

Prévention des TMS (+ chutes + RPS) dans le soin

Carole Gayet, Aide à la personne

Démarche ALM

En établissement comme à domicile (nuances // espace, équipements)

Démarche ALM transposable à domicile : fauteuil, roulement latéral, rehaussement au lit, lit médicalisé, drap de glisse, voire rail plafonnier sur portique...

État des lieux : sinistralité EHPAD (1)

	Hébergement médicalisé personnes âgées	Tous secteurs
Manutentions	66 % des AT	50 %
Chutes	22 % des AT (17 % plain-pied + 5 % hauteur)	28 % (17 % plain-pied + 12 % hauteur)
Tableau 57 *	90 % des MP (1038) **	79 %
Tableau 98 *	6 % des MP (66)	4,6 %
Indice de fréquence **	87,6 ‰	30,1 ‰
Nb journées perdues ***	2 241 209 10,4 j /salarié / an	69 887 894 3,6 j /salarié / an

Sources : chiffres CNAM 2021 (code NAF 8710A et tous secteurs)

* Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail Affections du rachis lombaire par manutention de charges lourdes

** Nb accident / effectif salariés X 1000

*** AT + trajet + MP

État des lieux : sinistralité EHPAD (2)

	Lésions AT
Dos	32 % des AT
Membres supérieurs	28 % des AT
Membres inférieurs	17 % des AT
Mouvement corps avec contrainte *	40 %
Mouvement corps sans contrainte **	12 %
Chutes ***	13,5 %
Nb journées perdues	69,5 % (AT)

Source : CNAMTS chiffres 2021, code NAF 8710A

État des lieux : sinistralité Domicile (1)

	Aide à domicile	Tous secteurs
Manutentions	52 %	50 %
Chutes	34 % (20 % plain-pied + 17 % hauteur)	28 % (17 % plain-pied + 12 % hauteur)
Tableau 57 *	95 % des MP (1 464)	79 %
Indice de fréquence **	103,7 ‰	30,1 ‰
Nb journées perdues ***	2 214 165 10,6 j /salarié / an	69 887 894 3,6 j /salarié / an

Source : CNAMTS chiffres 2021, code NAF 8810A, hors emploi direct et tous secteurs

* Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

** Nb accident / effectif salariés X 1000

*** AT + trajet + MP

État des lieux : sinistralité Domicile (2)

	Lésions AT
Dos	34 %
Membres supérieurs	22 %
Membres inférieurs	19 %
Mouvement du corps avec contrainte *	35 %
Chutes **	20 %
Nb journées perdues	60 % (AT)

Source : CNAMTS chiffres 2021, code NAF 8810A, hors emploi direct

État des lieux : sinistralité

Tous les soignants risquent d'arriver à la retraite avec un handicap.

Tous les soignants risquent d'avoir 2 AT durant leur carrière.

Sinistralité : éclairage

Pourquoi les formations de type Gestes & (Im)postures ne sont pas adaptées ?

En formation initiale d'AS et d'IDE, les soignants apprennent des techniques de portage (gestes & postures) des patients, comment « bien » porter

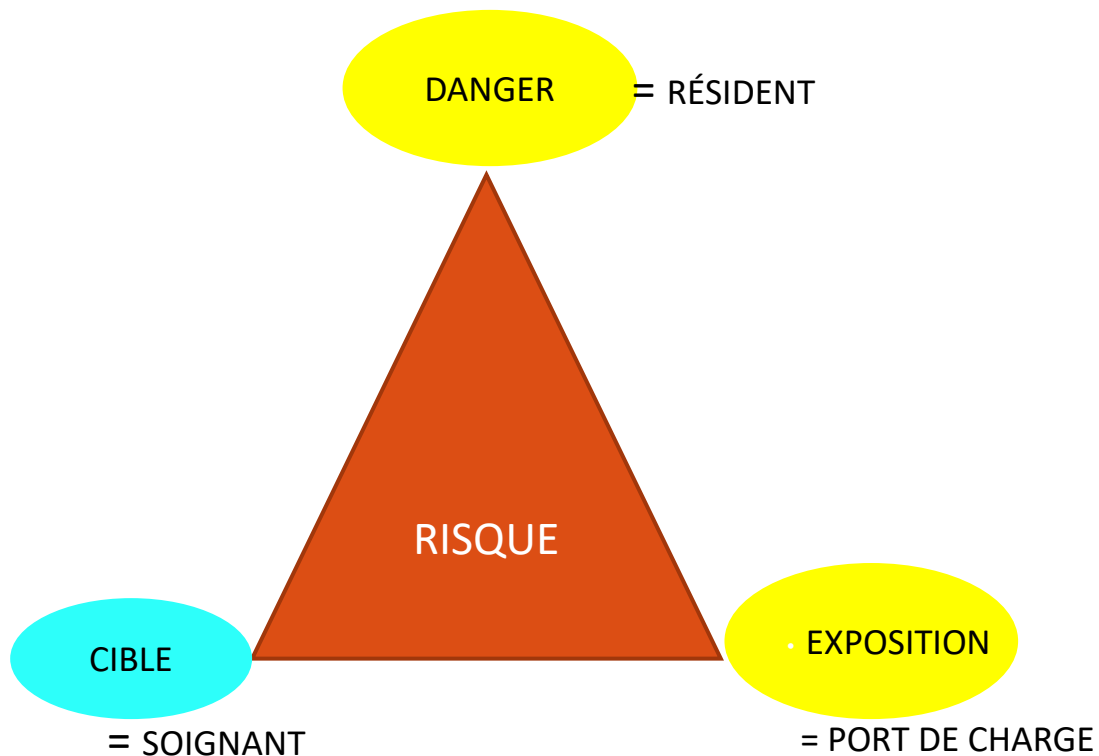
= nécessite de rendre les patients passifs = contraire à la définition du soin (restaurer, maintenir l'autonomie)

= nécessite de continuer à porter

Supprimer le portage des patients délétère pour les soignants, principe de base de prévention des risques des TMS

- pour préserver la santé des soignants
- pour préserver l'autonomie des patients (définition du soin)

Prévention : principes



Identification des risques *a priori*

Quelques définitions

Qu'est-ce qu'un danger ?



Qu'est-ce qu'un risque ?



Qu'est-ce qu'un dommage ?



Risques de TMS (et de chutes)

Risques liés aux manutentions de personnes (roulement latéral, rehaussement au lit ++):

culture du « faire (100 %) à la place de »

outils d'aides indisponibles ou inadaptés

Risques liés aux chutes (résident + soignant) lors de la mise debout (empirisme)

Absentéisme +++ → désorganisation

Inaptitude professionnelle → sortie du métier/secteur

Défaut d'attractivité

Contraire à la fidélisation

Piste de solution : Accompagner la mobilité de la personne aidée en prenant soin de l'autre et de soi (Démarche ALM)

De quoi s'agit-il ?

Issue du **soin de manutention** initié et mis en œuvre au **GH Paris St Joseph** depuis près de 20 ans (+ formations référents et décideurs / ARS / CRAMIF)

Une **démarche de soins** où le confort et le maintien de l'autonomie de la personne est au 1^{er} plan → adhésion soignants.

Une démarche de soins qui est aussi une **démarche de prévention** des TMS (+ chutes + RPS)

L'aide au déplacement (manutention) fait partie d'un soin (roulement latéral préalable à un acte technique par exemple), ou constitue en soi un soin (laisser la personne réaliser seule les mouvements).

Donner du sens pour un soignant à « l'utilisation » des équipements (lève-personne, drap de glisse...).

Démarche ALM

- Construire un soin qui protège le soignant au lieu d'apprendre à porter (gestes & postures, techniques gestuelles)

« Toucher n'est pas porter »

Révolution culturelle : prendre soin sans prendre [physiquement] en charge

Mise en œuvre du principe général de prévention « adapter le travail à l'homme » et non adapter l'homme au travail (gestes & postures)

Démarche ALM

Focus GHPSJ / Association OETH

Suppression du port de charge délétère pour le soignant

Initialement grâce à la sollicitation de l'association OETH : permettre à des soignants en situation de handicap de poursuivre leur activité de soignant sans danger pour leur santé, y compris en cas de restriction d'aptitude.

Démarche ALM : comment ?

LORS DE CHAQUE DEPLACEMENT évaluer les capacités de la personne à faire seule ou non, l'un ou plusieurs des mouvements élémentaires constitutifs du déplacement spontané (cadre de référence)

Évaluation des capacités : COMMENT ?

→ connaître l'enchaînement chronologique des éléments constitutifs/mouvements élémentaires des déplacements spontanés (assis-debout, roulement latéral, se rehausser dans un lit...)

OBSERVATION

Démarche ALM : comment ?

Selon ce que la personne peut ou ne peut pas faire seule, le soignant va

- la guider verbalement,
- et/ou l'aider manuellement (sans portage délétère),
- et/ou introduire un outil d'aide qui pourra être différent (poignée de traction, 1 ou 2 draps de glisse...) pour un même déplacement selon la ou les capacités existantes, et selon la ou les capacités abolies, au moment du déplacement, pour le confort de la personne et éviter tout port de charge délétère au professionnel

Condition :

connaître l'enchaînement chronologique des éléments constitutifs/mouvements élémentaires des déplacements spontanés

+ connaître les outils d'aide (5 fonctionnalités du lit médicalisé, réglages de la poignée de traction, qualités et positionnement du drap de glisse, lève-personne sur rail / au sol...) et leurs fonctionnements

Démarche ALM : comment ?

L'environnement ne doit pas faire obstacles aux déplacements spontanés

Exemples :

Fauteuil : longueur des accoudoirs, inclinaison du dossier, hauteur et profondeur d'assise...

Barres latérales des toilettes : longueur, hauteur

Poignée de traction : enrouleur + espacement des encoches de +/- 30 cm sur la barre de traction

Lit : 5 fonctionnalités (hauteur, proclive, relève-buste, relève-jambes, plicature genoux)

Démarche ALM : collective

Une démarche qui implique direction, encadrement, personnels de terrain

Une démarche qui implique d'envisager la prévention des risques professionnels en termes :

- d'organisation du travail,
- de conception des lieux de vie/travail,
- d'évaluation des besoins en outils d'aide pour des personnes aux capacités altérées (et non celles de et Mme Toulemonde),
- d'acquisition d'outils d'aide, de connaissance de leurs fonctionnalités, de formation à leur utilisation

Démarche ALM : 10 films domicile / établissement + 1 webinaire

Principes de base - <https://www.youtube.com/watch?v=dgPi7D9CxoE>

Rehaussement au lit – Troubles cognitifs avec capacités motrices conservées
<https://www.youtube.com/watch?v=BBT4nOMow-Q>

Rehaussement au lit – Sans accentuer les douleurs du patient
<https://www.youtube.com/watch?v=EyxBD26xPjs>

Rehaussement au lit - Incapacité motrice des membres inférieurs
<https://www.youtube.com/watch?v=8T4-c7ZdaIg>

Rehaussement au lit – Incapacité partielle d'un membre supérieur
<https://www.youtube.com/watch?v=Dz17TOW7Jos>

Redressement et marche - https://www.youtube.com/watch?v=IJFmZO_Q3Bo

Transfert du lit au fauteuil roulant - <https://www.youtube.com/watch?v=E7c-3IvGFd4>

Transfert du fauteuil au lit - <https://www.youtube.com/watch?v=0Bg8Twfur8I>

Relève du sol après une chute - <https://www.youtube.com/watch?v=Ai51T9Q5t2A>

Installation pour un soin d'escarres talonnières -
<https://www.youtube.com/watch?v=hTDyMEFs6gY>

Un webinaire - <https://youtu.be/LEsESEEWLvc> + **FAQ** - <https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/faq-aide-et-soin-personne.html>

Bénéfices soignants ET patients

Confort et sécurité soignant ET patient/résident/bénéficiaire

Renforcement relation de soin au cœur de l'échange → moins de réticence / agressivité de la personne, réduction des risques psychosociaux

Maintien et encouragement RÉEL des capacités résiduelles du patient/résident/bénéficiaire : rétablissement plus rapide, perte d'autonomie moins rapide

Réduction des risques professionnels liés aux manutentions

Finies les restrictions d'aptitude liées au portage des patients,

Réduction de l'absentéisme (désorganisation), des inaptitudes temporaires (grossesse, blessure...) ou définitive (sortie du métier).

Réduction des risques de chutes patient/résident/bénéficiaire + soignant

Valorisation /professionnalisation /responsabilisation du métier de soignant

Bénéfices

Pour l'encadrement, la direction :

Valorisation /professionnalisation /responsabilisation du métier de soignant

Choix architecturaux (par ex. rails en H) et d'achat d'équipements pertinents (fauteuil, lit...)

Amélioration de la qualité de la prise en soin : argument positif à promouvoir auprès des patients/résidents, familles

Attractivité du métier

Réduire AT, absentéisme (désorganisation), inaptitude temporaire (grossesse, blessure...) ou définitive (sortie du métier).

Economiquement rentable : étude coût/bénéfice

Bénéfices

Focus GHPSJ

2009 : 2 000 jours d'arrêt liés aux accidents du travail (manutention des patients +++, dont 650 liés au redressement au lit).

L'établissement a formé au soin de manutention + investi en lits, poignées de traction, draps de glisse...

2018 : 200 jours d'arrêt dont 30 liés au redressement au lit, la plupart quand l'outil n'est pas utilisé...

- *[Analyse coût-bénéfice des actions de prévention. Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant, [ND 2310](#), INRS. Introduction des draps de glisse, lève-malades, verticalisateurs].*

Démarche ALM à l'INRS

Intégration aux dispositifs sectoriels de formation : PRAP 2S (prévention des risques liés à l'activité physique secteur sanitaire et social), SMS ex HAPA (directeur/animateur/acteur PRAP 2S), ASD (aide et soins à domicile)

Organismes de formation habilités, formateurs certifiés

Ce qu'il faudrait pour aller plus loin : évolution de la formation initiale d'aide-soignant et d'infirmier.

Démarche ALM à l'INRS

PRAP 2S

Dirigeant 1 journée de 7h, enjeux de la démarche ALM

Formateur, formation initiale 98h, 28h ALM (MAC 28h, 7h ALM)

Privilégier un formateur PRAP 2S **interne à l'établissement**

Acteur, Formation initiale 4j (28h), 14h ALM, (MAC 14h, 7h ALM)

Formateur de formateur, Formation initiale 98h, 14h ALM (MAC 28h, 7h ALM)

SMS

Direction 7h, Eléments de contenus & savoirs associés : enjeux de la démarche ALM

Animateur prévention SMS 6 jours + 2 X 4h in situ MAC 2j, Eléments de contenus & savoirs associés : enjeux de la démarche ALM

ASD

Dirigeant, 1 journée de 7h, enjeux de la démarche ALM

Acteur prévention, 3 jours = 21h (14h d'ALM) (MAC 2 j /14h, 7h d'ALM)

Formateur d'acteur ASD, 56h (28 h d'ALM), (MAC 21h, 7h d'ALM)

Soin de manutention à Paris saint Joseph

Décideurs : 5 jours (2+2+1) sur 3 mois consécutifs

(Rôle du référent, approche architecturale, approche économique, psychodynamique du travail, choix des équipements, ateliers pratiques...)

Référents TMS : 13 jours (3+5+5) sur 3 mois consécutifs

Animateur et formateur

2 sessions par an : 1^{er} et 2^e semestre 2026

Démarche ALM à l'INRS

Etude sur l'impact épidémiologique de la démarche ALM (2023-2028)

Etude sur l'impact économique du soin de manutention

Démarche ALM dans le réseau prévention

CNAM : programme national

CARSAT, CRAMIF, CGSS : accompagnement technique et financier des établissements en région

→ contrats de prévention (<200 salariés), subvention prévention des risques ergonomiques (FIPU /< 50 salariés).

Démarche ALM en pratique

GHPSJ : soin de manutention

Domus Vi : soin d'autonomie (évaluation épidémiologique + économique en cours)

AHNAC : soin de manutention

+ établissements disséminés, formés au centre ressources du GHPSJ

Démarche ALM et rails en H

Pour qui ?

Patients qui ne tiennent pas le poids de leur corps sur leurs jambes

Test des 6 secondes

Pourquoi ?

Confort et sécurité du patient

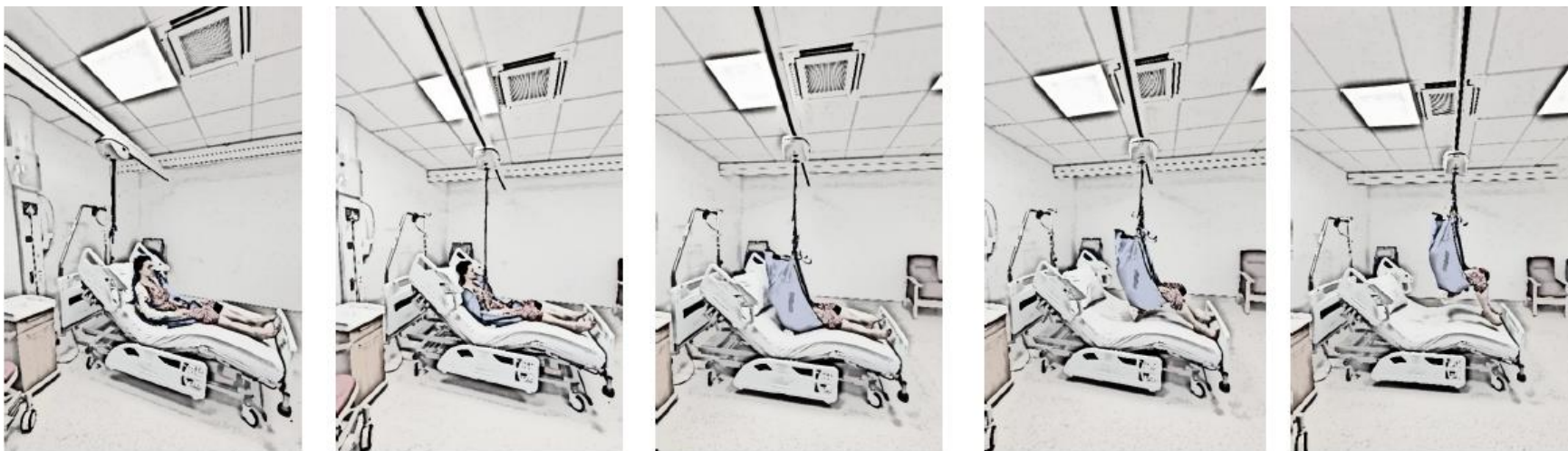
Prévenir TMS (pas d'exposition au port de charge délétère) et chute du soignant/patient

Avec une **implantation en H** :

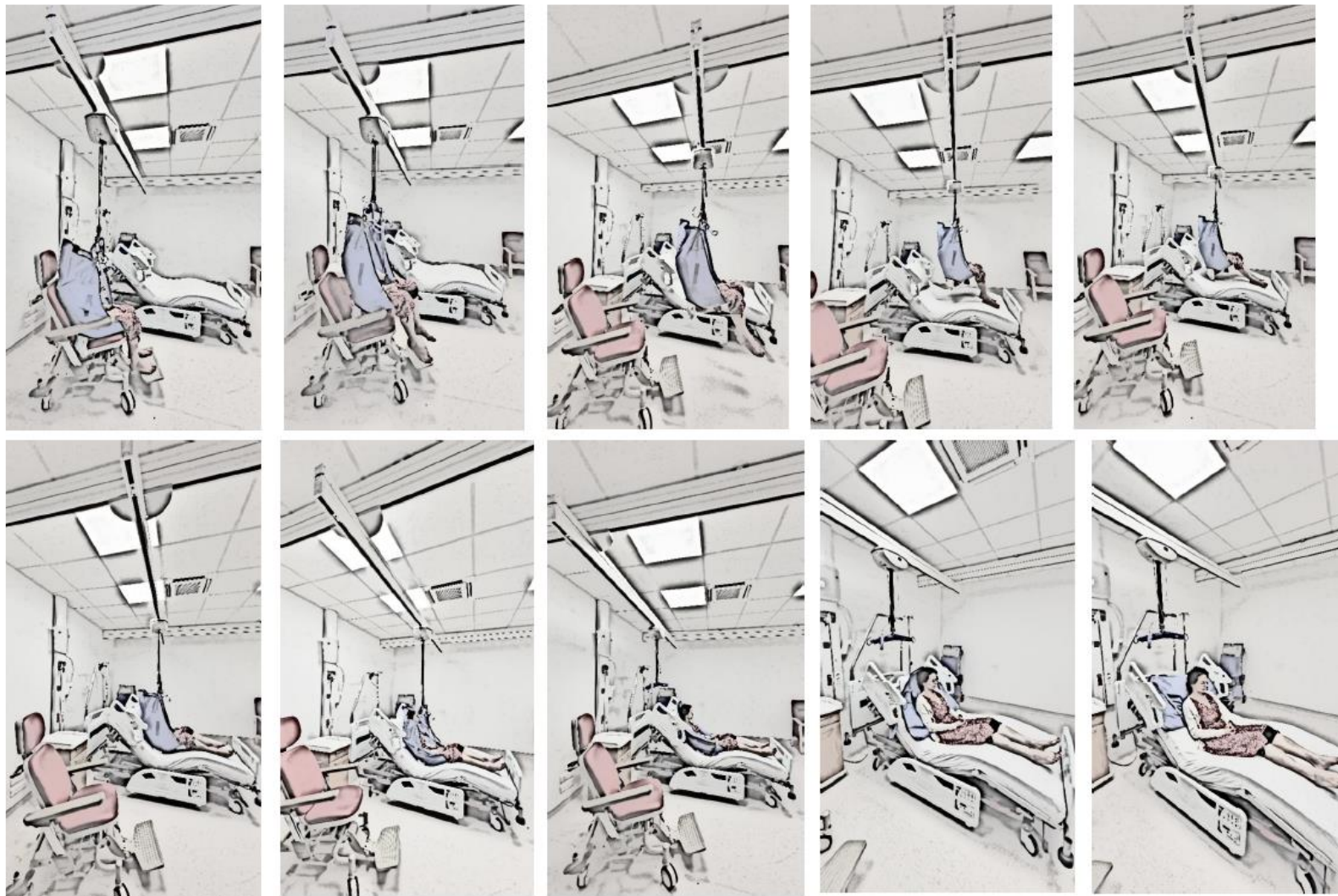
- La traverse suit le déplacement du patient dans le lit
- La position de départ comme de retour dans le lit peut se faire en position transat
- La pose et le retrait du harnais peut s'effectuer en position transat ou fauteuil dans le lit
- Supprime les roulements latéraux à la pose et au retrait du harnais dans le lit

C'est le rail qui s'adapte au patient, et non le patient qui s'adapte au rail.

Rail en H : avantages



Rail en H : avantages



Blouse COALA : risque TMS + chute patient et soignant



Méconnaissance du DS assis-debout : le déplacement spontané assis-debout est empêché par la soignante positionnée devant le patient, l'empêchant de se pencher en avant.

Fauteuil non adapté : assise extrêmement basse (hauteur des genoux // siège) et très profonde, empêchant de pousser sur les membres inférieurs, accoudoirs courts (en retrait du buste) qui ne permettent pas de prendre appui et pousser sur les bras.

Gestes et Postures en pire, car la soignante tracte le patient, elle fait contrepoids avec son corps pour trouver son propre équilibre, avec beaucoup de mal, son pied arrière est très en arrière pour avoir le recul suffisant pour tracter sans être emportée par le poids du patient.

A l'arrivée, une stabilité du patient non sécurisée, la soignante ne pouvant pas récupérer un début de déséquilibre avant/arrière ou sur les côtés, sauf à être emmenée dans son propre déséquilibre par le patient (éloignement).

Le soignant est utilisé comme outil (de levage). Il tracte le poids du patient.

CARL



et HAPO



: inutiles

Conçus pour répondre à une problématique soignante : la mise d'un patient sur le côté dans le lit, telle qu'elle est enseignée en formation initiale, et reprise dans les formations de type Gestes et Postures. La technique de manutention proposée est construite sur une approche de mise en Position Latérale de Sécurité, à savoir : patient sur le dos, la jambe du côté opposé à celui vers lequel il va se tourner est repliée (jambe gauche pliée pour un roulement sur le côté droit, et inversement). Le positionnement de cette jambe opposée, pliée, fait obstacle au basculement du bassin et donc au roulement sur le côté (inconfort voire douleur pour le patient au niveau de l'articulation de la hanche).

Or, le **déplacement spontané** d'un être humain (développement psychomoteur du nourrisson), qui est la référence dans la démarche ALM, est différent : patient sur le dos, jambes tendues, la jambe du côté opposé à celui vers lequel il va se tourner est croisée tendue sur l'autre jambe tendue (jambe gauche tendue sur jambe droite tendue pour rouler sur le côté droit, et inversement).

HAPO :

- Prévention centrée la sur la personne des soignants
- Il permet peut-être de ne pas ressentir le **pincement du disque intervertébral** par une contrainte de tension arrière, mais il existe.

RAIZER : risque de rechute

L'origine de ce déplacement, le relever du sol, fait suite à une chute d'un résident. Ce point est fondamental dans la prise en charge du résident, car pour que l'accompagnement soit sécuritaire, il est préférable d'éviter de remettre le résident dans une situation similaire (position debout), susceptible de produire le même effet, une nouvelle chute.

Si le test de validation de la mise debout est négatif, il faudra intégrer un outil d'aide à la manutention pour accompagner le déplacement de la position assise sur le Raizer à la position assise ou couchée, sans exposer le soignant au port de charge. **Quand une personne ne peut soutenir le poids de son corps sur ses jambes, le lève-personne est l'outil d'aide à intégrer dans le déplacement.**

Le lève-personne permet d'installer le résident dans tout type de fauteuil (assise avec accoudoirs), dans un lit ou sur un brancard, dans une position sécuritaire d'attente.

Le Raizer ne permet pas la réalisation des mouvements du déplacement spontané du redressement assis/debout en sécurité : impossibilité de reculer les pieds (assise trop étroite), pas d'accoudoirs pour prendre appui avec les mains/bras pour s'aider au redressement et à la stabilité. (+absence d'appui-tête -> inconfortable, si besoin le soignant devra porter la tête)

En cas de nécessité de faire le déplacement inverse, un abaissement debout/assis, celui-ci ne pourra se réaliser en sécurité de par l'absence d'accoudoirs sur le Raizer permettant de contrôler/freiner la descente.



**Notre métier,
rendre le vôtre plus sûr**

www.inrs.fr



La démarche ALM

maillon de la démarche



LE POUVOIR
DE FAIRE
À SON
RYTHME



Aux origines du projet

Une démarche de
prévention en
construction depuis
2013

Un constat, l'approche
développée ne
produisait pas les
résultats escomptés

Une découverte aux
côtés de l'INRS en 2018,
le soin de manutention

Une conviction, il ne
fallait pas attendre pour
déployer cette approche

1 - Comprendre les causes profondes des accidents de travail

2 - Évaluer et améliorer le taux d'équipement pour chaque résidence

3 - Créer un réseau de formateurs interne au plus proche du terrain

4 - Transformer les pratiques par la formation

Une démarche globale



POINT D'ETAPE

Quelques chiffres
(à fin juin 2025)

 **68** & **239** 
AGENCES RÉSIDENCES
Engagées dans le Soins d'autonomie

PLUS DE **3650** COLLABORATEURS FORMÉS

Pour quels effets ?

- Réduction de la sinistralité
- Fidélisation



PERSPECTIVES

Création de relais de
proximité

Mise en place de la
journée
d'accompagnement
terrain

Favoriser le suivi de la
démarche

QUAND LES SOIGNANTS EN PARLENT

« Il me tarde de mettre en pratique mon nouveau savoir. Merci encore. »

« J'ai compris que je pouvais travailler autrement, sans me faire mal. Merci. »

« Cette formation m'a ouvert les yeux, je peux prendre soin de moi autant que des résidents »



« Je ne veux plus revenir à mes anciennes habitudes, je sais maintenant qu'il existe d'autres façons de faire. »

« Enfin une formation qui me parle vraiment, je vais l'appliquer dès demain »

« Je repars convaincue : il est possible d'être efficace sans souffrir. Merci pour ce déclic »

« Merci, je repars avec l'envie de changer mes habitudes : Ne plus me faire mal »