

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

**ETUDE DE LA FORMATION
A LA MANUTENTION MANUELLE DES
MALADES AU CENTRE HOSPITALIER DE
REMIREMONT**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Xavier ASTRUC**
étudiant en 3^{ème} année de Kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat
de masseur-kinésithérapeute
1995-1996

SOMMAIRE

	page
1. INTRODUCTION	1
2. LA MANUTENTION DES MALADES	2
2. 1. Généralités	2
2. 1. 1. Définition de la manutention selon l'INRS	2
2. 1. 2. Avec le malade	2
2. 1. 3. Buts recherchés	2
2. 1. 4. Les principes de base	3
2. 1. 5. Les techniques	3
2. 1. 6. Ergonomie et manutention	3
2. 1. 7. Importance socio-économique des rachialgies et manutention	4
2. 1. 8. Législation	4
2. 2. La formation à la manutention des malades	5
2. 2. 1. Le SIFAM	5
2. 2. 2. Au niveau du CH de Remiremont	5
2. 2. 3. Déroulement du stage au CH de Remiremont	7
3. MATERIEL ET METHODE	8
3. 1. Matériel	8
3. 2. Méthodes	9
4. RESULTATS	10
4. 1. Présentation des résultats	10
4. 1. 1. Pour les stagiaires	10
4. 1. 2. Pour les formateurs	15
4. 2. Traitement statistique des résultats	17
5. DISCUSSION	19
6. CONCLUSION	22

RESUME

Deux types de questionnaires ont été diffusés auprès des stagiaires et des animateurs de la formation à la Manutention des Malades au Centre Hospitalier de Remiremont. L'analyse des réponses a permis d'envisager non seulement les apports de cette formation, mais aussi les difficultés auxquelles se heurtent les agents lorsqu'ils doivent mettre en application cet enseignement sur leur lieu de travail. Enfin, les réflexions conjointes de l'ensemble de ces intervenants ont également permis de mettre en avant un certain nombre d'orientations qui permettraient de mieux adapter le stage aux besoins des agents.

1. INTRODUCTION

Les lombalgies constituent l'un des plus fréquents motifs de consultation en médecine libérale.

Plusieurs études (2) ont montré l'influence de facteurs professionnels sur l'apparition et l'évolution de cette affection. En outre, s'agissant d'une atteinte souvent chronique et invalidante, elle peut entraîner des conséquences lourdes sur l'activité professionnelle : reclassement, mise en invalidité, voire perte d'emploi. En milieu hospitalier, le personnel est fréquemment soumis à des postures de travail déséquilibrées et au soulèvement de charges lourdes. Aussi depuis une trentaine d'années, dans les hôpitaux français ont été mises en place des sessions de formation à la manutention des malades afin de diminuer le risque lombalgique professionnel.

Au Centre Hospitalier (C.H.) de Remiremont, le service de formation continue a mené plusieurs campagnes d'information et de formation depuis 16 ans visant à développer la pratique des méthodes de manutention. Nous nous sommes donc proposés d'étudier la dernière campagne de formation à la manutention des malades et handicapés dispensée actuellement selon la méthode de Paul DOTTE (4) (5).

L'objectif de cette étude est d'une part de déterminer comment cette formation est perçue et mise en application sur le terrain et d'autre part d'envisager la nature des améliorations que l'on pourrait y porter.

2. LA MANUTENTION DES MALADES

2. 1. Généralités

2. 1. 1. Définition de la manutention selon l'INRS

Il faut entendre par manutention manuelle à la fois le port et le transport de charges, les manutentions et manipulations au poste de travail et les efforts exercés sur des produits et des matériels.

2. 1. 2. Avec le malade

Lorsqu'il s'agit de manutentionner des malades, des facteurs autres que la force physique et la technique doivent être pris en compte. Il s'agit notamment de :

- la forme, du poids, du volume du corps du malade,
- sa pathologie,
- sa participation éventuelle,
- l'environnement global dans lequel se pratique la technique.

2. 1. 3. Buts recherchés

→ Pour le patient :

- confort,
- sécurité,
- aide au retour à l'autonomie (1).

→ Pour le soignant:

- automatisation de gestes sûrs, économiques et efficaces,
- prise de conscience de ses limites

2. 1. 4. Les principes de base

- se rapprocher de la charge
- utiliser les membres inférieurs et plier les genoux
- garder le dos droit

2. 1. 5. Les techniques (8)

Ce sont :

- | | |
|----------------------|----------------------|
| - les retournements, | - les rehaussements, |
| - les redressements, | - les translations, |
| - les abaissements, | - les transferts, |
| - les voltes, | - les transports. |
| - les relevés, | |

Ces manoeuvres-types s'organisent à partir des schémas moteurs spontanés utilisés par un individu sain (11) et sont destinées à des malades soit :

- complètement passifs,
- contrôlant une partie de leur corps,
- pouvant aider à la réalisation du mouvement.

Enfin, il est possible d'utiliser des aides techniques (natte ou planche de transfert, roller-board, disque de volte, sangle, alèse) pour faciliter l'exécution de certaines de ces techniques manuelles.

2. 1. 6. Ergonomie et manutention (10)

Si l'on veut que la manutention soit réalisée dans des conditions optimales tant pour le soignant que pour le patient, il faut tenir compte de l'environnement ergonomique. Cet environnement prend en considération :

- l'architecture dans laquelle évoluent les protagonistes,
- les dimensions, l'emplacement et les adaptations du mobilier,
- les aides techniques éventuelles,

- la tenue vestimentaire et le chaussage du personnel,
- et l'ensemble des facteurs physiques ou mentaux qui par la fatigue qu'ils entraînent sont susceptibles de porter atteinte à l'efficacité et à la sécurité des gestes de manutention.

Ce sont là des notions d'ergonomie que les soignants doivent appréhender.

2. 1. 7. Importance socio-économique des rachialgies et manutention

Etant donné que le risque rachialgique représente 25 à 30% du nombre des arrêts de travail et qu'il engendre un grand nombre d'incapacités permanentes, partielles ou totales, il est logique que les pouvoirs publics tentent par tous les moyens de faire régresser ce fléau socio-économique: la formation à la manutention manuelle des malades est un de ces moyens.

2. 1. 8. Législation

Le code du travail stipule par l'article L231-1 issu du décret du 28/12/1995 que dans les établissements hospitaliers publics ou privés :

- une femme ne peut porter une charge de plus de 25 kg.
- un homme, sauf avis médical spécial l'y autorisant, ne peut porter de façon courante des charges de plus de 55 kg et en aucun cas de plus de 105 kg.

D'autre part l'article R-231 du décret du 20/31/79 demande qu'une formation à la sécurité soit dispensée dans l'établissement lors de l'embauche ou chaque fois que nécessaire.

En outre la recommandation n°128 de la conférence générale de l'Organisation Internationale du Travail de Genève de juillet 67 demande que "lorsque cela est possible, cette formation soit suivie d'une surveillance en cours d'emploi afin de veiller à ce que les méthodes correctes soient utilisées" et que "tous les dispositifs et équipements appropriés qui seraient nécessaires pour sauvegarder leur santé et leur sécurité devraient être fournis ou mis à la disposition des travailleurs affectés au transport de charge et devraient être utilisés par ceux-ci."

2. 2. La formation à la manutention des malades

2. 2. 1. Le S.I.F.A.M.

Le S.I.F.A.M. (Service Initiation Formation Active aux Manutentions) a été créé sous l'impulsion de Paul DOTTE, dès 1962, commence à élaborer une méthode permettant une prévention efficace du risque lombalgique. Pour cela, il s'est notamment inspiré des principes appliqués en manutention industrielle et mis au point par CHAPUT (3).

Une des spécificités de cet enseignement est qu'il est fait pour les soignants et par les soignants. Pour Paul DOTTE, la finalité de cette méthode consiste à faire assimiler en tant qu'acte de soins les manutentions de malades (6).

Outre la formation à la manutention manuelle des malades, la SIFAM anime également des stages d' "Ecole du dos", de "Gestes et Activations en Gériatrie" et de "Manutention Manuelle des charges".

2. 2. 2. Au niveau de C.H. de Remiremont

⇒ Mise en place de la formation pour les agents

Les formations à la manutention des malades et handicapés ont été introduites en 1981 au C.H. de Remiremont qui comprend l'hôpital lui-même et la MMPA (Maison Médicale pour Personnes Agées). Les premières formations ont été encadrées par des intervenants extérieurs, formateurs SIFAM. C'est à partir de ce moment-là que la tenue vestimentaire du personnel soignant féminin et des agents des services hospitaliers (ASH) fut modifiée : la classique et traditionnelle blouse étriquée fut abandonnée et remplacée par un pantalon et une tunique permettant une plus grande aisance gestuelle.

Jusqu'en 1983 les formations continuèrent à être dispensées selon les mêmes modalités. Par la suite, 12 agents du C.H. de Remiremont ayant suivi la formation de formateurs prirent le relais et animèrent eux-mêmes des stages jusqu'en 1987, date à laquelle une personne qui avait suivi le stage fut victime d'un lumbago aigu lors d'une manutention de malade. Cet accident jeta le discrédit sur une méthode mal comprise et mal acceptée, à l'époque, par le personnel. Un travail de réflexion du personnel amena à souhaiter la reprise d'une formation à la

manutention et, en 1994, Mr Petitdant, formateur SIFAM, anima un nouveau groupe de 12 formateurs parmi lesquels on trouve un kiné, une ergothérapeute, et plusieurs infirmières diplômées d'Etat (IDE) et Aides soignantes (AS). En 14 mois, 11 sessions ont pu avoir lieu. Elles ne concernent pas seulement les agents de l'hôpital et de la MMPA de Remiremont mais elles sont également destinées aux employés d'établissements situés à proximité.

Il est à noter enfin que cette formation s'inscrit dans le cadre général d'une campagne de prévention des rachialgies puisqu'il existe également des stages de manutention de charges destinés à d'autres catégories professionnelles.

⇒ Ecoles intégrées

- I.F.S.I. (Institut de Formation en Soins Infirmiers)

Les élèves de l'IFSI reçoivent la formation à la manutention des malades et handicapés de Paul DOTTE qui comprend :

- l'éducation à la gestuelle spécifique (E.G.S) animée par une enseignante de l'IFSI et qui se déroule en 1^{ère} année à raison de 5 fois 2 heures,

- les applications concrètes centrées sur la manutention des malades en service de soins et sur l'utilisation de matériel ergonomique utilisé au C.H. de Remiremont (lit à hauteur variable, lève malade, planche de transfert). Cette partie, animée par un kiné formateur et une enseignante, est dispensée au rythme de 3h en 1^{ère} année, 2h en 2^{ème} et 2h en 3^{ème} année. Cette formation est obligatoire mais elle n'est pas directement sanctionnée. Cependant la grille d'évaluation de mise en situation professionnelle comprend un critère "respect des règles de manutention".

- Ecole d'Aides-soignantes

La formation est également copiée sur le modèle édité par le SIFAM (EGS + applications concrètes). Elle comprend 20 h de cours et se concentre sur l'apprentissage de l'aide aux gestes de la vie quotidienne pour participer au retour à l'autonomie. Il n'existe pas d'examen à proprement parler mais les élèves ont 3 évaluations dans lesquelles la manutention est notée et l'évaluation du CAFAS (Certificat d'Aptitude à la Formation d'Aide Soignante) en tient compte.

2. 2. 3. Déroulement du stage au C.H. de Remiremont

Le stage de formation destiné au personnel s'articule sur 3 jours. Deux animateurs encadrent une douzaine de stagiaires. Chaque journée de stage est entamée et terminée par une séance de gymnastique. Celle du matin que l'on qualifiera de préformative (7) a pour but de préparer et d'éduquer à des mouvements fondamentaux et invariants utilisés dans cette méthode. On apprend à d'avantage travailler avec ses membres inférieurs aussi bien en puissance qu'en mobilité et à verrouiller son rachis en bonne position, le tout par des exercices à base de fentes, de position banquette, etc... . La séance de fin de journée est quant à elle orientée vers les étirements et la relaxation. Comme pour tout enseignement, une progression est suivie :

- du facile au difficile,
- du commode au mal-commode,
- de la situation simulée aux conditions réalistes.

La première journée est consacrée à l'apprentissage de l'E.G.S.. On y apprend le "COMMENT ?". Les manoeuvres types décrites sont les comportements et les exercices de base à adopter face à des situations de manutention analogues. La formation se déroule dans une salle seulement dotée de tables de massage. Chaque participant jouera le rôle de cobaye. Les termes anatomiques ou pathologiques sont écartés. Donc tout est stylisé, qu'il s'agisse de l'environnement, du mobilier ou de la terminologie.

Le lendemain, on continue l'EGS et le surlendemain on passe aux applications concrètes. Après le "COMMENT ?", on s'intéresse au :

- "OÙ ?" : qui définit l'environnement du malade.
- "QUAND ?" : à quel stade de la maladie se trouve le manutentionné et qu'en est-il de son autonomie à ce moment-là ?
- "QUOI ?" : que peut-on demander au malade ou à un intervenant (collègue, encadrement, famille) afin d'optimiser l'action ?

Durant le 3^{ème} et dernier jour de stage, le groupe passera dans les services afin d'apprendre à utiliser les lève-malades ou autres matériels ergonomiques comme les chariots-douches. Enfin durant cette journée les stagiaires sont soumis à des mises en situations pratiques et reçoivent une information théorique concernant le rachis et ses mécanismes

pathogènes. A la fin du stage, ils doivent remplir un questionnaire permettant de savoir comment la formation a été perçue.

3. MATERIEL ET METHODE

3. 1. Matériel

• Le premier questionnaire était destiné aux 115 agents du C.H. de Remiremont ayant participé à l'une des 11 sessions qui se déroulèrent de mai 1994 à juin 1995. Afin de conserver une certaine homogénéité de conditions et d'environnement de travail, nous n'avons pas interrogé les stagiaires provenant d'autres établissements.

10 pré-questionnaires ont été distribués à :

- 2 kinésithérapeutes,
- 3 infirmières (I.D.E.),
- 4 aides-soignantes (A.S.),
- 1 C.E.S..

99 questionnaires ont été distribués à :

- 10 sages-femmes (S.F.),
- 24 I.D.E.,
- 34 A.S.,
- 25 A.S.H.,
- 1 C.E.S.,
- 2 manipulateurs en radiologie.

6 agents n'ont pas pu être contactés.

• Le second questionnaire a été diffusé auprès des 12 animateurs en manutention, eux-mêmes issus du centre hospitalier et de la M.M.P.A.. Ils ont été formés en Mars 1994.

Parmi ces 12 animateurs, on trouve :

- 6 I.D.E. (dont 2 surveillants),
- 4 A.S.,

- 1 kinésithérapeute,
- 1 ergothérapeute.

3. 2. Méthode

Nous avons établi 2 questionnaires destinés chacun à des populations différentes.

- Le premier ciblait les "formés" et son élaboration a été précédée de la diffusion d'un pré-questionnaire auprès de 10 personnes choisies arbitrairement dans trois services différents. Nous avons demandé à ces dix agents de bien évidemment répondre aux questions mais aussi de ne pas hésiter d'en critiquer la forme et le fond. L'analyse de ces premiers résultats nous a amené à pratiquer certaines modifications. Nous avons ainsi reformulé plusieurs questions qui se présentaient sous la forme :

oui

non

Si non, pourquoi ?

...

Un excès d'optimisme (10 "oui") nous a laissé penser que le fait de répondre "oui" évitait aux sondés de soumettre leur réponse à justification. D'autres items qui entraînaient des réponses non cohérentes ont été remaniés ou supprimés. Parmi les 20 items, 3 sont empruntés au questionnaire SIFAM donné habituellement à la fin de chaque stage.

Ces 10 agents n'ont pas été interrogés à nouveau.

Une fois le questionnaire définitif établi, 99 exemplaires accompagnés d'une enveloppe en garantissant l'anonymat et le retour ont été distribués à des agents travaillant à l'hôpital lui-même ou à la M.M.P.A. .

Le pool de départ étant relativement faible, nous avons donné les questionnaires en main propre en espérant motiver un plus grand nombre de réponses, en étant toutefois vigilants de ne pas influencer l'opinion des sondés.

• Le second questionnaire quant à lui était destiné aux 12 formateurs. Il est relativement similaire au premier et permet ainsi d'envisager cette même formation sous un angle différent. Le mode de diffusion a été identique.

4. RESULTATS

4. 1. Présentation des résultats

4. 1. 1. Pour les stagiaires.

■ 99 questionnaires ont été distribués.

79 ont été récoltés

Le taux de réponse est donc de 79,8%.

■ Parmi les 79 sondés, la répartition se fait ainsi :

• par catégorie professionnelle

IDE : 25,3%

AS : 39,2%

SF : 12,7%

ASH : 22,8% (le seul CES est assimilé aux ASH)

• par sexe

femmes : 93,7%

hommes : 6,3%

• par poste de travail

agents de jour : 70,8%

agents de nuit : 8,9%

agents de jour et de nuit : 20,3%

REPONSES AU QUESTIONNAIRE :

2- *Ce stage vous a-t-il été :*

- *proposé ?* 54 %
- *imposé ?* 18,4 %
- *ou vous avez été demandeur ?* 27,6 %

3- *Qu'avez-vous retiré de cette cession de formation ? :*

- *une confirmation de vos procédés personnels* 11,8 %
- *une solution à certains de vos cas* 45,1 %
- *une nouveauté inconnue* 12,5 %
- *des complications superflues* 1,4 %
- *un gaspillage de votre temps* 0 %
- *un heureux moment de détente* 29,2 %

4- *Vous appliquez les procédés qui vous ont été enseignés :*

- *la plupart* 51,9 %
- *peu* 45,5 %
- *aucun* 2,6 %

- *aisément* 60,3 %
- *avec hésitation* 31,5 %
- *difficilement* 8,2 %

5- *Si vous n'appliquez pas ces procédés, pourquoi :*

- la totalité du personnel n'est pas formée,*
 - manque de coopération du patient,*
 - manque de support visuel,*
 - oubli,*
 - mauvaises habitudes,*
 - manque de personnel et de temps.*
- (par ordre de fréquence des items)

6- Avez-vous réussi à faire passer le message à vos collègues ?

- oui 79,7 %

- non 20,3 %

Si non, pourquoi ?

pas assez sûres d'eux-mêmes,

manque d'intérêt des non formés.

7- Amélioration dans votre travail ? :

- gain de temps 6,5 %

- diminution de fatigue 23,4 %

- diminution du mal de dos 36,3 %

- plus d'assurance 28,2 %

- aucune 3,2 %

- autre :... 2,4 %

8- Amélioration de la sécurité et du confort du malade :

- beaucoup 71,1 %

- un peu 28,9 %

- pas du tout 0 %

et qu'elles contribuent à augmenter son autonomie :

- beaucoup 41,9 %

- un peu 54,05 %

- pas du tout 4,05 %

9- Durée de stage

- suffisante 80,3 %

- trop longue 1,3 %

- trop courte 18,4 %

10- Une session de remise à jour serait-elle :

- nécessaire 31,2 %
- bien venue 55,8 %
- superflue 13 %

11- Si vous rencontrez un problème de manutention des malades, demandez-vous conseil à une autre personne ayant suivi le stage ou à un formateur ?

- oui 72,7 %
- non 27,3 %

Si non, pourquoi ?

- problème de temps
- problème de disponibilité
- système "D"

12- Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apporter à cet enseignement ?

Un grand nombre demande :

- à être plus sur le terrain avec des vrais "malades".
- une formation spécifique au service

puis de manière moindre :

- que tout le personnel suive la formation
- insister sur les pratiques les plus courantes.

13- et 14- Principes de base et techniques de manutention les plus souvent utilisés

Sur 75 sondés, seulement 21 arrivent à différencier principes de base et techniques.

Principes de base les plus souvent cités :

- plier les genoux
 - garder le dos droit
- et pour un seul agent : se rapprocher de la charge.

Techniques :

- transfert lit/fauteuil et retour
- retournements

remonter un malade dans un lit ou un fauteuil

15- Appliquez-vous les règles générales de manutention chez vous, en dehors de votre travail

- systématiquement 18,4 %
- quand vous y pensez 76,3 %
- jamais 5,3 %

Dans ce cas, pourquoi :

→ aucun commentaire.

16 - Avez-vous déjà été :

- sujet à des problèmes de mal de dos :
 - oui 72,7 %
 - non 27,3 %
- si oui, arrêté dans votre travail pour cette raison :
 - oui 23,2 %
 - non 76,8 %

17 - Pensez-vous qu'une petite séance de gymnastique serait bénéfique, avant de commencer votre travail ?

- oui 83,6 %
- non 16,4 %

18 - Durant vos études ou votre formation, avez-vous bénéficié de cours sur la manutention des malades ? :

- oui 28,4 %
- non 71,6 %

19 - L'information théorique sur le rachis vous a-t-elle mieux fait prendre conscience des risques qu'encourre votre dos :

- oui 60 %
- non 0 %
- vous étiez déjà informé 40 %

4. 1 .2. Pour les formateurs

12 questionnaires ont été distribués.

12 ont été récoltés.

Le taux de réponse est donc de 100%.

Répartition professionnelle :

IDE : 6

AS : 4

Kiné : 1

Ergo : 1

Répartition par sexe :

femmes :9

hommes :3

REPONSES AU QUESTIONNAIRE :

2- But de la formation :

- *prévention des rachialgies*
- *amélioration de la qualité de vie (sécurité, confort, autonomie) du malade.*

3- Que vous apporte l'animation de ces stages :

- *connaissance des autres agents*
- *révision et perfectionnement*
- *expérience pédagogique*

4- Que vous a apporté la formation à la manutention des malades dans votre pratique professionnelle :

- *assurance et pratique accrues*

9- Programme de gymnastique ?

- oui : 8

- non : 3

(pas de réponse : 1)

Quelle serait la nature d'un éventuel programme de gymnastique ?

■ avant la prise du poste de travail

mais beaucoup soulignent les problèmes d'organisation, notamment par rapport aux horaires.

10- L'organisation du stage vous satisfait-elle ?

- oui : 12

- non : 0

11- Complément de formation ?

- oui : 8

- non : 3

pas de réponse : 1

De quel ordre ?

■ pédagogique

■ manutention avec les personnes âgées

■ révision de certaines techniques difficiles

Notons que tout au long de ce questionnaire nous trouvons une grande disparité des réponses entre les sages-femmes et les autres catégories professionnelles.

4. 2. Traitement statistique des résultats

Le pool des animateurs étant trop faible, cette analyse ne s'intéressera qu'aux réponses des stagiaires.

Nous effectuerons des croisements de variables pour voir s'il existe des liaisons entre elles.

N.B. : V_{4-1} : ne prend en compte que : - la plupart
 - peu ou aucun

V_{20-1} : catégorie professionnelle

V_{20-3} : âge

$V_{4-1} \times V_{20-1}$: la liaison statistique n'est pas significative mais il existe une tendance linéaire. (fig 1)

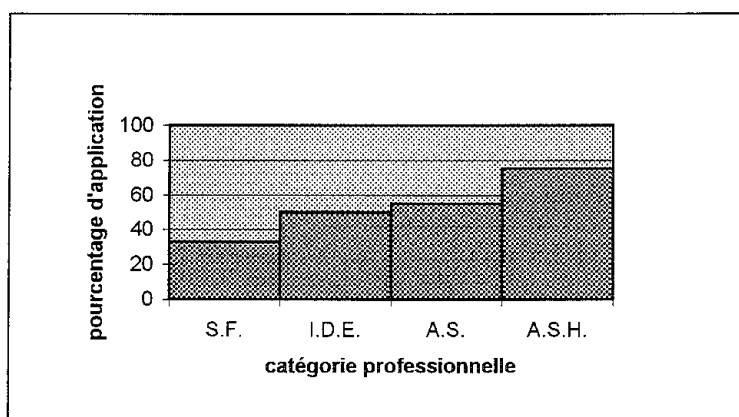


figure 1 : Application des procédés en fonction de la catégorie professionnelle.

$V_6 \times V_{20-1}$
 $V_1 \times V_{20-1}$
 $V_{15} \times V_{16}$
 $V_{15} \times V_{18}$

les effectifs théoriques sont trop faibles et les tests ne peuvent être appliqués

$V_{15} \times V_{18}$
 $V_{4-1} \times V_{16}$

les effectifs théoriques sont suffisants mais
 les tests sont non significatifs.

Comparaison des moyennes :

$V_6 \times V_{20-3}$: pas de liaison statistiquement significative

$V_{20-3} \times V_{4-1}$
 $V_{20-3} \times V_{15}$

l'âge n'est pas significativement différent

5. DISCUSSION

Pour commencer, nous pouvons noter un taux de réponses très importantes (79,9%). Cela peut signifier d'une part que le choix de la méthode a été approprié et d'autre part que le personnel se sent fortement concerné par le problème de manutention.

Dès les premiers items, nous constatons l'impact positif de cette formation puisque 82% des agents estiment qu'elle a apporté "une solution à certains de leurs cas". En outre, 52% utilisent la plupart des techniques et 60.3% les appliquent avec aisance.

Plus précisément, les agents déclarent que les améliorations apportées sont en priorité : la diminution du mal du dos (57%), un gain d'aisance (44%) et une diminution de fatigue (36,7%).

71,1% pensent que ces techniques améliorent "beaucoup" la sécurité et le confort du malade et 42% qu'elles contribuent à augmenter considérablement son autonomie. La manutention est donc véritablement considérée comme un acte thérapeutique dont le malade peut tirer profit.

Nous nous rendons compte que pour les formés, le bénéfice retiré de la formation ne se limite pas à leur vie professionnelle. En effet, la totalité du personnel formé déclare avoir pris conscience des risques encourus par le dos, notamment grâce à l'information théorique, et appliquer les règles générales de manutention de manière systématique ou occasionnelle dans le cadre privé pour 94,7% d'entre eux.

Si nous demandons aux animateurs quels sont pour eux les buts de la formation, nous nous rendons compte que ceux-ci sont en parfaite adéquation avec ce que les stagiaires en ont retiré.

Il apparaît que pour les formateurs, l'animation de ces stages leur sert de révision et de perfectionnement, leur permettant ainsi de pratiquer les manoeuvres avec plus d'assurance et plus fréquemment. Ils semblaient également apprécier de sortir du cadre habituel de leurs activités en faisant ainsi la connaissance d'agents d'autres services et prennent goût à l'expérience pédagogique qui leur est offerte.

Comme obstacle majeur à la mise en application de ce qu'ils ont appris, les anciens stagiaires mettent souvent en avant des problèmes de communication et de temps.

Lorsqu'ils demandent de l'aide à des agents non formés, il faut que ces derniers obéissent aux instructions des manoeuvres. Or certains sont réticents ou ont du mal à changer leurs habitudes. De plus, il est parfois difficile d'expliquer une technique que l'on ne maîtrise pas toujours soi-même très bien. Ainsi, sur le moment, cela peut paraître long et fastidieux, mais il ne faut pas oublier qu'une technique parfaitement assimilée permet de gagner du temps.

L'isolement et le manque immédiat de temps empêchent bien souvent les agents de pouvoir demander conseil en cas d'hésitation sur une technique à un formateur ou à un autre agent formé. Ces problèmes sont surtout rencontrés par des agents qui viennent d'effectuer le stage. Le fait qu'une plus grande partie d'un même service soit déjà formée, permettrait aux agents arrivant de formation de pouvoir appliquer immédiatement ce qu'ils ont appris. Le bénéfice serait double car ils pourraient plus facilement demander conseil en cas de problème mais également réactualiser les connaissances de leurs collègues.

Qu'il s'agisse des animateurs ou des anciens stagiaires, tout le monde s'accorde pour dire que des sessions de remise à jour seraient bénéfiques. Elles permettraient de revoir des manoeuvres que l'oubli et le manque d'assurance ne permettent pas ou ne permettent plus d'appliquer.

Si cette formation est bien perçue et les manoeuvres assez souvent appliquées, nous constatons en revanche que seulement 21 agents sur 79 différencient les principes de base des techniques de manutention. Quand nous leur demandons de citer les principes, la majorité répond : retournements, voltes, ... D'autre part, 5 animateurs sur 12 font la même erreur. Pour ces derniers, cela semble plus grave et permet d'expliquer en partie la confusion entre principes de base et techniques chez leurs "élèves". Nous ne pouvons cependant en tirer aucune conclusion concernant la qualité de l'exécution des techniques tant pour les "21" qui savent que pour ceux qui confondent.

Il serait donc intéressant de faire sur le terrain une évaluation objective du personnel formé.

Nous voyons également l'intérêt d'insister sur les principes de base, non seulement pendant la formation mais également par la suite. Un des moyens de travailler et d'automatiser

ces principes est la pratique de la gymnastique préformative. Elle peut être effectuée avant la prise du poste de travail (83,6% des agents sondés y sont favorables), pendant les pauses ou à domicile. Si 8 animateurs se déclarent également en faveur de la mise en place d'un programme de gymnastique, ils en soulignent également les difficultés d'organisation qui sont dues notamment à la diversité des horaires que l'on trouve dans le milieu hospitalier. De plus, un tel programme a déjà été mené à la MMPA mais il a dû être abandonné par défection progressive des participants.

Ayant nous-mêmes assisté à un stage, nous avons constaté qu'à l'issue de celui-ci, les stagiaires se plaignaient déjà d'avoir oublié certaines techniques. 80,3% déclarent que 3 jours sont suffisants car à l'effort physique déjà assez important vient s'ajouter un effort de mémorisation. Notons que parmi toutes les techniques à retenir, certaines comme celles exécutées avec des sangles ne peuvent pas être mises en pratique dans les services faute de matériel.

En fait, les agents souhaiteraient voir la formation centrée sur leur propre service, c'est-à-dire que l'on insiste sur les pratiques qu'ils utilisent le plus souvent. Ils voudraient aussi que le stage se déroule au sein même du service. De plus, la mise à la disposition de tous d'un support écrit figurant les principales techniques serait souhaitable.

Enfin si on demande aux animateurs de quel type de complément de formation ils souhaiteraient bénéficier, c'est la pédagogie qui arrive en premier puis la manutention appliquée aux personnes âgées.

Parmi tous les agents formés, il existe une population particulière à plusieurs titres : les sages-femmes. En effet, du fait de leur qualification, les sages-femmes sont parmi les seuls employés qui ne peuvent changer de service à l'intérieur de l'hôpital. Il s'agit donc d'un service clos ayant peu de contacts avec le reste de l'établissement. De plus, aucun des 12 formateurs ne travaille en Gynécologie-Obstétrique. La rareté des malades lourds en Gynécologie n'implique que rarement le recours à des méthodes de manutention. Par contre en obstétrique, les sages-femmes doivent aider la majorité des femmes pour passer de leur lit à la table d'accouchement. Or il existe un important dénivelé entre le lit, dont la hauteur est fixe, et la table qui est large et dont la structure ne facilite pas l'accès. Dans ce cas, nous pensons que l'utilisation d'un lit à hauteur variable constituerait déjà un progrès considérable. Un autre problème particulier à ce service, qui est en fait plus un problème de posture que de

manutention, est ce que l'on appelle la mise au sein. Les sages-femmes sont assises au bord du lit et doivent maintenir le bébé contre le sein de la mère. La torsion et l'inclinaison du rachis rendent cette posture rapidement fatigante et douloureuse. Jusqu'à présent, aucune solution n'a été trouvée. C'est pour ces raisons que dans ce service plus encore que dans tout autre, les agents demandent une formation spécifique qui tienne davantage compte de leurs particularités. Nous voyons également dans ce cas l'intérêt pour les formateurs d'élargir l'étendue de leurs compétences, notamment en ergonomie.

Etant donné que nous ne disposons que d'un nombre restreint de questionnaires, l'analyse statistique doit être considérée avec beaucoup de réserves.

Cependant, elle semble montrer que ni l'âge ni la survenue éventuelle de pathologie rachidienne n'influence le degré de mise en application des techniques de manutention et que les formations reçues pendant la scolarité n'ont pas un rôle déterminant.

En revanche, il existe une tendance linéaire entre la catégorie professionnelle et le nombre de techniques appliquées ($V_{4-1} * V_{20-1}$). La différence des résultats pour les AS, IDE et SF est tout à fait cohérente, par contre le fait que les ASH prétendent que 75% d'entre elles utilisent la plupart des techniques apprises est pour le moins surprenant.

Il serait donc intéressant de pratiquer ce même genre de test statistique sur des populations plus importantes.

6. CONCLUSION

Nous constatons que la formation à la manutention des malades est bien perçue par le personnel qui la juge efficace et qui la met le plus souvent possible en application.

Si les stages se poursuivent toujours à un même rythme, la répartition du personnel formé dans les services doit rapidement devenir plus homogène et permettre une utilisation plus systématique des techniques.

Parmi les agents qui pratiquent déjà la manutention, une grande partie souhaite réactualiser ses connaissances. Mais qu'il s'agisse d'une initiation ou d'un rappel, il faut que les formateurs par une enquête préalable évaluent les besoins et particularités de chaque service afin d'adapter au mieux leur enseignement.

Nous avons vu aussi que la formation à la manutention manuelle ne peut pas apporter une solution à tous les problèmes. Le champ des aptitudes de ces formateurs qui sont en permanence sur le terrain devrait sans doute être étendu. En effet, la prévention des rachialgies passe par la promotion d'une ergonomie hospitalière qui tient compte non seulement de facteurs humains, mais aussi organisationnels et architecturaux.

Nous pouvons nous demander si la prophylaxie des rachialgies ne devraient pas commencer en amont du milieu du travail, c'est à dire au niveau scolaire par exemple, en intégrant une instruction à l'hygiène rachidienne au sein des programmes d'Education Physique et Sportive.

Enfin, nous avons été informés que depuis l'exposé des résultats de cette étude au mois de novembre 1995, certains formateurs ont déjà adapté leur enseignement en fonction des remarques émises. La « mise en question », au sens strict du terme, de cette formation n'a donc pas été vaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRIC M., MARTIN-ALLIER A., ODDON G. - Les techniques de manutention des malades: intérêt dans l'aide à l'autonomie des personnes âgées. - IZARD M.H. - Expériences en ergothérapie. - Paris : Masson, 1985. P 178-187. - Collection Rencontres en rééducation, 2.
2. CASSOU B., GUEGEN S. - Prévalence et facteurs de risque de la lombalgie : une enquête épidémiologique et rétrospective parmi le personnel d'un hôpital parisien. - Arch. Mal. Prof., 1985, 46, n°1 p23-29.
3. CHAPUT R. - Kinésithérapie et manutention. - Cahiers de Kinésithérapie, 1990, fascicule 145-146, n°5-6, p 11-15.
4. DOTTE P. - La manutention des malades et handicapés - Fascicule I : Education Gestuelle Spécifique - 1^{ère} éd. Paris : Maloine. 1982. - 177 p.
5. DOTTE P. - La manutention des malades et handicapés - Fascicule II : Applications Concrètes - 1^{ère} ed. Paris : Maloine. 1982.
6. DUVAL H. - La manutention des malades. Partie intégrante des soins. - Revue de l'Aide Soignante, 1990, 9, p 3-6.
7. DUVAL H., MARTINEZ Cl. -.Apprentissage des gestes et postures fondamentaux par la gymnastique préformative. - Cahiers de Kinésithérapie, 1990, fascicule 145-146, 5-6, p 29-23.

8. LEHMAN R. - La manutention des personnes malades et handicapées. -.Encyclopédie Médicale Chirurgicale (Paris, France). - Kinésithérapie, 26520 B¹⁰, 7-1987 - 5 p.
9. LEHMAN R. - Réussir l'enseignement de la manutention des malades et des handicapés : un problème d'ordre pédagogique. - Kinésithérapie Scientifique, 1988, 268, p25-36.
10. MOREL O. - Le milieu hospitalier et la formation en ergonomie appliquée au comportement physique. - Revue Française de Santé Publique. 1982, 32, p 61-63.
11. MORENO B., LEMPEREUR JJ. - La méthode de manutention des malades et handicapés. - Cahiers de Kinésithérapie, 1990, fascicule 145-146, 5-6, p 8-10.

ANNEXES

ANNEXE 1

Institut de Formation
en Kinésithérapie
de NANCY

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Elève à l'I.F.K. de NANCY, je dois effectuer au cours de mon stage un "travail écrit".

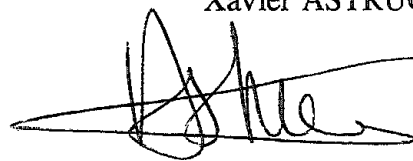
En accord avec M. PERRIN Daniel, moniteur cadre en masso-kinésithérapie, l'objectif de ce rapport est d'étudier la formation à la manutention des malades, dispensée au sein du Centre Hospitalier de REMIREMONT.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire qui vous est personnellement adressé. Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions, puis de faire parvenir le document rempli au service de rééducation.

Ce questionnaire restera strictement anonyme.

D'avance, nous vous remercions pour votre aimable collaboration.

Xavier ASTRUC



Stagiaire Kinésithérapeute

ENQUETE

AUPRES DES AGENTS AYANT PARTICIPE A LA FORMATION

A LA MANUTENTION DES MALADES.

1 - Quand avez-vous effectué votre stage ?

2 - Ce stage vous a-t-il été : - proposé ?
- imposé ?
- ou avez-vous été demandeur ?

3 - Qu'avez-vous retiré de cette cession de formation ? :

- une confirmation de vos procédés personnels
- une solution à certains de vos cas
- une nouveauté inconnue
- des complications superflues
- un gaspillage de votre temps
- un heureux moment de détente

4 - Vous appliquez les procédés qui vous ont été enseignés :

- la plupart
- peu
- aucun

- aisément
- avec hésitation
- difficilement

5 - Si vous n'appliquez pas ces procédés, pour quelles raisons ?

6- Avez-vous réussi à faire passer le message auprès de vos collègues ? :

- oui
- non

Si non, pourquoi ? : ...

7 - Quelle amélioration cette formation a-t-elle apporté dans votre travail ? :

- gain de temps
- diminution de fatigue
- " du mal de dos
- plus d'assurance
- aucune
- autre : ...

8 - Pensez-vous que ces techniques de manutention améliorent la sécurité et le confort du malade :

- beaucoup
- un peu
- pas du tout

et qu'elles contribuent à augmenter son autonomie :

- beaucoup
- un peu
- pas du tout

9- Estimez-vous que la durée du stage (3 jours) est :

- suffisante
- trop longue
- trop courte

10 - Une session de remise à jour serait-elle :

- nécessaire
- bien venue
- superflue

11 - Si vous rencontrez un problème de manutention des malades, demandez-vous conseil à une autre personne ayant suivi le stage ou à un formateur ?

- oui
 - non
- Si non, pourquoi :

12 - Quelle(s) amélioration(s) souhaiteriez-vous voir apporter à cet enseignement ?

.
.
.

13 - Citez quelques principes de base de manutention que vous appliquez : .

.
.

14 - Citez les techniques de manutention des malades que vous utilisez fréquemment :

.
.
.
.

15 - Appliquez-vous les règles générales de manutention chez vous, en dehors de votre travail

- systématiquement
- quand vous y pensez
- jamais

Dans ce cas, pourquoi ?

16- Avez-vous déjà été :

- | | | |
|---|-------|--------------------------|
| - sujet à des problèmes de mal de dos : | - oui | <input type="checkbox"/> |
| | - non | <input type="checkbox"/> |
| - arrêté dans votre travail pour cette raison | - oui | <input type="checkbox"/> |
| | - non | <input type="checkbox"/> |

17 - Pensez-vous qu'une petite séance de gymnastique serait bénéfique, avant de commencer votre travail ?

- | | |
|-------|--------------------------|
| - oui | <input type="checkbox"/> |
| - non | <input type="checkbox"/> |

18 - Durant vos études, avez-vous bénéficié de cours sur la manutention des malades ? :

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| - oui | <input type="checkbox"/> |
| Combien d'heures environ : | |
| - non | <input type="checkbox"/> |

19 - L'information théorique sur le rachis vous a-t-elle mieux fait prendre conscience des risques qu'encourt votre dos :

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| - oui | <input type="checkbox"/> |
| - non | <input type="checkbox"/> |
| - vous étiez déjà informé | <input type="checkbox"/> |

20- A quelle catégorie de personnel appartenez-vous ? :

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| - Sage-femme | <input type="checkbox"/> | - A.S.H. | <input type="checkbox"/> |
| - Manipulatrice Radio | <input type="checkbox"/> | - C.E.S. | <input type="checkbox"/> |
| - I.D.E. | <input type="checkbox"/> | - Kiné | <input type="checkbox"/> |
| - A.S. ou A.P. | <input type="checkbox"/> | | |
| - Travail de jour | <input type="checkbox"/> | - Sexe Féminin | <input type="checkbox"/> |
| - Travail de nuit | <input type="checkbox"/> | - Sexe Masculin | <input type="checkbox"/> |
| - Age : | | - Nombre d'années au
C.H. de REMIREMONT : | |

ANNEXE II

ENQUETE AUPRES DES AGENTS FORMATEURS A LA MANUTENTION DES MALADES

1 - Combien de sessions avez-vous déjà animées ?

2 - Pour vous quel est le but de cette formation ?

.
. .
. .
. .

3 - Que vous apporte l'animation de ces stages ?

.
. .
. .
. .

4 - Que vous a apporté la formation à la manutention des malades dans votre pratique professionnelle ?

.
. .
. .
. .
. .

5 - 3 jours de stage sont : - suffisants
 - insuffisants
 - trop longs

6 - Une session de remise à jour pour les stagiaires serait :

nécessaire
bien venue
superflue

Et pour vous ?

7 - Au terme des 3 jours de stage, quels sont :

a - les principes de base de manutention et

b - les techniques de manutention de malades les mieux assimilées ?

a) .

.
. .

b) .

.
. .

8 - Vous êtes sollicités en tant que référents : - souvent
- parfois
- jamais

9 - Etes-vous favorable à l'établissement d'un programme de gymnastique au sein des services ?

oui

non

Si oui, de quel ordre ?

.
. .
. .

10 - L'organisation de ce stage vous satisfait-elle ?

oui

non

Si non, que proposez-vous ?

.
. .
. .
. .

11 - Aimeriez-vous bénéficier d'un complément de formation pour assurer cet enseignement ?

oui

non

Si oui, de quel ordre ?

.
. .
. .

12 - A quelle catégorie de personnel appartenez-vous ?

Fonction :

Sexe :

Age :

ANNEXE III

SESSION

..... *Evaluation*

.....
par
Stagiaire



- 1) J'ai retiré de cette session de formation :
- une confirmation de mes procédés personnels
 - une solution à certains de mes cas
 - une nouveauté inconnue
 - des complications superflues
 - un gaspillage de mon temps
 - un heureux moment de détente

- 2) Dans mes fonctions habituelles et strictement par moi-même, et pour moi-même :
Je pense pouvoir appliquer la plupart des techniques :
- aisément
 - avec hésitation
 - difficilement
 - pas du tout
 - avec réflexion
- et ceci parce que :

- 3) Dans mes fonctions habituelles, pour mes collègues :
Je pense réussir à démontrer les techniques les plus demandées :
- aisément
 - avec hésitation
 - difficilement
 - pas du tout
 - avec application
- et ceci parce que :

- 4) Les problèmes de manutention des malades que je voulais voir solutionnés :
ont été réglés :
- entièrement
 - suffisamment
 - insuffisamment
 - pas du tout
- pourquoi :

5) Réflexions personnelles :

Ecrivez lisiblement

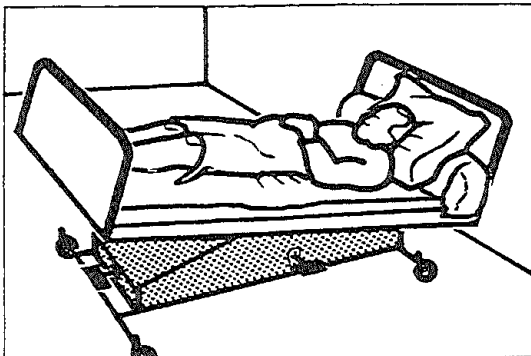
Soyez brefs

Séparez distinctement vos diverses remarques (intendance, ambiance, etc.)

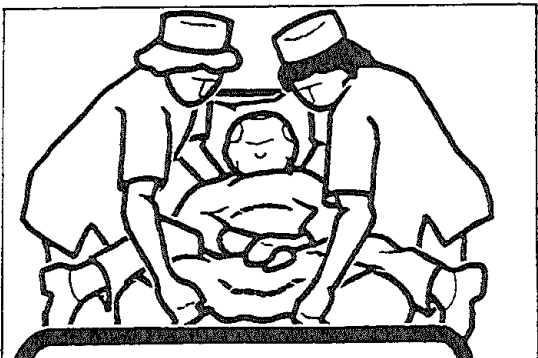
Merci.

REHAUSSEMENT

**direct, en déclive,
contrôlé, 2 soignantes.**



1
Mettre à plat les segments du lit.
Basculer le lit en déclive*.



3
— avec sa main libre, écarter et plier le genou du malade, ("en grenouille").

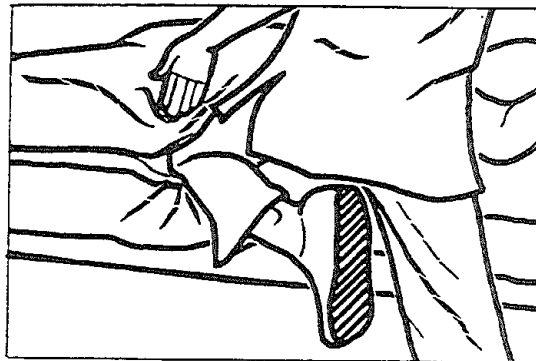


5
Ensemble, au signal de A :
— créer, un effet de cuvette en enfonçant son genou dans le matelas ;
— redresser la voûte en effectuant un geste d'archet ;
— tracter par la cuillère fessière.

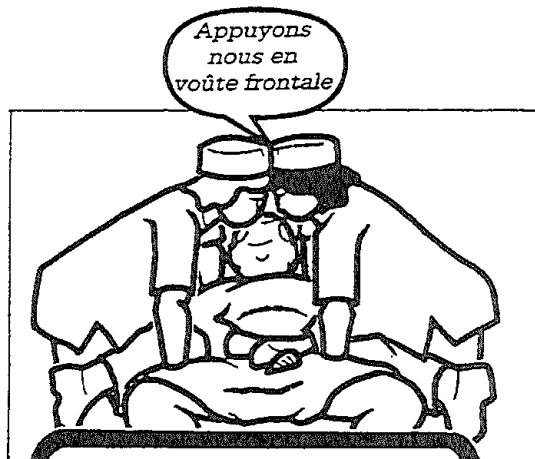
* Tenir compte du confort du malade, et surtout d'éventuelles contre indications médico-chirurgicales.

D'après DOTTE
La manutention des malades
et des handicapés

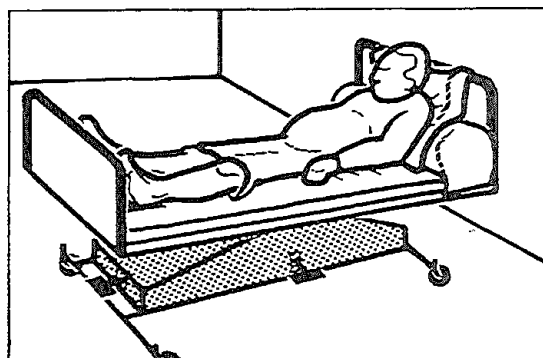
Malade couché sur le dos, trop loin vers le bout du lit.
Soignantes face à face, de part et d'autre du lit.



2
Pour chaque soignante :
— glisser une cuillère sous l'omoplate ;
— placer ce genou contre le flanc et au contact du coude du malade, sans coincer le vêtement ;



4
— placer une cuillère fessière ;
— établir une voûte frontale.



6
Répéter la procédure si l'emplacement recherché n'est pas atteint.
Progresser à chaque fois pour déplacer l'effet de cuvette et bénéficier de l'effet de balancelle.
Remettre le lit dans sa position initiale.

ANNEXE V

ERGONOMIE
GESTES ET POSTURES

INRS

STATISTIQUES 1993

par branche d'activité

ACTIVITE	NB de SALARIES	Accidents arrêt + 24 h	Manipul. transport manuel	%
Métallurgie	2 059 907	106 245	40 723	38
Bâtiment T.P.	1 146 924	142 255	46 043	32
Bois	315 793	26 125	9 586	37
Chimie	287 680	7 118	2 222	31
Pierre & Terre à feu	167 453	12 658	4 786	38
Caoutchouc et papier	170 716	9 134	3 255	36
Livre	248 289	7 613	2 436	32
Textile	131 512	5 819	1 897	37
Vêtement	182 044	5 106	1 450	28
Cuir et Peaux	64 971	2 000	632	32
Eau Gaz Electricité *	53 352	2 960	914	31
Commerce Alim.	1 169 019	77 287	22 790	30
Transport Manutention	653 618	51 043	15 586	30
Commerce non Alim.	1 555 355	44 881	15 720	35
Inter-Professionnel	5 933 296	175 688	42 507	24
TOTAL	14 139 929	675 932	213 547	31,6

* y compris agents temporaires mais non statutaire EDF-GDF

ANNEXE VI

STATISTIQUES 1991

COUT DES A.T.

Coût moyen brut d'un AT avec arrêt de plus de 24 h 00 :

11 811 F

Coût moyen brut d'un AT Grave (avec IPP > 10 %) :

426 037 F



STATISTIQUES 1993

Pour **14 139 929** salariés
du Régime Général
de la Sécurité Sociale

675 932 accidents
avec arrêt de + 24 h

53 077 accidents graves

855 décès

Pour la manutention manuelle

213 547 accidents soit
31,6 % de l'ensemble

dont

170 625 avec objets en cours
de manipulation

42 922 avec objets en cours
de transport manuel