-18-19 octobre 2014  
• 6-7 décembre 2014

**Deuxième session :**  
• 20-21-22 mars 2015  
• 9-10 mai 2015

Les dates du stage pratique dans un cabinet spécialisé seront à définir avec le kinésithérapeute chargé du cours