

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉGION LORRAINE  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE  
NANCY

**ÉDUCATION DES AIDANTS CONCERNANT LA  
MANUTENTION DES PERSONNES  
DÉPENDANTES À LEUR DOMICILE.**

Élaboration d'un livret d'informations à l'attention des  
aidants.

Mémoire présenté par **Aurélie BLAES**  
étudiante en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'État  
de Masseur-kinésithérapeute  
2014-2015.

## SOMMAIRE

Page

RÉSUMÉ

GLOSSAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	2
3. ÉTAT DES LIEUX:	
3.1. La dépendance.....	2
3.1.1. Le handicap et la dépendance.....	2
3.1.2. Les situations de dépendance.....	3
3.1.2.1. Les déficiences.....	3
3.1.2.2. La pénibilité au travail.....	3
3.1.2.3. Les accidents et les maladies.....	4
3.1.2.4. Le vieillissement.....	4
3.1.2.5. L'âge.....	4
3.2. Le maintien à domicile : une solution privilégiée.....	4
3.2.1. Le développement de l'offre de soins à domicile.....	4
3.2.2. La croissance de la population âgée.....	5
3.2.3. Les difficultés de placement en institution.....	6
3.2.4. La volonté du patient et de ses proches.....	6
3.3. Les soins informels.....	7
3.3.1. Définitions.....	7
3.3.2. Les caractéristiques socio-démographiques.....	7
3.3.3. La reconnaissance des aidants dans la société.....	8
3.3.4. Les atouts des soins informels.....	8
3.4. Les soins formels.....	9
3.5. Le masseur-kinésithérapeute et la prévention de la santé des aidants.....	10
4. INTÉRÊTS DE LA TRANSMISSION DES PRINCIPES DE MANUTENTION	
AUX AIDANTS	
4.1. La manutention des personnes.....	10
4.1.1. Définitions et fondements.....	11
4.1.2. Anatomie et biomécanique fonctionnelle du rachis.....	11
4.1.3. Étiologie fonctionnelle du mal de dos.....	12
4.1.3.1. La charge physique.....	12
4.1.3.2. La charge mentale.....	13
4.1.3.3. Les facteurs individuels.....	14

4.1.4.	Principes fondamentaux.....	14
4.2.	Les bénéfices spécifiques aux aidants et aidés.....	16
4.2.1.	Préserver la santé des aidants.....	16
4.2.2.	Favoriser l'autonomie de la personne aidée.....	17
4.2.3.	L'aspect relationnel.....	17
4.2.4.	Améliorer la qualité des soins informels.....	18
4.2.5.	Réduire la charge ressentie par un accompagnement renforcé par le masseur-kinésithérapeute.....	18
5.	<b>ÉLABORATION DU LIVRET D'INFORMATION</b>	
5.1.	Préparation.....	20
5.1.1.	Méthodologie.....	20
5.1.2.	Public cible et objectifs du livret.....	20
5.1.3.	Modalités d'utilisation et stratégie de diffusion.....	21
5.2.	Conception.....	21
5.2.1.	Principes de présentation et de rédaction.....	21
5.2.2.	Contenu.....	22
5.2.2.1.	Introduction.....	22
5.2.2.2.	Qu'est-ce que la manutention des personnes ?.....	22
5.2.2.3.	Quelques notions d'anatomie.....	23
5.2.2.4.	Des outils pour mieux comprendre votre dos.....	23
5.2.2.5.	Les principes de la manutention des charges.....	23
5.2.2.6.	Généralités sur la manutention des personnes.....	23
5.2.2.7.	La prévention des chutes.....	24
5.2.2.8.	Les aides techniques.....	24
5.2.2.9.	Quelques conseils pour prendre soin de vous.....	25
5.2.2.10.	Pour en savoir plus.....	25
6.	<b>DISCUSSION</b> .....	25
7.	<b>CONCLUSION</b> .....	30
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
	<b>ANNEXES</b>	

## RÉSUMÉ

Notre étude a pour but de déterminer les intérêts de l'éducation des aidants concernant la manutention des personnes dépendantes à leur domicile, par le masseur-kinésithérapeute.

La dépendance est une problématique actuelle dans le domaine de la santé publique. La prise en charge des personnes concernées en dehors des institutions spécialisées est possible, grâce à l'action conjointe des professionnels de santé et de l'entourage.

L'accompagnement des aidants s'est développé depuis ces quinze dernières années, mais il reste encore insuffisant. Ces derniers aimeraient avoir la possibilité d'apprendre les gestes adaptés à la réalisation des soins et à la prévention de leur santé. Ils sont notamment amenés à assister quotidiennement leurs proches lors des transferts, alors qu'ils n'ont le plus souvent aucune formation, aucun accès à une documentation qui leur est spécifique.

Le masseur-kinésithérapeute, qu'il soit libéral ou salarié, peut remédier à ce problème, en proposant une éducation des aidants concernant la manutention des personnes. L'application des principes et techniques de ce concept peut améliorer la qualité de vie des aidants et des aidés en engendrant à la fois des bénéfices sur les plans physiques et psychiques. Le développement de cette action par l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes permettrait de renforcer le soutien donné aux aidants et ainsi de favoriser les effets positifs de cette aide informelle pour la société.

Nous avons donc réalisé un livret d'informations sur la manutention des personnes à l'attention des aidants. Ce document a été testé afin de déterminer s'il est en concordance avec les besoins et les attentes du public visé. Cela nous a permis de faire un parallèle entre les informations obtenues de façons théorique et pratique et ainsi d'analyser l'ensemble de notre démarche.

Les mots clés utilisés sont :

- en français : manutention, aidants, personnes dépendantes, domicile,
- en anglais : handling, caregivers burden, homebound person.

## GLOSSAIRE

- AFA : Association Française des Aidants.
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale.
- CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale.
- CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé.
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination.
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
- EHPAD : Établissement d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes.
- GIR : Groupes Iso-Ressources.
- HAD : Hospitalisation À Domicile.
- HAS : Haute Autorité de Santé.
- INED : Institut National d'Études Démographiques.
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.
- MK : Masseur-kinésithérapeute.
- MMM : Méthode de Manutention des Malades.
- NEM : Niveaux d'Évolution Motrice.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- PCH : Prestation de Compensation du Handicap.
- SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.
- SAP : Services d'Aide à la Personne.
- SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale.
- SESSAD : Services d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile.
- SIP : Santé et Itinéraire Professionnel.
- SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance.
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile.
- URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.

## 1. INTRODUCTION

Le choix du sujet de notre mémoire est basé sur notre parcours en tant que stagiaire, mais aussi sur notre expérience personnelle.

Par exemple, avant de débiter une séance en chambre dans un centre de médecine physique et de réadaptation, la fille de la patiente que nous devions prendre en charge était présente. Cette dernière nous fit part de son inquiétude quant au retour à domicile de sa mère, qui ne pouvait se déplacer et effectuer ses transferts seule. Elle nous demanda de lui apprendre des techniques appropriées pour agir en sécurité. Nous lui avons donc montré des gestes adaptés. Des membres de notre entourage ont notamment été confrontés à ce même problème, sans savoir qu'ils pouvaient demander des conseils aux professionnels de santé ou sans en avoir eu l'occasion de le faire.

Nous avons également pu participer, au cours d'un stage dans un établissement hospitalier, à deux formations sur la manutention des personnes, organisées par un masseur-kinésithérapeute (MK) diplômé d'État. La première était destinée à des élèves aide-soignantes, la deuxième à des membres du personnel soignant diplômés. Dans les deux cas, les bases de la méthode de manutention des malades ne semblaient pas évidentes, d'où l'utilité d'un apprentissage préalable et de piqûres de rappel. Les proches des patients dépendants peuvent, pourtant, être amenés à effectuer quotidiennement des gestes se rapportant à la manutention des personnes, alors qu'ils ne bénéficient d'aucune formation.

Cela nous a amené à nous demander s'il n'est pas nécessaire d'apporter davantage d'informations concernant la manutention des personnes, aux aidants des personnes dépendantes. Par le biais de notre étude, nous cherchons donc à démontrer les intérêts de l'éducation des aidants dans ce domaine par le MK. En premier lieu, nous avons analysé les résultats de nos recherches bibliographiques concernant notre problématique. Dans un second temps, nous avons détaillé l'élaboration du livret d'informations que nous avons réalisé et qui se trouve en annexe. Enfin, nous avons testé le document réalisé, ce qui nous a permis d'évaluer l'ensemble de notre réflexion et démarche.

## 2. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Notre étude a pour but d'établir les intérêts de l'éducation des aidants par le MK, concernant la manutention des personnes dépendantes. De nombreuses bases de données ont été consultées pour mener à bien notre projet. Il s'agit de kinedoc, réédoc, em-premium, cochrane library, sudoc, pubmed, pedro et google scholar. Des sites internet ont également été consultés : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), [www.insee.fr](http://www.insee.fr), [www.ined.fr](http://www.ined.fr), [www.inpes-sante.fr](http://www.inpes-sante.fr), [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr), [www.aidants.fr](http://www.aidants.fr). Nous avons restreint la période de recherche de 2004 à nos jours. Les mots clés utilisés sont :

- en français : manutention, aidants, personnes dépendantes, domicile,
- en anglais : handling, caregivers burden, homebound person.

Nous avons obtenu 3 619 résultats et en avons retenus 278, en nous basant sur leurs références. Puis en analysant les résumés des articles et sommaires des ouvrages, nous en avons conservés 88 que nous avons étudiés. Les plus pertinents ont été inclus dans la bibliographie. Celle-ci se compose de 57 documents francophones et 17 articles anglophones. En ce qui concerne la gradation des études issues de la littérature scientifique, nous avons estimé que 3 articles sont de niveau 1 (3 méta-analyses), 10 de niveau 2 (8 études de cohorte, 1 étude randomisée comparative, 1 étude non randomisée comparative), 2 de niveau 3 (études cas-témoins), 2 de niveau 4 (1 rapport d'expert et 1 étude de cas).

## 3. ÉTAT DES LIEUX

### 3.1. La dépendance

#### 3.1.1. Le handicap et la dépendance

D'après la loi du 24 janvier 1997, instaurant une prestation spécifique pour la dépendance, ce terme désigne « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière », législation française, [1].

Le handicap, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), est « un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation » [2].

Le terme « handicap » est donc multidimensionnel et ne se rapporte pas spécifiquement à une situation de dépendance.

Toutes les personnes en situation de handicap ne sont pas forcément dépendantes, mais certaines ont besoin de l'aide d'un tiers, en raison de l'impossibilité de remédier, par d'autres moyens, à leurs incapacités à réaliser les activités élémentaires du quotidien [1], [2], [3].

### 3.1.2. Les situations de dépendance

Aucune étude n'établit avec précision les facteurs de risques de dépendance [3]. Néanmoins, de nombreux éléments semblent y être liés.

#### 3.1.2.1. Les déficiences

Dans une première étude, « douze profils à risque de handicap », Montant (DREES) et Cambois (INED), [4] ont été analysés, au sein de la population active, la participation à la vie sociale étant mesurée, entre autres, par les activités de la vie quotidienne. Parmi les profils concernés, les déficiences motrices au niveau des membres inférieurs, des quatre membres, celles d'origine intellectuelles et celles touchant l'ensemble des fonctions mentales engendrent le plus fréquemment des difficultés dans la réalisation des actes du quotidien (voir annexe I).

#### 3.1.2.2. La pénibilité au travail

Les conditions de pénibilité au travail jouent également un rôle dans l'établissement des situations de dépendance à long terme [5], [6], [7]. D'après l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP), à partir de cinquante ans, les personnes ayant travaillé au moins dix ans et ayant été exposées à au moins un facteur de pénibilité professionnelle (travail de nuit, activité physiquement épuisante, tâche répétitive, exposition à des agents toxiques) ont plus fréquemment des limitations dans leurs activités quotidiennes.

Parmi cette population, les hommes sont le plus souvent concernés (63 %), mais les femmes ne sont pas épargnées pour autant (50 %), les répercussions étant variables en fonction du sexe et de l'individu. De plus, 58 % des ouvriers contre 17 % des cadres sont exposés, sur quinze ans ou plus [5].

### 3.1.2.3. Les accidents et les maladies

En cas d'accident, les répercussions peuvent être brutales. Selon le degré de gravité, il peut s'agir d'une cause de dépendance sévère [6].

De même, les maladies chroniques comme le cancer, les pathologies cardio-vasculaires et la comorbidité font partie intégrante de notre société. Des incapacités à réaliser les gestes du quotidien peuvent en découler, aussi bien directement que de façon indirecte [6], [8].

### 3.1.2.4. Le vieillissement

Il paraît logique que la probabilité d'acquérir des limitations fonctionnelles augmente avec l'âge, tout comme leur gravité [3], [4], [6], [7], [9]. Sous l'effet du vieillissement, les causes d'incapacités se cumulent, notamment celles entravant la mobilité de l'individu [4], [9].

### 3.1.2.5. L'âge

La prévalence et les causes de dépendance diffèrent selon l'âge des individus [4], [9].

- Les plus jeunes comptent une minorité de personnes dépendantes et souffrent surtout de graves problèmes comportementaux, mentaux, intellectuels.
- A partir de la quarantaine, la population concernée est plus conséquente et présente plutôt des limitations motrices et/ou cognitives.
- Les sujets octogénaires et plus âgés associent souvent les deux.

## 3.2. Le maintien à domicile : une solution privilégiée

Face à une situation nécessitant l'aide d'un tiers, deux solutions s'offrent à la personne concernée : le placement en institution ou le maintien à domicile. Ce dernier n'est possible que s'il n'entrave pas la santé ainsi que la sécurité de l'individu. Le maintien à domicile semble aujourd'hui une solution privilégiée [10]. Il nous paraît pertinent d'en rechercher les causes.

### 3.2.1. Le développement de l'offre de soins à domicile

L'offre des soins à domicile est croissante depuis les années 2000 et s'est également beaucoup diversifiée. Nous pouvons citer par exemple [11] :

- les Services d'Éducation Spéciale et de Soins À domicile (SESSAD), concernant les enfants handicapés de moins de 20 ans,
- les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAMSAH et SAVS)
- les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)
- les Services d'Aide à la Personne (SAP)
- l'Hospitalisation À Domicile (HAD)

Le recours à ces services est fortement encouragé par les organismes tels que les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) entre autres [12].

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes âgées et la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), pour les personnes devenues dépendantes avant l'âge de 60 ans, peuvent être délivrées par le conseil général pour la mise en place d'aides et de soins à domicile [13], [14].

### 3.2.2. La croissance de la population âgée

Le maintien à domicile va continuer à évoluer en France, principalement du fait du vieillissement de la population. Ce phénomène s'explique par l'avancée en âge des générations du baby-boom et par l'augmentation de l'espérance de vie [3], [15], [16], [17].

Ainsi, à l'horizon 2060, il devrait y avoir en France, 10 millions de personnes de plus de 60 ans supplémentaires, sur 73,4 millions d'habitants. Aux niveaux national et continental, les plus de 60 ans représenteraient un tiers de la population [15], [18].

Étant donné que la prévalence de la dépendance est plus importante aux âges les plus élevés, le nombre de personnes âgées présentant des incapacités dans la vie quotidienne et nécessitant l'aide d'un tiers va nécessairement augmenter. Il devrait croître de 50 % jusqu'en 2040 [3]. De plus, l'espérance de vie des personnes en situation de handicap va aussi progresser au fil des années [19]. Il devrait y avoir entre 4,32 et 5,76 millions de retraités nécessitant au moins une aide à leur domicile et 2,3 millions de personnes dépendantes [3], [8].

### 3.2.3. Les difficultés de placement en institution

Les places en structure sont limitées [10], [20]. 657 000 individus âgés ont été pris en charge en institution en 2007, dont 6500 en maisons de retraite, 2800 en logements-foyers et 900 en long séjour [21], [22].

L'APA ou la PCH qui sont attribuées uniquement pour gérer les dépenses liées à une situation de dépendance ou de handicap, ne couvrent qu'une partie des frais de résidence dans un établissement. Si les revenus d'un résident et/ou de ses obligés alimentaires, ne permettent pas de prendre en charge le montant des frais d'hébergement restant, il peut prétendre à une aide sociale [22], [23], [24]. Cependant, certaines institutions n'ont pas signé l'accord correspondant aux modalités de financement de cette prestation par le conseil général. Ils ne sont donc pas habilités à accueillir les bénéficiaires. De ce fait, 36 % des Établissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et 75 % des structures assimilées peuvent refuser les personnes dépendantes n'ayant pas d'autres moyens de financement [21].

En 2008, plus de 70 % des dépenses de l'Etat Français consacrées à la prise en charge de la dépendance étaient destinées aux institutions [22]. En effet, par exemple, le coût moyen d'un résident dans un EHPAD est de 2780,18 euros par mois, alors que le tarif maximal accordé au titre de l' APA à domicile est de 1312,67 euros par mois [13], [25]. Les modalités de maintien à domicile sont donc également en cours de développement pour permettre de réduire le coût pour les familles et les pouvoirs publics [10], [22].

### 3.2.4. La volonté du patient et de ses proches

En dehors de la maîtrise des coûts, le maintien à domicile est un facteur favorisant la dignité humaine et la socialisation [11], [26]. Les français désirent vivre chez eux auprès de leurs familles et vice et versa [3], [10], [11], [19].

Selon une enquête destinée aux aidants [27], 54 % ne se verraient pas confier leurs proches de façon permanente et 58 % ne voudraient pas se faire remplacer par quelqu'un d'autre. En effet, le maintien à domicile peut permettre de vieillir chez soi, de ne pas forcément se séparer de son enfant parce qu'il est en situation de handicap, de poursuivre ses projets malgré la maladie et d'éviter les contraintes liées à une hospitalisation complète [11].

### 3.3. Les soins informels

#### 3.3.1. Définitions

La terminologie est multiple : soins informels, aidant, aidant naturel, aidant familial, accompagnant, aidant proche, proche, entourage, entre autres [8], [19], [28], [29].

La charte européenne COFACE-Handicap établit la définition officielle : « L'aidant familial est la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide peut être prodiguée de façon permanente ou non. » [30]. D'autres définitions ont été données par des organismes spécifiques [3], [19], [31], [32].

#### 3.3.2. Les caractéristiques socio-démographiques

Actuellement, la France compte 8,3 millions d'aidants de 16 ans et plus [19], [33], [34]. Les profils sont aussi diversifiés que les situations de dépendance, mais il se dégage tout de même des tendances. Les résultats de plusieurs enquêtes démontrent que plus de la moitié des aidants sont des femmes et sont âgés de plus de 50 ans. Il s'agit, la plupart du temps d'un membre de la famille, étant respectivement, le plus fréquemment, un enfant, le conjoint ou un parent. La majorité d'entre eux occupe un emploi. Parfois, ils sont contraints d'aménager leur activité, voire même d'y renoncer pour assurer pleinement leur rôle. L'aide ne provient le plus souvent que d'un seul proche [19], [26], [31], [33], [35].

A l'avenir, nous devrions observer une augmentation de la population d'aidants potentiels, les personnes dépendantes étant relativement plus entourées. Cependant, la proportion de personnes pouvant réellement prodiguer une aide devrait diminuer. En effet, la prévalence devrait être plutôt masculine. Pour l'instant, les hommes semblent moins à l'aise que les femmes. De plus, il y a un risque que les conjoints deviennent eux-même dépendants, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et du phénomène de vieillissement [36]. Demain, encore plus qu'aujourd'hui, les dispositifs d'aide aux aidants devraient être renforcés, surtout en ce qui concerne la prévention de leur santé [26], [32].

### 3.3.3. La reconnaissance des aidants dans la société

Les politiques mises en place au sein des Etats Européens et leur évolution sont différentes. Depuis les années 1990, les pays scandinaves estiment que les soins informels doivent être reconnus et complémentaires des soins formels. Avant les années 2000, les pays du sud et de l'ouest de l'Europe considéraient cette aide comme une forme de solidarité intergénérationnelle, sans lui accorder un réel statut. En France, la reconnaissance de l'importance du rôle des aidants et de leurs besoins n'est croissante que depuis ces quinze dernières années. En effet, c'est également à ce moment que le maintien à domicile paraît économiquement favorable et conforme à la volonté des patients [29], [37].

C'est davantage le secteur médico-social qui assure un soutien aux aidants, notamment par le biais du domaine associatif. Dans la majorité des cas, il concerne surtout les patients déments ou ayant une pathologie très spécifique. La mise en œuvre de projet regroupant l'ensemble des aidants, permettrait d'obtenir des résultats de qualité à une plus grande échelle [19], [29], [33], [37].

### 3.3.4. Les atouts des soins informels

Ils constituent un véritable renfort national, une preuve de la solidarité intergénérationnelle, ayant des effets bénéfiques sur l'économie du pays. Sans ces soins, la prise en charge des personnes fragiles s'avérerait difficile [8], [10], [19], [29].

Leur action diminue le besoin de recours aux professionnels, qui ne sont pas assez nombreux et permet ainsi le maintien à domicile des personnes dépendantes [8], [10], [19], [29], [31]. D'après l'enquête handicap-santé de l'INSEE (2008), concernant les personnes âgées, le nombre médian d'heures effectuées par un professionnel est de 35 minutes contre 1h40 pour l'entourage qu'il soit cohabitant ou non (tab. I) [35]. Selon l'enquête du partenariat éducatif de Grundtvig réalisée en 2010, un tiers des aidants de proches dépendants (sans restrictions d'âge) assure une veille permanente et un sur deux intervient la nuit [38].

Le coût de cette aide, est bien inférieur à la rémunération qu'il faudrait verser aux professionnels qui devraient intervenir beaucoup plus fréquemment. En effet, un aidant sur dix seulement est rémunéré via l'APA de son proche [22].

Ni le conjoint, ni le concubin d'une personne dépendante et ni l'obligé alimentaire d'un individu en situation de handicap ne peuvent être salariés, excepté si le handicap est total et nécessite une surveillance constante. Seul l'aidant familial d'une personne handicapée peut être dédommagé en plus de la PCH, d'un montant inférieur au SMIC [39] :

- tarif de base : 50 % du SMIC horaire soit 3,62 €/h,
- renoncement partiel ou total de l'activité professionnelle : au maximum 933,36 € par mois,
- aide totale en plus d'une présence constante : au maximum 1120,03 € par mois.

Une inscription auprès de l'URSSAF est nécessaire. Le règlement des cotisations de sécurité sociale ainsi que le paiement d'impôts s'imposent.

En plus de ces atouts économiques et sociaux, le soutien apporté peut renforcer la complicité entre les membres de la famille [31], [35], [40].

Tableau I : Nombre médian d'heures d'aide fournies par jour aux personnes âgées dépendantes, selon leur degré de dépendance INSEE [35]

	Aide des professionnels	Aide de l'entourage	Aide de l'entourage non cohabitant	Aide de l'entourage cohabitant	Au moins une aide des professionnels ou de l'entourage
Tous	0h35 (0h15 - 1h15)	1h46 (0h35 - 4h00)	1h00 (0h25 - 2h00)	2h10 (0h45 - 4h30)	1h20 (0h25 - 3h30)
GIR 1-2	2h10 (1h00 - 4h00)	5h15 (2h45 - 10h00)	2h00 (1h00 - 3h45)	3h40 (2h45 - 10h15)	7h30 (4h00 - 12h30)
GIR 3	1h25 (0h45 - 2h20)	4h00 (2h00 - 6h30)	2h00 (1h00 - 4h20)	4h15 (2h45 - 6h45)	4h15 (2h25 - 7h30)
GIR 4	0h55 (0h25 - 1h35)	2h00 (0h55 - 4h20)	1h00 (0h25 - 2h40)	2h00 (1h00 - 4h30)	2h00 (1h00 - 4h30)
GIR 5-6	0h25 (0h15 - 0h50)	1h10 (0h25 - 2h30)	0h50 (0h20 - 1h40)	1h40 (0h40 - 3h30)	0h40 (0h25 - 2h00)

#### 3.4. Les soins formels

Les soins formels correspondent aux actes professionnels. Les intervenants sont les médecins, les auxiliaires médicaux dont les MK et les professions sanitaires et sociales rémunérées comme les auxiliaires de vie [11], [41].

Le recours à des professionnels du soin s'accroît avec l'âge et le degré de dépendance. En France, il y a plus de personnes bénéficiant uniquement de soins informels que de soins formels, mais une part intermédiaire profite d'une aide mixte [28], [38].

Les personnes dépendantes et leur entourage devraient bénéficier au minimum, d'une surveillance constante de leur santé, par le corps médical et paramédical [42].

L'intervention de professionnels peut se faire par l'intermédiaire de soins à domicile. Cependant, leur répartition est inégale sur l'ensemble du territoire [11].

Les soins de premiers recours, comprenant les cabinets des MK, sont également localisés de façon irrégulière selon les régions. D'ailleurs, ils ne sont pas toujours accessibles en raison d'une forte demande qui implique que les rendez-vous soient souvent étalés dans le temps [41].

### 3.5. Le masseur-kinésithérapeute et la prévention de la santé des aidants

Selon les résultats d'une enquête nationale adressée aux aidants, 41 % d'entre eux estiment ne pas être assez informés par les services compétents [33]. La plupart des proches aimeraient être plus impliqués dans les soins et le suivi thérapeutique [8], [27], [43]. Certains apprécieraient que les professionnels les aident à assimiler des gestes bénéfiques pour les personnes dépendantes et qu'ils leur proposent des alternatives pour préserver leur propre santé [8], [27], [34], [43]. Dans une autre enquête, des « douleurs dorsales liées au portage des personnes présentant un handicap moteur » sont exprimées. Pour y pallier, il y est « suggéré l'idée d'un "fascicule" servant de guide » et d'une formation aux transferts, CREAI Rhône-Alpes [31].

Le MK peut parfaitement répondre à ce besoin, en éduquant les aidants au sujet des principes de manutention des personnes, comme il le fait déjà pour d'autres professionnels. La formation et la prévention font partie de son décret de compétences [44], [45].

## 4. INTÉRÊTS DE LA TRANSMISSION DES PRINCIPES DE MANUTENTION AUX AIDANTS

### 4.1. La manutention de personnes

Nous proposons de décrire uniquement les éléments essentiels et nécessaires à la compréhension de notre étude, ainsi qu'à la résolution de notre problématique.

#### 4.1.1. Définitions et fondements

La manutention manuelle de charge renvoie à « toute opération de transport ou de soutien d'une charge [...] qui exige l'effort physique d'un ou plusieurs travailleurs », législation française, [46]. Face aux nombreuses difficultés du personnel soignant, Paul Dotte décida en 1965 d'extrapoler ce concept aux malades et aux personnes à mobilité réduite. Il synthétisa l'ensemble de ses connaissances pour constituer la « méthode de manutention des malades (MMM) », qui « est un ensemble coordonné de procédés pratiques concernant les divers déplacements nécessités par les soins et les activités de la vie quotidienne » Dotte, [47]. Le premier objectif de la manutention des personnes a été la prévention des douleurs rachidiennes des soignants [47]. Afin d'en comprendre l'origine, nous choisissons de développer quelques points d'anatomie et de biomécanique fonctionnelle.

#### 4.1.2. Anatomie et biomécanique fonctionnelle du rachis

Le rachis allie à la fois rigidité permettant la protection de la moelle épinière, stabilité en assurant l'amortissement des contraintes et souplesse en favorisant la cinétique. Il est médian et vertical dans le plan frontal, neutre dans le plan transversal.

Il est sagittalement composé de quatre courbures, qui correspondent aux quatre segments comprenant respectivement, 7 vertèbres cervicales, 12 thoraciques, 5 lombaires et la partie pelvienne composée de cinq vertèbres sacrées en plus de 4 à 6 coccygiennes atrophiées [48], [49], [50]. Bien qu'il existe des variations propres à chaque étage, la structure de base est celle de la vertèbre type (fig. 1) [49], [51].

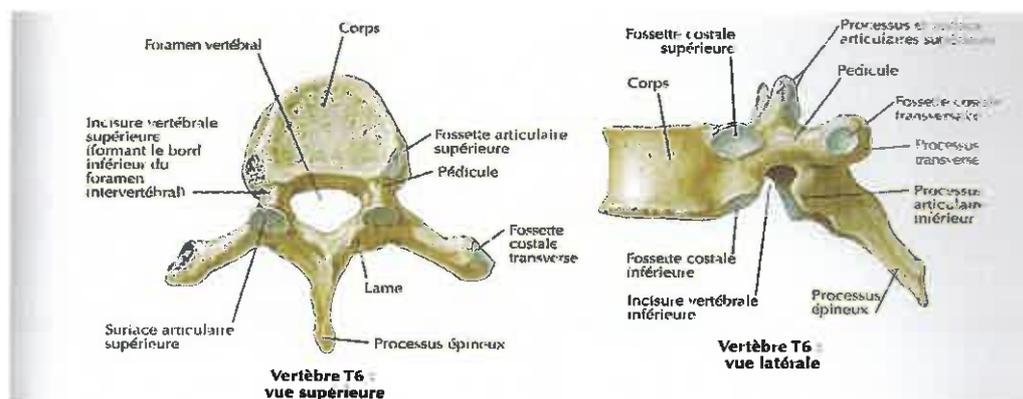


Figure 1 : T6 est représentative d'une vertèbre type, Franck H. Netter, MD, [51]

Chaque vertèbre est reliée à la sous-jacente par un disque intervertébral, à l'exception de la première cervicale, des zones sacrées et coccygiennes. Le disque intervertébral est constitué de deux structures : le nucléus pulposus au centre, plus proche de la paroi postérieure, et l'annulus fibrosus, composé de lamelles concentriques, d'autant plus verticales qu'elles se rapprochent de la périphérie. La composante hydraulique de ces constituants engendre un état de précontrainte, permettant de répartir et amortir les pressions [49], [50].

Les vertèbres lombaires sont les plus massives, car elles supportent les contraintes les plus importantes au niveau de la zone de transition entre le tronc et le train porteur. D'ailleurs, la hauteur des corps vertébraux et des disques intervertébraux est croissante du haut vers le bas, à l'exception de la structure intervertébrale lombo-sacrée, moins haute en arrière qu'en avant du fait d'un état de précontrainte plus marqué [48], [50]. Les muscles spinaux sont également renforcés en zone lombaire, par les muscles psoas et le caisson abdominal en avant [48], [49], [50].

Les mouvements possibles sont la flexion, l'extension, les inclinaisons et les rotations [48], [49], [52].

#### 4.1.3. Étiologie fonctionnelle du mal de dos

La rachialgie est un symptôme pouvant être issu de causes multiples mais les plus fréquentes sont d'origine fonctionnelle et/ou dégénérative [50], [52], [53]. Les caractéristiques anatomiques de l'étage lombaire ne sont pas suffisantes pour compenser la totalité des contraintes subies. C'est la zone la plus fragile, à protéger particulièrement, notamment pendant un port de charge [50], [52]. Il existe plusieurs facteurs de risques de rachialgies [50], [53].

##### 4.1.3.1. La charge physique

La flexion du rachis est un des mouvements le plus contraignant, mais c'est aussi le plus fréquemment réalisé. Pendant cette action, il se produit une déshabitation des surfaces articulaires postérieures, engendrant un rapprochement des corps vertébraux. Du fait de l'état précontraint des disques intervertébraux, le nucléus pulposus va être chassé vers l'arrière au sein de l'annulus fibrosus.

La position ne peut pas être tenue longtemps, sous peine de créer des contractures car elle engendre un déséquilibre musculaire important. Une douleur aiguë et vive peut également s'expliquer par le fait que la colonne lombaire se retrouve en cyphose, induisant une tension du système ligamentaire et un pincement discal antérieur. En cas de mouvement brusque, la détente brutale peut être associée à une absence de vigilance musculaire, ce qui explique que la répétition de ce phénomène puisse engendrer des lésions, entraînant à la longue des douleurs chroniques [48], [50], [52].

L'hyperextension rachidienne peut également être nuisible. A l'inverse de la flexion, elle provoque une imbrication des zygoapophyses et un pincement discal postérieur [50], [52].

Les torsions du tronc induisent des cisaillements rotatoires au niveau des disques intervertébraux, majorés en zone lombaire, ce qui engendre rapidement une gêne, d'autant plus s'ils sont associés à une fatigue musculaire provoquant une faiblesse du système stabilisateur [48], [52].

Les différents mouvements cités sont souvent combinés entre eux et avec ceux du reste du corps, dans le but de réaliser une action. Au niveau lombaire, s'ils sont inadaptés, ils peuvent renforcer les pressions néfastes qui favorisent une dégénérescence plus précoce et plus importante des disques intervertébraux. Ce phénomène engendre une diminution de la quantité de substance hydraulique au sein de leurs structures, qui entraîne une perte des capacités d'amortissement et de répartition des contraintes [50], [52]. Le port de charge est un facteur aggravant, quelles que soient les modalités d'exécution [48], [50], [53], [54].

La cadence, la température, le bruit, la luminosité et l'environnement constituent l'ambiance de travail, qui est un autre facteur de charge physique [50], [52], [53].

#### 4.1.3.2. La charge mentale

La charge mentale est relative à la demande de travail, au contrôle de la tâche, au soutien social, à l'aspect relationnel, aux facteurs de satisfactions et de stress [50], [53].

#### 4.1.3.3. Les facteurs individuels

La personnalité, les caractéristiques propres de chaque individu sont le reflet des profils plus ou moins à risques. Ils correspondent à la combinaison de conséquences liées au sexe, à l'âge, au poids, à la taille, aux aspects psychologiques et génétiques de chacun [53].

Les rachialgies peuvent donc résulter de différents éléments pouvant interagir. Nous ne pouvons supprimer l'ensemble des contraintes subies par le rachis, mais il existe des moyens pour les réduire. C'est l'objectif des principes de la manutention de charges, mais ce n'est qu'un des avantages que peut apporter la manutention de personnes.

#### 4.1.4. Principes fondamentaux

Il y a certains principes à respecter pour prévenir les risques liés au port de charges [52], [54]. La manutention des personnes permet d'exploiter ces notions de bases qui, associées à d'autres éléments précis, entrent dans une véritable démarche de soin. En effet, en plus de la protection du dos des soignants, cette méthode contribue à favoriser au maximum la sécurité et l'autonomie locomotrice des soignés. La prise en compte de l'aspect humain est primordiale. La relation et la communication sont très importantes : le soignant n'agissant que dans un but complémentaire, doit bien expliquer la tâche à accomplir, son rôle, celui de la personne aidée et s'assurer de sa compréhension.

En se basant sur les principes de la manutention industrielle, en lien avec l'anatomie et la biomécanique rachidienne et en les associant avec les particularités de la manutention des personnes, nous avons rassemblé les principes fondamentaux sous la forme d'une démarche type et sécurisée [47], [48], [50], [52], [54], [55] :

- Estimer l'effort à fournir et choisir d'agir sur un des trois modes de la méthode de Paul Dotte : actif, contrôlé ou passif selon les capacités du patient.
- Informer le patient sur la nature du transfert à accomplir. Ils sont de plusieurs types : roulements (couché ou assis), translations (couché), rehaussements (couché ou assis), soulèvements (couché), redressements (couché/assis ou assis/debout), transferts verticaux, horizontaux, dénivelés, relevés du sol et transport. Leurs réalisations reposent sur les mouvements naturels et les Niveaux d'Évolution Motrice (NEM).

- Anticiper la trajectoire à suivre, dégager, organiser l'espace, préparer le matériel de façon à fournir le moins d'effort possible et agir en sécurité.
- Garder à l'esprit, en vue de les appliquer, les éléments suivants :
  - Encadrer le patient au maximum, ne pas hésiter à faire du « corps à corps ». D'une part, cela peut rassurer le patient et d'autre part, le soignant subit moins de contraintes rachidiennes. En effet, plus la distance entre une charge et le centre de gravité d'un sujet est grande, plus la résultante de la force à appliquer est antérieure engendrant ainsi une sollicitation des muscles spinaux pour contrer le déséquilibre, ainsi qu'une forte compression discale.
  - Maintenir les courbures physiologiques du rachis et utiliser les membres inférieurs pour limiter la biomécanique rachidienne et ainsi la majoration des contraintes, d'autant plus importante que le poids à supporter est élevé.
  - Privilégier les mouvements de triple flexion/extension des membres inférieurs, développant un maximum de force, ou les fentes pour les déplacements, à visée de protection du dos.
  - Faire des prises osseuses pour ne pas être agressif, elles doivent être stables sinon il faut en créer.
  - Inspirer profondément puis faire une apnée en contractant le caisson abdominal pendant la réalisation du transfert. Une poutre rigide de protection du rachis lombaire sera ainsi créée, engendrant une diminution des pressions discales et baisse de la tension des spinaux.
  - Utiliser les principes facilitant les transferts comme par exemple, l'élan, son propre poids, celui du patient, l'inertie, les effets de bascule, de boussole, ou encore de balancelle.
  - Savoir qu'il est préférable de ne pas tirer une charge, mais de la pousser. Le premier cas favorise l'hyperlordose lombaire pouvant être associée à une torsion vertébrale, alors que le second privilégie le travail des membres inférieurs.
  - Conserver un bon équilibre pendant la manœuvre en effectuant un écart adapté entre les deux membres inférieurs afin que le polygone de sustentation soit suffisant pour contenir le centre de gravité de notre corps.
- Donner les consignes au patient de façon claire, concise et précise.

- Donner au patient un signal de départ.
- Réaliser le transfert en sécurité.

## 4.2. Les bénéfices spécifiques aux aidants et aidés

### 4.2.1. Préserver la santé des aidants

De nombreux aidants déclarent que leur rôle n'est pas sans conséquence négative sur leur propre santé [19], [27], [31], [32], [40], [43]. Il est même question d'une « charge ressentie », Soullier, [40], aussi bien mentale que physique. Plus l'aide apportée est variée et importante, plus la charge ressentie est lourde, surtout s'il y a une absence de soutien extérieur [40], [56]. Les répercussions peuvent être de natures différentes.

Les aidants sont plus souvent victimes de dépression, de stress, de difficultés de maîtrise de soi, d'absence de bien être et d'altérations de leur santé physique que les personnes n'ayant pas ce rôle [57], [58]. La majorité des études issues de la littérature scientifique concernent les difficultés des aidants sur le plan mental et émotionnel, peu d'entre elles s'intéressent aux répercussions physiques. Néanmoins, une relation significative a été établie entre les facteurs psychologiques, le stress des aidants et un affaiblissement de leur santé physique [56].

Alors que les analyses s'intéressant à la prévalence des lombalgies sont nombreuses au sein des professions paramédicales et sanitaires, peu d'entre elles concernent les aidants de personnes dépendantes à leurs domiciles. Les aidants n'exercent pas nécessairement un métier à risque de rachialgies. Cependant, le danger reste présent étant donné qu'ils peuvent être amenés à effectuer des transferts, alors qu'ils n'ont pas de formation. Cela peut compromettre leur activité professionnelle potentielle [27], [30], [32], [33], [34]. En effet, la répétition d'actes de manutention inadaptés est un facteur de risque du développement de pathologies rachidiennes, ce qui est un véritable problème de santé publique. Il s'agit de la première cause des accidents du travail en France, d'un tiers des motifs d'arrêts de travail et de 21 millions de journées de travail perdues pour raison d'arrêt maladie en 2013 [59].

L'application de bons gestes, permettant de prévenir les conséquences néfastes sur la santé, ne se fait pas de façon automatique. Elle nécessite la compréhension des fondements d'une réflexion adaptée et adaptable à toutes situations, telle que la manutention de personnes dans le cadre de l'aide à la réalisation des transferts [60].

Le fait de connaître et d'appliquer les principes de manutention présente des intérêts non négligeables, en ce qui concerne la protection du dos des aidants pendant la réalisation des transferts au quotidien, mais cela évite aussi un épuisement global. En effet, Daikoku et Saito ont étudié la différence entre l'activité musculaire d'aidants formés et expérimentés, comparée à celle d'aidants novices pendant la réalisation d'un transfert d'une personne alitée [60]. Les résultats de cette étude confirment le fait que les aidants non entraînés effectuent des gestes néfastes, maximisant l'effort à fournir. Au contraire, les aidants expérimentés appliquent les principes de manutention des personnes. Il en ressort une différence significative traduisant un effort majoré pour les novices, sur l'échelle d'évaluation utilisée.

#### 4.2.2. Favoriser l'autonomie de la personne aidée

L'autonomie qu'elle soit fonctionnelle ou décisionnelle doit être préservée et encouragée le plus longtemps possible par les professionnels mais aussi par les proches. La manutention des personnes reflète parfaitement ce principe. Par cet intermédiaire, nous pourrions transmettre ce message aux aidants et ainsi valoriser les personnes aidées, qui pourraient mieux faire face au mal-être que peut engendrer une situation de dépendance [61].

Faute de connaissances sur la manutention des personnes, certaines familles investissent dans des aides technologiques pour pallier à l'impossibilité d'une présence continue de professionnels. Cela peut les rassurer et leur permettre d'agir en sécurité. Cependant, ce matériel nécessite d'être utilisé avec précaution. Le risque de l'utilisation d'une technologie à outrance est la majoration de la dépendance. De plus, les aidants restent vulnérables en effectuant les tâches non mécanisées s'ils n'ont pas les connaissances nécessaires [47], [62].

#### 4.2.3. L'aspect relationnel

Par ailleurs, les relations entre aidants et aidés sont parfois difficiles voire même conflictuelles et peuvent conduire à un placement en institution [63], [64].

L'absence de soutien pour réaliser les tâches de la vie quotidienne, ainsi que des difficultés de communication peuvent engendrer une charge importante [64].

De plus, il est établi qu'une mauvaise santé physique peut avoir des répercussions négatives sur les rapports avec la personne aidée [56]. Or, la communication, ainsi que l'établissement d'une relation de confiance sont des facteurs très importants dans l'application des principes de manutention [47], [52], [55]. Avec un encadrement adapté, l'apprentissage de ces techniques et leur réalisation au quotidien, pourraient apaiser les tensions et souder les liens.

#### 4.2.4. Améliorer la qualité des soins informels

Un faible niveau de compétences et/ou une charge trop intensive peuvent être à l'origine d'une interruption du maintien à domicile d'une personne dépendante [65], [66], [67]. Renforcer la qualité des soins permettrait de pallier à ce problème [65]. Si elle n'est pas épuisante, l'aide apportée peut être une source de bonheur et renforcer les liens affectifs et relationnels [68].

#### 4.2.5. Réduire la charge ressentie par un accompagnement renforcé par le masseur-kinésithérapeute

Effectuer des actions de prévention permettrait d'atténuer la charge ressentie, d'assurer un meilleur contrôle de la santé ainsi que de la sécurité des aidants et des aidés, d'éviter à long terme le placement en institution [42], [69], [70]. De plus, d'après la charte de l'aidant familial, ce dernier « doit avoir accès à toutes informations facilitant l'accomplissement de son rôle d'aidant. Il doit également avoir accès à toutes formations spécifiques visant une meilleure qualité de sa fonction d'aidant. », COFACE, [30]. D'ailleurs, les aidants expriment d'eux-mêmes des demandes de formation pour mieux accompagner leurs proches et même si certains requièrent une prévention de leur santé, cette attente ne semble pas unanime [19], [27], [31]. Par manque de temps, certains ont parfois tendance à négliger leur santé et il est du devoir des professionnels de les inciter à en prendre soin [42].

Une étude, réalisée par Martín-Martín et ses collaborateurs, examine les effets d'une intervention visant à transmettre des principes et techniques de manutention aux aidants de personnes présentant une fracture de hanche.

Cet apprentissage est alors effectué dans un hôpital dans le but de permettre une réhabilitation des patients à leur domicile. Il a pour objectif de lutter contre la dépendance et l'inactivité. Ce sont des ergothérapeutes qui dispensent cet enseignement. Les résultats démontrent qu'à trois mois, la formation a permis de réduire significativement l'anxiété, la détresse émotionnelle et la dépression de l'entourage. Les connaissances des aidants à l'issue de cette formation sont contrôlées et un fascicule est distribué, en guise d'aide mémoire [71].

Dans une étude de cas de Turner et al, des résultats comparables sont observés après un entraînement à long terme, coordonné par un physiothérapeute. En effet, après cinq semaines, le patient et l'aidant réalisent les transferts en sécurité. Au bout de deux mois et dix interventions, ils font preuve de confiance mutuelle et ne sont plus angoissés [72].

Il paraît logique que les MK, qui transmettent déjà les techniques de manutentions aux patients, mais aussi aux autres professions sanitaires, réalisent aussi cette action pour les aidants informels. La formation et la prévention font partie de leur champ de compétences. En vue du respect et de la valorisation de la profession, il faut savoir l'exploiter pleinement [44], [45].

Il serait intéressant de proposer une formation regroupant plusieurs personnes aidantes, afin de leur expliquer les intérêts de la manutention des personnes, les notions de base et de leur transmettre des techniques. Le MK intervient déjà mais de façon très ponctuelle, par l'intermédiaire du domaine associatif. Cette action pourrait être amenée à se développer. Nous pouvons imaginer que cette intervention soit aussi réalisée à l'hôpital ou en centre de rééducation en vue du retour à domicile, à l'image des études de Martín-Martín et de Turner, ou en cabinet libéral, en suivant le modèle des écoles du dos, par exemple. Ainsi, le MK serait réellement acteur de l'accompagnement des personnes dépendantes et de leurs proches, quel que soit son mode d'exercice.

Afin d'illustrer l'ensemble de nos propos, nous avons fait le choix d'élaborer un livret d'informations à l'attention des aidants des personnes dépendantes à leur domicile. Nous proposons d'explicitier la démarche entreprise, les objectifs et modalités d'exécution.

## 5. ÉLABORATION DU LIVRET D'INFORMATIONS (voir annexe II)

### 5.1. Préparation

#### 5.1.1. Méthodologie

Nous nous sommes basée sur les résultats de nos recherches bibliographiques, ainsi que sur le document réalisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) expliquant la démarche à entreprendre pour l' « élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et usagers du système de santé » [73]. Nous avons choisi de réaliser un document sous forme papier car il peut être mis à disposition du plus grand nombre de personnes [73]. Pour mettre en forme le livret, nous avons utilisé un logiciel libre de publication assistée par ordinateur.

#### 5.1.2. Public cible et objectifs du livret

Le document réalisé s'adresse aux aidants des personnes dépendantes à leur domicile, qu'ils aient ou non reçu des conseils et/ou une formation sur la manutention des personnes. Les représentants du système de santé intervenants à domicile sont exclus. Nous rappelons que, d'après la définition citée au paragraphe 3.3.1., le lien entre les deux personnes ne doit pas être professionnel.

Les objectifs du livret sont les suivants :

- constituer une première approche de la manutention des personnes, pour les aidants sans formation,
- élaborer un aide mémoire suite à une formation éventuelle sur la manutention des personnes,
- encourager les personnes aidantes à poser des questions aux MK concernant la réalisation des transferts et proposer un outil facilitant l'échange d'informations complémentaires,
- sensibiliser les aidants au fait de sauvegarder au maximum l'autonomie de la personne aidée,
- permettre aux aidants de comprendre les bénéfices et les intérêts de la manutention des personnes au quotidien,
- inciter les aidants à protéger leur santé, ainsi que celle de leur proche.

### 5.1.3. Modalités d'utilisation et stratégie de diffusion

L'idéal serait que le document soit distribué suite à une formation sur la manutention des personnes effectuée par un MK. Le cas échéant, il est nécessaire que le MK en contact avec les proches du patient dépendant, réponde à des questions éventuelles, leur montre les gestes appropriés et contrôle leur réalisation.

La distribution peut se faire par l'intermédiaire des hôpitaux, des centres de rééducation, des cabinets libéraux de masso-kinésithérapie, des services à domicile ou des associations d'aidants, si ces derniers sont en relation avec des MK.

## 5.2. Conception

### 5.2.1. Principes de présentation et de rédaction

La compréhension des documents écrits d'information dépend en partie de leur présentation et de leur rédaction. Nous avons suivi les recommandations de l'HAS [73] :

- utilisation d'un ton encourageant et rassurant,
- personnalisation du document, c'est à dire que l'on s'adresse préférentiellement au lecteur (« vous ») pour les éléments positifs et utilisation de la voix passive pour les aspects négatifs,
- utilisation d'un vocabulaire simple et clair avec explication des termes techniques,
- réalisation de phrases courtes,
- équilibrage entre la quantité d'illustrations et de texte,
- présence d'éléments d'interaction avec un espace pour les notes personnelles et l'incitation à poser des questions aux MK.

Le fait d'avoir interposé des caractères foncés sur un fond clair permet une meilleure lisibilité. L'alternance de différentes couleurs qui sont le bleu, le rouge, le vert et le noir permet une meilleure hiérarchisation et valorisation du document. Les mots clés ont notamment été mis en relief en étant inscrits en bleu. Le rouge sert à mettre en évidence les éléments dangereux ou inadaptés et le vert ceux qui sont conseillés.

Nous avons choisi d'intituler le livret « La manutention des personnes : une aide aux aidants », car il s'agit d'un titre court, pouvant directement interpeler le lecteur.

Nous avons également décomposé le livret en différentes parties correspondant à la transmission de différents points clés, que nous allons dès à présent commenter.

## 5.2.2. Contenu

### 5.2.2.1. Introduction (page 3)

Cette première partie débute par un exemple. Il s'agit d'un parallèle avec le quotidien des aidants, qui peuvent être amenés à réaliser des transferts en l'absence de professionnels.

Lorsque nous évoquons l'objectif principal du livret, nous insistons sur la transmission de principes et non de techniques. Nous avons fait le choix d'y intégrer les éléments généraux permettant la réalisation des transferts en sécurité ainsi que des conseils relatifs à la prévention de la santé des aidants et des aidés. En effet, le format ne permet pas une diffusion exhaustive des informations. De plus, il ne nous a pas semblé judicieux d'y incorporer des techniques, car nous voulions éviter que leur application se fasse sans un apprentissage pratique préalable. D'une part, cela serait dangereux pour les aidants et leurs proches et d'autre part, il faut savoir les adapter au cas par cas.

Les aidants ont besoin de soutien afin d'être certains d'agir en sécurité. Nous leur conseillons donc de s'adresser aux MK et aux associations dispensant des formations (voir le chapitre 4.2.5.).

### 5.2.2.2. Qu'est-ce que la manutention des personnes ? (page 4)

Beaucoup de proches de personnes dépendantes ne connaissent pas le concept de manutention des personnes. Nous avons donc simplifié la définition de Paul Dotte [47], citée au chapitre 4.1.1. D'après deux représentants de l'Association Française des Aidants (AFA) que nous avons contacté, le terme « manutention » peut sembler péjoratif, car il est utilisé pour les ports de charges. D'ailleurs, avant de passer dans le langage courant des professionnels de santé, il était également mal perçu par certains d'entre eux [47]. C'est pourquoi nous avons précisé l'absence de connotation négative et impersonnelle, ainsi que les intérêts de cette méthode pour les aidants et les aidés (voir le chapitre 4.2.).

### 5.2.2.3. Quelques notions d'anatomie (page 5)

Nous avons décrit succinctement et simplement les différents éléments nécessaires à la compréhension des principes préventifs de la manutention des personnes (voir le chapitre 4.1.2.).

### 5.2.2.4. Des outils pour mieux comprendre votre dos (pages 6 à 9)

Les facteurs de risques décrits au paragraphe 4.1.3. sont inclus dans cette partie. Ceux pouvant être évités en pratiquant la manutention des personnes sont mis en évidence et inscrits en rouge. Nous avons également proposé des alternatives aux mouvements à risque du quotidien, ce qui nous a permis d'introduire les principes de manutention [52]. L'objectif est que les aidants prennent conscience de l'origine d'éventuelles douleurs et/ou de gestes, postures néfastes, pour pouvoir y remédier en appliquant les conseils adaptés.

### 5.2.2.5. Les principes de la manutention des charges (pages 10 à 12)

Les manutentions de charges et des personnes reposent sur des principes communs (voir le chapitre 4.1.4.). Apprendre ces éléments par le biais du port de charge facilite la compréhension et limite les risques de chute ou de nuisance. L'objectif est de les extrapoler par la suite aux principes de la manutention des personnes. Des précisions concernant la diminution des bras de levier des muscles spinaux en encadrant au maximum la charge et sur le fait de maintenir ses courbures naturelles, nous semblaient nécessaires car ces notions ne sont pas facilement compréhensibles au premier abord.

### 5.2.2.6. Généralités sur la manutention des personnes (pages 13 à 18)

Lors des formations auxquelles nous avons participé au cours de notre parcours de stage, nous avons pu constater que même les professionnels diplômés n'avaient pas toujours une tenue adaptée. Il s'agit d'un élément important, conditionnant la pratique de la manutention en sécurité [74].

Le livret contient donc les conseils suivants :

- port de vêtements souples et larges permettant une amplitude suffisante des membres supérieurs et inférieurs,

- port de chaussures fermées, maintenant la cheville, le talon n'excédant pas 4 cm pour ne pas limiter les mouvements au niveau de la talo-crurale, de la subtalaire, du médio-tarse et ne pas réduire le polygone de sustentation.

Les transferts les plus fréquemment réalisés au quotidien sont ensuite énumérés. L'objectif est à nouveau de démontrer aux aidants que la manutention des personnes peut leur permettre d'effectuer ces actions au quotidien en sécurité, à condition d'être certain d'avoir acquis un savoir-faire technique suffisant. Le document de l'HAS conseille notamment de répéter plusieurs fois les points importants à retenir [73].

Les postures les plus fréquemment utilisées pour réaliser les transferts sont également illustrées (fentes latérales, avant-arrière, chevalier servant, rotations). Deux exemples de prises figurent également dans le livret avec des précautions élémentaires à prendre et des conseils pour limiter l'effort à fournir [47], [74].

Enfin, les grands principes de la manutention des personnes ainsi que la démarche à entreprendre avant et pendant chaque acte sont explicités, en adaptant les informations retenues au chapitre 4.1.4. Pour plus de simplicité, nous avons décrit les différents modes de participation de la personne aidée selon l'ouvrage de Monique Autissier [74]. Les modes contrôlé et aidé selon Paul Dotte sont rassemblés sous un mode actif-aidé et un mode actif y est ajouté. Il correspond au fait d'être capable de réaliser les mouvements demandés uniquement en étant guidé.

#### 5.2.2.7. La prévention des chutes (pages 19 à 20)

Ce chapitre contient une liste de conseils facilement applicable au quotidien ainsi que la conduite à tenir en cas de chute et d'urgence. Nous avons notamment insisté sur le fait qu'un relever de sol ne doit pas s'effectuer d'emblée et que cela nécessite également d'être bien formé [47].

#### 5.2.2.8. Les aides techniques (pages 21 à 22)

Il existe des aides techniques pouvant faciliter le quotidien des aidants [47], [62], [74]. Nous en avons donc citées quelques unes facilement accessibles en précisant leurs modalités d'utilisation.

### 5.2.2.9. Quelques conseils pour prendre soin de vous (pages 23 à 28)

Les objectifs de cette partie sont :

- encourager les aidants à consulter pour leurs problèmes de santé (voir les chapitres 4.2.1. et 4.2.5.)
- prévenir ces difficultés en leur proposant des conseils d'hygiène de vie et une série d'exercices adaptés à leur quotidien, pour entretenir leur forme physique et faciliter la réalisation des actes de manutention [74].

Les exercices se présentent sous la forme d'un protocole à suivre. L'enchaînement s'effectue facilement et rapidement (15 minutes environ). Nous avons ciblé le renforcement des muscles clés lors de la pratique quotidienne des actes de manutention (voir le chapitre 4.1.4).

### 5.2.2.10. Pour en savoir plus (page 30)

Les coordonnées des associations avec lesquelles nous avons collaboré pendant la phase de test figurent dans cette dernière partie du livret. Des ouvrages à destination d'étudiants et de professionnels de santé, contenant des fiches techniques pouvant convenir aux aidants sont également référencés.

## 6. DISCUSSION

Afin d'effectuer une première évaluation du livret réalisé, nous avons pris contact avec des représentants d'associations, puis par le biais de questionnaires (voir annexe III) avec une population d'aidants et de sept MK intervenants à domicile. La situation des aidants interrogés a été analysée et comparée aux données issues de nos recherches bibliographiques, afin de mettre en évidence d'éventuelles correspondances sur un plan pratique. Ceci nous a permis de déterminer si le livret est adapté, d'apporter les modifications nécessaires et d'établir une critique constructive sur l'ensemble de notre travail et démarche.

### -L'avis de deux associations (entretiens téléphoniques):

- D'après la Maison des Aidants : « dans l'ensemble, il s'agit d'un livret agréable à lire, pouvant constituer un aide mémoire suite à une formation ou des conseils ».

En tenant compte des remarques du représentant de cette association, nous avons effectué les modifications suivantes :

- Explication plus précise des termes « cyphoses » et « lordoses » (page 5).
- Illustration des propos par des gestes spécifiques du quotidien des aidants, moins généraux (pages 7 à 9).
- Ajout des prix et de l'éventuelle possibilité de remboursement des aides techniques par la Sécurité sociale (pages 21 à 22).

- D'après l'Association Française des Aidants (AFA) : « dans l'ensemble, c'est une bonne simplification, un bon travail, la lecture est agréable ».

En tenant compte des remarques du représentant de cette association, nous avons effectué les modifications suivantes :

- Numérotter les parties sous formes de fiches pour un usage complémentaire au livret.
- Mention des interlocuteurs comme les CLIC et les Maisons Départementales des personnes handicapées (MDPH) (page 21).
- Reformuler le titre « prenez-soin de vous », pouvant induire un sentiment de culpabilité. Actuellement, la partie s'intitule « quelques conseils pour prendre soin de vous » (pages 23 à 28).

**-L'avis d'un échantillon de MK libéraux intervenants à domicile (questionnaires):**

- Selon les sept MK, la lecture est agréable, il n'y a pas d'incompréhension et cela peut constituer une première approche de la manutention des personnes et/ou un aide mémoire.
- Modifications effectuées : ajout d'explications concernant les transferts présentés à la page 14 (nécessaires pour trois personnes sur sept).
- Pour l'ensemble des MK, le livret permettrait de donner plus facilement des conseils aux aidants et pour deux d'entre eux, d'avoir plus de temps pour montrer les techniques appropriées et contrôler leur réalisation.

- Concernant les modalités de diffusion, l'ensemble est favorable aux centres de rééducation, trois aux hôpitaux, cinq aux cabinets libéraux, une personne au cabinet de médecine généraliste en complément. Pour trois MK, cela nécessite une formation et pour la totalité au moins des conseils.

#### **-L'avis d'un échantillon de personnes aidantes (questionnaires et entretiens) :**

Selon l'HAS, l'effectif peut être composé de 10 à 12 personnes maximum. En effet, cette phase de test sert à déterminer quelles sont les modifications à apporter au document écrit et ne nécessite pas un échantillon représentatif de la population [73].

En tant qu'étudiante, il n'était pas évident d'entrer en relation avec des aidants. Pour cela nous avons pu compter sur l'aide du personnel du service de rééducation et de l'HAD d'un centre hospitalier, en plus des démarches personnelles auprès des cabinets de MK libéraux.

#### **Analyse des résultats et comparaison avec d'autres études par questionnaires issues de nos recherches bibliographiques (voir annexe IV) :**

- Nombre de personnes interrogées : 12.
- Pour 25 % de l'échantillon l'expérience en tant qu'aidant est passée et pour 75 % elle est actuelle.
- 75 % des personnes interrogées sont l'aidant principal.
- 67 % vivent avec la personne aidée ce qui correspond au résultat du partenariat éducatif de Grundtvig (62,5 %) [38].
- Sur les 33 % restant, la moitié des personnes aidées ne vivent pas seules.
- La personne aidée est pour 42 % un parent, pour 33 % le conjoint, pour 17 % un enfant et pour 8 % il y a un autre lien (non renseigné). Cela correspond aux données issues de nos recherches bibliographiques et plus particulièrement à celles de l'étude de l'AFA dont les chiffres sont respectivement 41 %, 32 %, 15 %, 11 % [33].

- Les aidants interrogés sont en majorité des femmes (66 %). Leur moyenne d'âge est de 59 ans et la médiane de 62 ans, ce qui correspond aux résultats issus de nos recherches bibliographiques.
- 17 % ont au moins un enfant à charge alors qu'ils assument leur rôle.
- 75 % vivent en couple, ce qui correspond à l'enquête du partenariat éducatif de Grundtvig (78,5 %) [38].
- 58 % n'exercent pas d'activité professionnelle ce qui correspond à l'enquête de la Fondation Novartis (54 %) et de l'AFA (57 %) [27], [33].
- Parmi eux, 17 % l'ont arrêtée pour assumer leur rôle, ce qui ne correspond pas à l'enquête du partenariat éducatif de Grundtvig où 59 % l'ont fait par obligation [38].
- 58 % exercent leur rôle à temps complet ce qui ne correspond pas à l'enquête du partenariat éducatif de Grundtvig (34 %), sinon la fréquence est très variable allant de 16 heures par jour à une heure par semaine.
- Utilisation de l'échelle des groupes iso-ressources (GIR) pour évaluer le degré de dépendance de la personne aidée : 17 % GIR 1, 50 % GIR 2, 25 % GIR 3 et 8 % GIR 4. Les personnes concernées par notre étude sont donc fortement dépendantes.
- 67 % des aidants interrogés ont des difficultés pour réaliser les transferts au quotidien et 75 % en ont eu dans le passé.
- 58 % ont reçu des conseils dont 71 % sur leur propre demande.
- 58 % n'ont jamais entendu parler de la manutention des personnes.
- 83 % des aidants n'ont jamais suivi de formation sur la manutention des personnes et 60 % y participeraient après lecture du livret.

- Pour l'ensemble de l'échantillon (100 %), le livret est agréable à lire, la présentation est claire et compréhensible, la diffusion pouvant s'effectuer telle quelle.
- Le livret est adapté aux difficultés et besoins : partiellement pour 58 % et totalement pour 33 %.
- La distribution peut se faire pour 58 % en centre de rééducation, pour 83 % à l'hôpital, pour 58 % aux cabinets des MK libéraux et pour 25 % par l'intermédiaire des médecins et services d'HAD, pour 50 % avec formation et pour 92 % avec des conseils.

Cette étude nous permet de mettre en évidence sur un plan pratique les deux grands axes de notre réflexion :

- il est nécessaire d'apporter davantage d'informations aux aidants concernant la manutention des personnes, ces derniers étant demandeurs,
- le MK n'est intervenu que pour cinq cas sur douze après sollicitation des intéressés, alors que son action devrait être systématique, étant donné qu'elle entre véritablement dans son champ de compétence.

La majorité des données concernant la situation des aidants et des aidés est en concordance avec notre analyse bibliographique. D'après notre enquête, le livret semble apporter des outils adaptés à leurs besoins. La seule demande a été d'ajouter des techniques à employer au cas par cas. Or, comme nous l'avons déjà énoncé au paragraphe 5.2.2.1., ce n'est pas l'objectif premier de ce document écrit qui doit être accompagné d'informations complémentaires et spécifiques.

Cela démontre néanmoins que l'éducation des aidants comporte des spécificités par rapport aux interventions visant à former les professionnels du soin. Pour les proches des personnes dépendantes, il est important de connaître les notions fondamentales ainsi que les outils spécifiques à leur situation et non pas l'ensemble des techniques. Bien plus qu'une formation, il s'agit d'un accompagnement. En effet, même après avoir transmis les éléments nécessaires, le rôle du MK consiste à vérifier que les principes soient compris, que les techniques soient bien effectuées et adaptées en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients et de leur entourage.

## 7. CONCLUSION

L'éducation des aidants à propos de la manutention des personnes dépendantes à leur domicile, présente des intérêts non négligeables en ce qui concerne la prévention de la santé, la qualité des soins apportés aux personnes aidées et la conjoncture économique actuelle. Même si leur volonté d'être formés est forte, il ne s'agit en aucun cas de professionnaliser les aidants, mais de les accompagner. Quelles que soient ses modalités d'exercices, le MK, particulièrement compétent dans le domaine de la manutention, peut montrer les gestes, les techniques appropriées et contrôler leur réalisation. Il est important de prendre conscience des intérêts de cette action, permettant d'améliorer le quotidien des aidants et des aidés, et de la développer. Le livret que nous proposons, est un outil facilitant cette intervention et contenant les principes fondamentaux à garder en mémoire. Une diffusion à une plus large échelle puis une nouvelle phase de test avec un échantillon représentatif, permettraient d'évaluer l'impact de ce document, à long terme.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Loi 97-60 du 24 janvier 1997, titre II, article 2.

[2] OMS. Résumé : rapport mondial sur le handicap. 2011.

[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/accessible\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_fr.pdf?ua=1) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[3] MOREL, Annick, VEBER, Olivier, membres de l'inspection des affaires sociales. Société et Vieillessement, rapport ministériel du groupe 1. Juin 2011.

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_final\\_groupe\\_1.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_groupe_1.pdf) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[4] MONTAUT, Alexis (DRESS), CAMBOIS, Emmanuelle (INED). Etat de santé et participation sociale des individus atteints de limitations fonctionnelles. L'état de santé de la population en France. Rapport 2011.

[http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat\\_sante\\_2011.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[5] BAHU, Marlène, MERMILLIOD, Catherine, VOLKOFF, Serge. Conditions de travail pénible au cours de la vie professionnelle et état de santé après 50 ans. L'état de santé de la population en France. Rapport 2011.

[http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat\\_sante\\_2011.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[6] Betremieux N, Fabre J, Vacher T. Le handicap à travers ses multiples approches. INSEE Pages de Profils, juin 2010, n°73.

[7] GILBERT, Axel. Les situations de handicap, une question d'âges. INSEE La Lettre-Résultats, avril 2010, n°126.

[http://insee.fr/fr/insee\\_regions/rhone-alpes/themes/syntheses/lettre\\_analyses/01126/01126\\_Handicap\\_sante.pdf](http://insee.fr/fr/insee_regions/rhone-alpes/themes/syntheses/lettre_analyses/01126/01126_Handicap_sante.pdf) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[8] NOVARTIS, THUAL Gwénaëlle. Les proches des malades aujourd'hui : état des lieux. Réciproques Revue de Proximologie. Avril 2010. Numéro spécial.

<http://www.proximologie.com/Portals/6/PDF/reciproques/reciproques-assises-def.pdf>

(consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[9] Dos Santos S, Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. DRESS Études et Résultats, 2010, n° 718.

[10] KUBIAK, Yann. Personnes âgées dépendantes : maintien à domicile une solution privilégiée mais exigeante. INSEE Lorraine, 2012, n°289.

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/lor/themes/EL/EL289/EL289.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL289/EL289.pdf) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[11] HASS, Sandrine, VIGNERON, Emmanuel. Les services à domicile sanitaires, sociaux et médico-sociaux : de l'analyse régionale à une mise en perspective nationale. FEHAP. 2013.

[http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese\\_nationale.pdf](http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_nationale.pdf) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[12] Ministère de la Santé et des Solidarités. Un CLIC, c'est quoi ? In Portail CLIC. [En ligne]

<<http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>> (page consultée pour la dernière fois le 15/03/2015).

[13] Direction de l'information légale et administrative. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa). In Service-Public.fr. [En ligne]

<<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10009.xhtml>> (page consultée pour la dernière fois le 15/03/2015).

[14] Direction de l'information légale et administrative. Prestation de compensation du handicap (PCH). In Service-Public.fr. [En ligne]

<<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N14201.xhtml>> (page consultée pour la dernière fois le 15/03/2015).

[15] Blanchet D, Le Gallo F. Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? INSEE analyses, 2013, n°12.

[16] Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. INSEE Première, 2010, n° 1320.

[17] Ministère de la santé. Perspective démographiques et financières de la dépendance, rapport du groupe 2. Juin 2011.

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_g2\\_def-2.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_g2_def-2.pdf) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[18] INSEE. Population par âge. In Tableaux de l'Economie Française T.E.F. 2014. [En ligne]. <[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&id=4149](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4149)> (page consultée pour la dernière fois le 16/03/2015).

[19] CNSA. Rapport de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. 2011.

[http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Rapport\\_CNSA\\_2011\\_-\\_17\\_avril\\_2012.pdf](http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Rapport_CNSA_2011_-_17_avril_2012.pdf) (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[20] INSEE. Personnes âgées dépendantes. In Tableaux de l'Economie Française T.E.F. 2014.

[En ligne]. <[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&id=4209](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4209)>

(page consultée pour la dernière fois le 16/03/2015).

[21] Prévot J. L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007. DREES Etudes et Résultats, 2009, n°689.

[22] OECD. Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance. [En

ligne]. <<http://www.oecd.org/fr/france/47901873.pdf>> (page consultée pour la dernière fois le 16/03/2015).

[23] Direction de l'information légale et administrative. Aide sociale pour couvrir les frais d'hébergements des personnes âgées. In Service-Public.fr. [En ligne].

<<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2444.xhtml>> (page consultée pour la dernière fois le 16/03/2015).

[24] Direction de l'information légale et administrative. Foyer d'accueil médicalisé (Fam) pour personnes handicapées. In Service-Public.fr. [En ligne]. <<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F15255.xhtml>>

(page consultée pour la dernière fois le 04/04/2015).

[25] KPMG. Observatoire des EHPAD. Janvier 2013.

<https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-e-EHPAD-2013-KP> (consulté pour la dernière fois le 04/04/2015).

[26] Michel J.P, Robine J.M, Herrmann F. Demain qui va prendre soin des personnes âgées ? Le taux de soutien aux personnes âgées. Bulletin Académie Nationale de Médecine, 2010, 194, 4-5, 793-804.

[27] Fondation Novartis. Les aidants familiaux en France, source : panel national des aidants familiaux BVA. 2010.

[http://www.aidants.fr/images/stories/fondsdoc/AidantsFamiliaux\\_EtudeBVA\\_Novartis.pdf](http://www.aidants.fr/images/stories/fondsdoc/AidantsFamiliaux_EtudeBVA_Novartis.pdf) (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[28] LUQUET, Valérie. Dossier documentaire « Les Aidants et l'Aide aux aidants ». CLEIRPPA : Centre de Liaison d'Etude d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées. Novembre 2011.

<http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/fiche-cleirppa-aide-aux-aidants--luquet-10-11-11.pdf> (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[29] Novartis Service Santé et Proximologie. Droits et statuts des aidants : mythe ou réalité. La lettre de la proximologie, 2006, n°35.

<http://www.proximologie.com/Portals/6/PDF/lettres-de-la-proximologie/LP35-Statut-et-droits-des-aidants.pdf> (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[30] COFACE-handicap, Confédération des Organisations Familiales de L'union Européenne. Charte européenne de l'aidant familial. 2009.

<http://www.cfhe.org/upload/textes%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence/textes%20europ%C3%A9ens/charte%20Aidant%20Familial.pdf> (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[31] CREA I Rhônes-Alpes. Les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivants à domicile. 2009.

[http://www.creai-ra.com/documents/creai2009\\_aidantsfamiliaux\\_cg69.pdf](http://www.creai-ra.com/documents/creai2009_aidantsfamiliaux_cg69.pdf) (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[32] Anesm. Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées, ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. 2013.  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cadrage\\_RBPP\\_Accompagnement\\_des\\_aidants\\_non\\_professionnels\\_a\\_domicile.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cadrage_RBPP_Accompagnement_des_aidants_non_professionnels_a_domicile.pdf) (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[33] Association Française des aidants. Résultats de l'enquête nationale à destination des aidants. 2013.  
[http://www.aidants.fr/images/RESULTATS\\_ENQUETE\\_NATIONALE\\_ASSOCIATION\\_FRANCAISE\\_DES\\_AIDANTS\\_vf.pdf](http://www.aidants.fr/images/RESULTATS_ENQUETE_NATIONALE_ASSOCIATION_FRANCAISE_DES_AIDANTS_vf.pdf) (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[34] CIAAF. Manifeste du Collectif Inter-associatif d'Aide aux Aidants Familiaux pour la défense de l'aidant familial non professionnel. Septembre 2011.  
[http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Manifeste\\_du\\_CIAAF-2.pdf](http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Manifeste_du_CIAAF-2.pdf) (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[35] Souiller N, Weber A. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées au domicile. DREES Etudes et Résultats, 2011, n°771.

[36] Gaymu J, Equipe FELICIE. Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes. INED Population et Sociétés, 2008, n°444, 1-8.

[37] Naiditch M. Comment pérenniser une ressource en voie de raréfaction ? Enseignements d'une comparaison des politiques d'aides aux aidants des personnes âgées dépendantes en Europe. Question d'économie de la santé, mai 2012, n°176.  
<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes176.pdf> (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

[38] Partenariat éducatif Grundtvig n°2010-1-FR1-GRU06-14362 1. L'auto-évaluation de leurs besoins par les aidants familiaux, un point de départ pour obtenir de l'aide. Enquête sur les obstacles à la prise de conscience et à l'auto-évaluation de leurs besoins par les aidants familiaux. 2011.  
[http://www.coface-eu.org/en/upload/08\\_EUProjects/Grundtvig%20Natreport%20FR%20full-en.pdf](http://www.coface-eu.org/en/upload/08_EUProjects/Grundtvig%20Natreport%20FR%20full-en.pdf) (consulté pour la dernière fois le 15/03/2015).

- [39] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Aidant familial : Le guide de référence. 4e édition. Paris : La documentation Française, 2013. 155 p. ISBN: 978-2-11-009388-2.
- [40] Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. DREES Etudes et Résultats, 2012, n°799.
- [41] Barlet M, Collin C, DREES, Bigard M, Lévy D, INSEE. Offre de soins de premiers recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. INSEE Première, 2012, n°1418.
- [42] SEWITCH, Maida. J, YAFFE, Mark. J, McCUSKER, Jane, CIAMPI, Antonio. Helping family doctors detect vulnerable caregivers after an emergency department visit for an elderly relative : results of a longitudinal study. BMC Family practice, 2006. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-7-46.pdf> (consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).
- [43] BESSON L. L'information des aidants naturels de malades dépendants au domicile : enquête de satisfaction sur l'information reçue et analyse des besoins. 2013. 134 p. Thèse de médecine : Université Joseph Fourier, Faculté de Grenoble.
- [44] Article R 4321-12, Code de la santé publique.
- [45] Article R 4321-13, Code la santé publique.
- [46] Article R 4541-2, Code du travail, 7 mars 2008.
- [47] Dotte P. Méthode de Manutention des Malades : Ergomotricité dans le domaine du soin. 8e édition. Paris : Maloine, 2009. 143 p. ISBN : 978-2-224-03200-5.
- [48] Dufour M, Pillu M. Biomécanique fonctionnelle : Membres-Tête-Tronc. Paris : Elsevier Masson, 2006. 568 p. Pages 429-467. ISBN : 2-294-08877-8.
- [49] Dufour M. Anatomie de l'appareil locomoteur : tome 3. 2e édition. Paris : Elsevier Masson, 2007. 369 p. pages 15-35. ISBN : 978-2-294-08057-9.

- [50] Gendrier M. Gestes et mouvements justes : Guide de l'ergomotricité pour tous. 1ere édition. Les Ulis : EDP Sciences, 2004. 250 p. Pages 77 à 101 et 161 à 169. ISBN : 2-86883-729-8.
- [51] Franck H. Netter MD. Atlas d'anatomie humaine. 5e édition. Elsevier Masson, 2011 planche 151. ISBN : 978-2-294-71297-5.
- [52] INRS. Manuel du formateur : Prévention des risques liés à l'activité physique. 2001. 150 p.
- [53] INSERM. Lombalgies en milieu professionnel : Quels facteurs de risques et quelle prévention ?. Paris : INSERM, 2000. 151 p.
- [54] Valdenaire R, Dan Y. Manutention de personnes et ergonomie : Techniques classées par degrés d'autonomie du patient. 1ere édition. Editions Estem, 2010. 176 p. ISBN : 978-2-84371-506-8.
- [55] INRS. Manutention des personnes à mobilité réduite. 2001.
- [56] Pinquart M, Sörensen S. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 2007, 62B (2), 126-137.
- [57] Pinquart M, Sörensen S. Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health : A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 2003, 18 (2), 250-267.
- [58] Vitaliano P.P, Zhang J, Scanlan J.M. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health ? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 2003, 129 (6), 946-972.
- [59] Descatha A, Fouquet B, Roulet A, Hérisson C. Manutention et appareil locomoteur. Edition Sauramps Médical, 2014. 155 p.
- [60] Daikoku R, Saito Y. Differences between Novice and Experienced Caregivers in Muscle Activity Perceived Exertion while Repositioning Bedridden Patients. *Journal of physiological anthropology*, 2008, 27 (6), 333-339.

- [61] Breitholtz A, Snellman I, Fagerberg I. Older people's dependence on caregivers' help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions. *International journal of older people nursing*, 2013, 8 (2), 139-148.
- [62] Nelson A, Powell-Cope G, Gavin-Dreschnak D, Quigley P, Bulat T, Baptiste A.S, Applegarth S, Friedman Y. Technology to promote safe mobility in the elderly. *Nursing clinics of North America*, 2004, 39, 649-671.
- [63] Kodama H, Izumo Y, Takahashi R, Suda Y, Kudo Hisahi, Kudo Hideaki, Miyamoto M, Sasaki H. Family relationships of self care-dependent older people and institutionalized rate to nursing homes. *Geriatrics gerontology international*, 2009, 9, 320-325.
- [64] Garlo K, O'Leary J.R, Van Ness P.H, Fried T.R. Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness. *NIH J am Geriatr Soc*, 2010, 58 (12), 2315-2322.
- [65] Kuzuya M, Hasegawa J, Hirakawa J, Enoki H, Isawa S, Hirose T, Iguchi A. Impact of informal care levels on discontinuation of living at home in community-dwelling dependent elderly using various community based-services. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2011, 52, 127-132.
- [66] Reckrey J.M, DeCherrie L.V, Kelley A.S, Ornstein K. Health Care Utilization Among Homebound Elders: Does Caregiver Burden Play a rôle ?. *J. Aging Health*, Septembre 2013, 25 (6), 1036-1049.
- [67] Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Isawa S, Hirakawa Y, Schimokata H. Impact of Caregiver Burden on Adverse Health Outcomes in Community-Dwelling Dependent Older Care Recipients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2011, 19 (4), 382-391.
- [68] Van Campen C, De Boer A.H, Ledema J. Are informal caregivers less happy than noncaregivers ? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary. *Sandinavian Journal of caring sciences work*, 2012, 27, 44-50.
- [69] Kuzuya M, Izawa S, Enoki H, Hasegawa J. Day-care service use is a risk factor for long-term care placement in community-dwelling dependent elderly. *Geriatrics and Gerontology International*, 2012, 12 (2), 322-329.

[70] Carretero S, Garces J, Rodena F. Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *International journal of geriatric of psychiatry*, 2007, 22, 738-749.

[71] Martín-Martín L.M, Valenza-Demet G, Ariza-Vega P, Valenza C, Castellote-Caballero Y, Jiménez-Moléon J.J. Effectiveness of an occupational therapy intervention in reducing emotional distress in informal caregivers of hip fracture patients : a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 2014, 28 (8), 772-783.

[72] Turner F, Seiger C, Devine N. Impact of Patient and Caregiver Transfer Training Provided by a Physical Therapist in the Hospice Setting : A Case Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medecine*, 2012, 30 (2), 204-209.

[73] Haute Autorité de Santé (HAS). Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Juin 2008.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration\\_doc\\_info\\_patients\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf)

(consulté pour la dernière fois le 16/03/2015).

[74] Autissier M. Ergonomie : Techniques de manutention. 4e édition. Reuil-Malmaison : Lamarre, 2011. 195 p. ISBN : 978-2-7573-0450-1.

# ANNEXES

**- ANNEXE I :**

- **Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques pour chaque profil de limitations fonctionnelles [4].**
- **Tableau 1 bis : Statut et participation sociale selon le profil de limitation [4].**

**- ANNEXE II : Livret d'informations à l'attention des aidants.**

**- ANNEXE III : Questionnaires.**

**- ANNEXE IV : Résultats du questionnaire pour les aidants.**

## Annexe I :

Source : Montaut, Cambois, L'Etat de santé de la population en France, rapport 2011 [4].

TABLEAU 1 • Caractéristiques sociodémographiques pour chaque profil de limitation fonctionnelle

	Tous	P1 force endurance	P2 souplesse base	P3 membres supérieurs	P4 membres inférieurs	P5 tous membres	M1 comportement	M2 attention mémoire	M3 intellectuel	M4 toutes fonctions mentales	S1 ouïe	S2 de près	S3 tout sens
Prévalence (% pondérée)		1,60%	1,90%	0,80%	1,00%	0,40%	3,20%	1,80%	0,80%	0,80%	2,10%	1,00%	0,80%
Nombre d'individus concernés	35,2 millions	570 000	575 000	275 000	350 000	155 000	1 146 000	620 000	300 000	200 000	740 000	340 000	275 000
		+/- 70 000	+/- 80 000	+/- 50 000	+/- 50 000	+/- 30 000	+/- 100 000	+/- 75 000	+/- 50 000	+/- 40 000	+/- 60 000	+/- 60 000	+/- 50 000
Nombre individus HSM		781	817	348	746	287	736	684	627	391	728	295	356
Caractéristiques sociodémographiques (répartition des caractéristiques sociodémographiques au sein de chaque groupe de limitation fonctionnelle)													
Hommes	49	15	17	40	35	53	50	43	55	53	54	41	49
Femmes	51	85	53	60	62	46	50	57	42	47	40	59	51
18-29	27	8	9	5	7	19	32	17	26	17	5	7	8
30-39	24	16	15	15	12	21	19	20	20	24	18	9	12
40-49	25	32	28	31	24	24	22	27	25	27	31	44	29
50-59	24	45	47	49	58	36	27	36	29	32	47	40	50
Diplôme supérieur	29	3	12	9	7	13	10	14	6	5	10	13	15
BAC général ou technique	19	11	12	6	10	9	14	12	9	6	13	8	13
BEP CAP	27	31	34	38	29	32	34	32	14	22	39	31	34
Collège primaire	26	50	41	49	54	46	41	43	71	67	39	47	39
Agriculteur	2	0	1	4	2	3	2	4	0	0	4	4	3
Artisan, commerçant...	4	2	3	1	2	3	2	4	1	1	0	3	4
Cadre supérieur	12	3	3	3	1	7	2	5	4	0	4	3	5
Prof. intermédiaire	19	6	16	6	6	2	14	9	3	9	17	12	12
Employé	35	35	23	23	19	9	30	22	7	13	19	29	21
Ouvrier	18	14	21	23	7	15	27	24	21	13	25	14	15
Pas de PCS	20	40	33	41	83	61	24	29	63	63	25	34	37
Revenu quartile 1	16	21	20	33	33	27	23	26	29	35	21	25	25
Revenu quartile 2	19	22	25	25	27	29	25	20	30	27	20	27	23
Revenu quartile 3	28	22	19	25	22	17	25	19	21	16	27	20	14
Revenu quartile 4	30	12	22	9	11	18	17	24	13	12	24	21	32
Revenu non déclaré	7	3	6	6	7	10	10	11	7	10	8	7	6
Personne seule	12	13	20	12	21	17	13	16	19	18	17	17	14
Famille monoparentale	10	17	12	14	15	10	12	14	15	16	9	7	10
Couple sans enfant	19	21	22	22	22	12	18	21	14	13	28	23	23
Couple avec enfant	55	44	42	46	37	53	51	40	44	42	40	47	49
Autre ménage	4	5	5	7	5	5	6	8	8	11	6	6	4
Reconnaissance*	5	30	27	34	29	39	12	18	67	60	21	20	34
Non reconnu	93	69	72	63	36	40	87	81	32	37	77	76	66
Manquante	2	2	1	3	6	1	1	0	1	3	1	5	0

\* Reconnaissance officielle d'un handicap, ou d'une perte d'autonomie (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé...).

Legende: Parmi les 35,2 millions d'adultes d'âge actif (18-59 ans), 1,60%, soit 570 000 personnes, déclarent des limitations fonctionnelles de type "P1 - force et endurance", ce profil comporte 85% de femmes et 15% d'hommes, contre respectivement 51% et 49% dans l'ensemble des adultes d'âge actif.

Quartile: les quartiles de revenu sont définis par rapport à l'ensemble de la population vivant en ménage ordinaire, et pas seulement les adultes d'âge actif. Le quartile 1 correspond aux personnes dont le revenu est le plus faible, et le quartile 4 aux plus aisés.

Champ: France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008.

Sources: INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

**TABEAU 1BIS • Statut et participation sociale selon le profil de limitation : statut d'activité ; difficultés relationnelles ; difficultés activités ; reconnaissance administrative (en %)**

	Difficultés dans les activités du quotidien (courses, ménage...)*	Difficultés dans les relations avec les autres**	Reconnaissance administrative d'un handicap***	Statut d'activité au moment de l'enquête				
				En emploi au moment de l'enquête	Dont milieu protégé	chômeurs	inactifs	étudiant
<b>Hommes</b>								
P1 - force endurance	45	22	51	34	7	18	49	0
P2 - souplesse basse	21	16	38	54	2	18	24	5
P3 - membres supérieurs	48	17	44	41	1	27	31	0
P4 - membres inférieurs	76	19	68	28	2	8	63	2
P5 - tous membres	71	33	57	26	0	14	58	2
M1 - comportement	12	29	14	69	1	14	15	2
M2 - attention mémoire	16	19	23	67	2	13	18	2
M3 - intellectuel	66	47	65	27	8	14	58	2
M4 - toutes fonctions mentales	65	88	61	31	7	14	53	1
S1 - ouïe	12	17	21	72	1	7	21	1
S2 - de près	24	13	25	63	2	12	25	0
S3 - tous sens	32	20	35	50	2	7	31	2
Ensemble Hommes	4	8	6	76	0	8	8	8
<b>Femmes</b>								
P1 - force endurance	45	13	27	45	1	14	39	3
P2 - souplesse basse	24	11	17	49	1	7	42	3
P3 - membres supérieurs	44	15	27	42	1	7	48	3
P4 - membres inférieurs	74	28	54	21	3	9	67	3
P5 - tous membres	71	27	62	19	1	9	64	9
M1 - comportement	14	23	10	57	1	14	19	10
M2 - attention mémoire	28	16	15	48	0	16	34	2
M3 - intellectuel	76	54	69	22	10	9	67	2
M4 - toutes fonctions mentales	81	52	60	12	2	15	73	0
S1 - ouïe	26	22	22	58	1	7	34	1
S2 - de près	14	9	15	56	0	2	40	2
S3 - tous sens	38	21	32	44	0	7	43	5
Ensemble Femmes	8	8	5	66	0	7	17	10

\* Difficultés dans les activités du quotidien. Au moins une difficulté importante pour l'une des activités importantes de la vie quotidiennes (« IADL ») suivantes : faire les courses, les tâches ménagères, administratives, préparer les repas, utiliser un moyen de transport seul...

\*\* Relation avec les autres : difficultés importantes pour nouer des relations avec d'autres personnes.

\*\*\* Reconnaissance administrative : reconnaissance officielle d'un handicap, ou d'une perte d'autonomie (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé...). Données déclaratives.

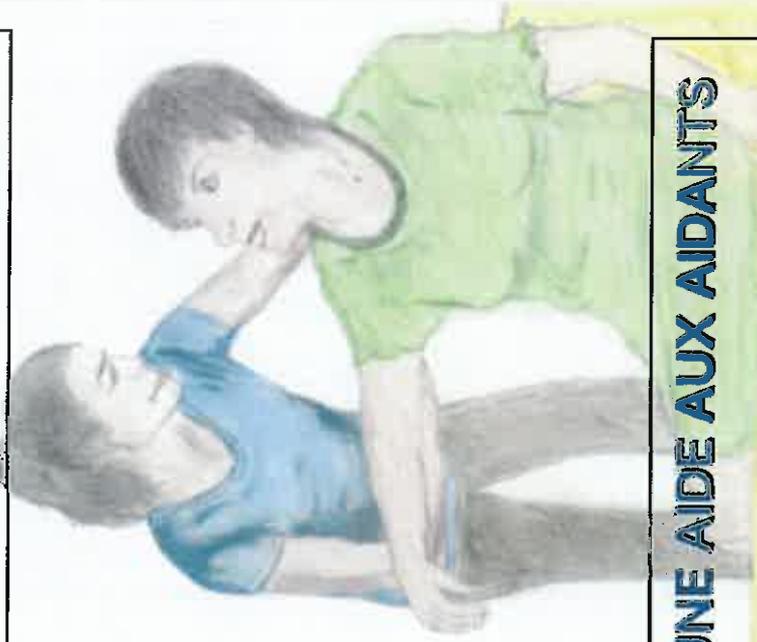
Lecture : Parmi les hommes du profil P1-force et endurance, 45% évoquent des difficultés dans les activités du quotidien et 51% déclarent bénéficier d'une reconnaissance administrative d'un handicap. De plus, 49% d'entre eux sont inactifs, et 34% se déclarent en emploi au moment de l'enquête, dont 7% en milieu protégé.

Champ : France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008.

Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

## Annexe II

# LA MANUTENTION DES PERSONNES :



# UNE AIDE AUX AIDANTS

## Sommaire

1. Introduction.....	3
2. Qu'est-ce que la manutention des personnes ?.....	4
3. Quelques notions d'anatomie.....	5
4. Des outils pour mieux comprendre votre dos.....	6
5. Les principes de la manutention des charges.....	10
6. Généralités sur la manutention des personnes.....	13
7. La prévention des chutes.....	19
8. Les aides techniques.....	21
9. Quelques conseils pour prendre soin de vous.....	23
10. Notes personnelles.....	29
11. Pour en savoir plus.....	30

## 1. Introduction

Votre proche désire se lever de son lit. Il éprouve des difficultés à effectuer cette action seul. Aucun professionnel n'est présent au domicile à ce moment là... Que faites-vous ?

Vous pouvez choisir d'attendre l'intervention programmée d'un professionnel, ce qui n'est pas toujours possible ou ce qui n'est pas forcément prévu.

Vous pouvez également décider de l'assister, le maître mot étant de réaliser des gestes adaptés en sécurité.

L'objectif de ce livret est de vous présenter les principes de la méthode utilisée par les professionnels de santé : la manutention des personnes.

Cet outil n'a pas pour but de présenter un ensemble de techniques à appliquer car chaque situation pose sa problématique et c'est l'application des principes clés qui permet de la résoudre.

Pour ce faire, vous n'êtes pas seul, vous pouvez compter sur l'assistance des masseurs-kinésithérapeutes. Certaines associations peuvent également vous apporter leur soutien.

Quoiqu'il en soit, aider une personne à se déplacer n'est pas un acte anodin et comporte des risques. Assurez-vous d'avoir acquis les compétences nécessaires auprès de votre masseur-kinésithérapeute avant d'agir.

## 2. Qu'est-ce que la manutention des personnes ?

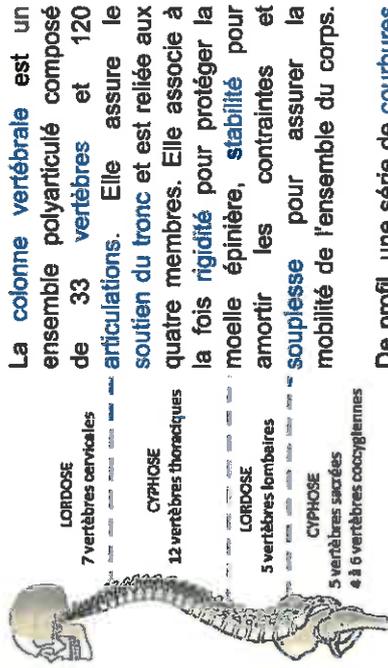
La manutention des personnes permet d'assister quelqu'un dans l'ensemble de ses déplacements. Il s'agit d'une action coordonnée entre deux partenaires ou plus.

Cette méthode peut vous permettre :

- D'agir en sécurité.
- De protéger votre dos et ainsi votre santé.
- De respecter l'autonomie existante de votre proche et de l'encourager au maximum.
- D'entretenir une relation de confiance.
- D'être guidé et soutenu par votre masseur-kinésithérapeute. Il connaît les principes et les techniques. Il peut vérifier que vous les avez bien assimilés.

Le mot "manutention" a d'abord désigné le port de charge. L'application de ce concept aux déplacements des personnes peut paraître surprenant. Etymologiquement, ce terme signifie "tenir avec les mains". Il n'y a donc pas de connotation négative ou impersonnelle.

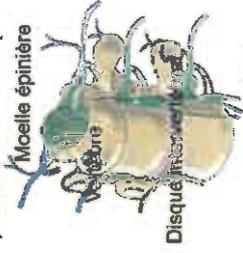
### 3. Quelques notions d'anatomie



Position debout

Source I.N.R.S.

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



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

### 4. Des outils pour mieux comprendre

#### vosre dos

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

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

**La charge physique :**

- les gestes et postures néfastes
- une manutention à risque
- une mauvaise ambiance de travail :

le rythme de travail, la température, la lumière, le bruit, un aménagement de l'espace inadapté

**Les facteurs individuels :**

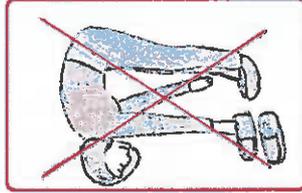
- le sexe
- l'âge
- le poids, la taille
- une condition physique limitée
- une pratique de l'activité insuffisante...

**La charge mentale :**

- stress
- une demande de travail importante
- une relation pénible
- un besoin de soutien social...

## B/ Les mouvements à risque pour votre dos

### - La flexion de tronc -



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

**INADAPTE**

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

**ADAPTE**



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

7

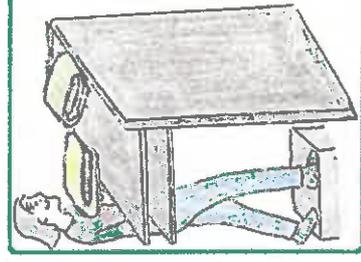
### - L'extension de tronc -



**INADAPTE**

C'est le mouvement inverse de la flexion. Il est plus rarement utilisé dans la vie quotidienne. Par exemple, il est utilisé pour prendre un objet en hauteur.

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



**ADAPTE**

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

8

## - Les inclinaisons et les rotations -

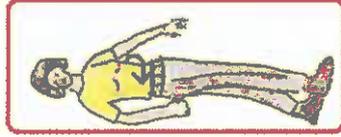


L'inclinaison correspond au fait de pencher le tronc d'un côté ou de l'autre.

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

C'est lorsque ces deux mouvements sont associés qu'ils sont les plus néfastes au niveau des disques intervertébraux. Les contraintes sont encore accentuées, s'ils sont combinés à une flexion comme c'est souvent le cas.

**INADAPTES**



La solution est de garder les épaules alignées avec le bassin et d'utiliser au maximum les jambes.

**ADAPTE**

## 5. Les principes de la manutention des charges

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

1) Assurez-vous que l'environnement soit favorable : dégagez l'espace et préparez le matériel si besoin.

2) **Evaluez le poids de la charge et vérifiez** qu'elle soit bien équilibrée.

3) Assurez-vous que les prises soient stables sinon il faut en créer.

4) **Rapprochez vous de la charge et encadrez** la au maximum.

5) **Accroupissez-vous en gardant le dos droit.**

6) **Inspirez et rentrez votre ventre puis bloquez votre respiration.**

7) **Penchez-vous légèrement en arrière, puis tendez les jambes, toujours en maintenant votre dos droit.**

8) **Positionnez la charge devant une cuisse, déplacez la en poussant avec votre jambe et en gardant les bras tendus. Elle doit être collée à votre corps.**



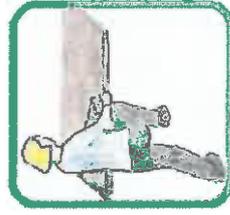
**ADAPTE**



**ADAPTE**

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

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



ADAPTE

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

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

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

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

### - Comment maintenir son dos droit ?

Nous avons vu que de profil le dos n'était pas réellement droit, étant donné qu'il est constitué de 4 courbures.

Maintenir son dos droit signifie respecter ses courbures naturelles et ne pas les exagérer.

Cette attitude peut vous permettre d'effectuer l'ensemble de vos activités en équilibre et sans douleur.



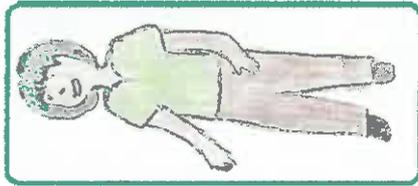
Pour en prendre conscience, allongez-vous sur le dos sur un plan dur.

Les bras reposant le long du corps, pliez les jambes. Amusez-vous à creuser puis à aplatis les différents segments de votre dos.

Ressentir les positions extrêmes vous aidera à percevoir votre position intermédiaire de confort (dos ni trop creux, ni trop plat).

## 6. Généralités sur la manutention des personnes

### A/ La tenue vestimentaire



**ADAPTE**

Elle doit être agréable et confortable. Elle conditionne la souplesse et la largeur de vos gestes, ce qui est très important pour votre propre sécurité ainsi que pour celle de votre proche.



**INADAPTE**

Évitez de porter un pantalon trop serré, qui vous empêcherait d'agir avec vos jambes. Il est préférable que vos chaussures soient souples, qu'elles maintiennent bien vos pieds et que le talon n'exécède pas 4 cm. Au delà, vous risquez de vous blesser en perdant l'équilibre ou parce que vos mouvements sont limités.

### B/ Les transferts les plus fréquents au quotidien

Pour des raisons de sécurité, il est préférable de réaliser un acte de manutention suite à un apprentissage préalable. L'idéal est d'agir après le contrôle de votre masseur-kinésithérapeute.

Assis-debout



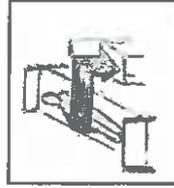
Couché-assis au bord du lit



Assis-assis



Couché-assis au fauteuil



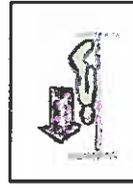
Rehaussement assis



La marche avec aide



Rehaussement couché



Retournements couché



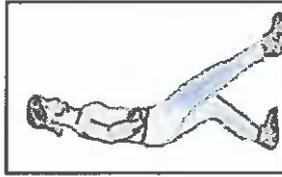
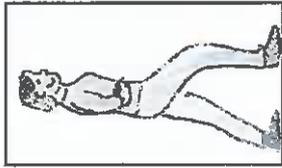
Lorsque votre proche a glissé de sa chaise, pour l'aider à se remettre assis confortablement.

Lorsque votre proche a glissé, pour l'aider à remonter dans son lit.

Pour passer des positions couchée sur le côté, sur le ventre, sur le dos.

## C/ Les postures les plus fréquentes

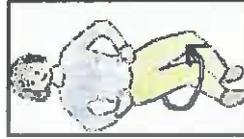
**Le fente avant-arrière :**



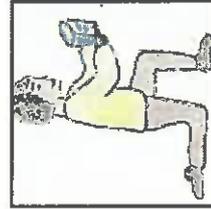
**La fente latérale :**



**La rotation :**



**Le chevalier servant :**



15

## D/ Deux exemples de prises

**Prise en cuillère :** la main prend la forme d'une cuillère.



**Attention :**

- Ne prenez jamais l'épaule, cela peut être douloureux. Préférez l'omoplate.
- Les prises circulaires et en griffes sont à éviter car elles sont désagréables.

**Prise vestimentaire** (peut être aussi une alèse, un drap) : elle ne doit pas être inconfortable pour la personne aidée. Placez votre paume de main tournée vers le haut, cela développe plus de force.



16

## Et Les grands principes :

Il existe trois modalités d'action qui tiennent compte des capacités de la personne aidée :

- le mode passif, qui correspond à une incapacité de participer à l'action,
- le mode actif, qui renvoie au fait de pouvoir accomplir l'action, sans pour autant la réaliser seul en sécurité,
- le mode actif-aidé, qui se rapporte à des capacités existantes mais insuffisantes, qu'il faut compenser sans en faire trop pour les sauvegarder le plus longtemps possible.

Lors d'un acte de manutention, la communication entre les partenaires est importante. L'aidant doit expliquer ce qu'il attend de la personne qu'il assiste, ainsi que son propre rôle. C'est un travail d'équipe !

## - Rétroagir avant d'agir et anticiper : -

- Souvenez-vous des capacités de votre proche et quel transfert effectuer selon la situation.
- Dégagez l'espace et préparez le matériel si besoin.
- Dites à votre proche ce que vous allez faire et ce qu'il devra faire.
- Assurez-vous qu'il ait bien compris.
- Mettez-vous en position.
- Donnez un signal de top départ : "A 3 on y va : 1, 2, 3 "

## - Pendant le transfert : -

- Encadrez au maximum votre proche, si possible faire du "corps à corps".
- Gardez le dos droit et utilisez la force de vos jambes.
- Faites des prises stables sur les reliefs osseux, car les prises sur les parties molles sont douloureuses.
- Inspirez profondément et rentrez le ventre pour protéger votre dos.
- Ecartez les jambes de façon à maintenir votre équilibre.



## 7. La prévention des

### chutes

La majorité des chutes se produisent à domicile et sont liées à un mauvais agencement de l'environnement. Les conséquences peuvent être plus ou moins graves, nécessitant parfois une hospitalisation.



#### Voici quelques conseils :

- Encouragez votre proche à porter des chaussures fermées.
- Les fils électriques doivent être placés le long des plinthes.
- Veillez à ce que le sol ne soit pas glissant.
- Installez des barres d'appui (salle de bain, WC, escaliers...).
- Évitez les tapis ou à défaut, utilisez des filets anti-dérapants ou adhésifs double face.
- Assurez-vous de la qualité de l'éclairage et placez une lampe de poche sur la table de nuit de votre proche.
- Si votre proche porte des lunettes, elles doivent être adaptées à sa vue.
- Prenez en compte les effets indésirables de certains médicaments.
- Installer un dispositif de téléalarme peut permettre à votre proche de vous alerter en cas de chute, si vous n'êtes pas ensemble.

Si malgré toutes les précautions prises votre proche chute, gardez votre calme. Il ne faut pas l'alarmer davantage car toute personne qui chute, est en état de choc :

-Vérifiez que votre proche est bien conscient, qu'il respire normalement.

-Rassurez-le et couvrez-le.

-Demandez-lui s'il a des douleurs. Si c'est le cas, il faut appeler les secours.

-Si non, avant de le relever, il faut vérifier qu'il ne s'est pas blessé et être certain de l'absence de danger pour lui et pour vous. Si vous n'avez pas suivi une formation pratique sur les relevés du sol, il faut demander de l'aide à des professionnels.

**Vous pouvez contacter :**

- votre médecin traitant
- en soirée, les week-end et jours fériés : le 15 (S.A.M.U) ou le 18 (les pompiers)
- en cas d'urgence vitale : le 15 (S.A.M.U)



**En cas de situation d'urgence, transmettez :**

voire nom, prénom, l'adresse du lieu, votre numéro de téléphone, la nature du problème, l'état de la personne, ce que vous avez fait.

Ne raccrochez pas avant qu'on vous le dise, des informations complémentaires peuvent être demandées.

## 8. Les aides techniques

Si vous souhaitez utiliser des aides techniques, parlez-en à votre masseur-kinésithérapeute. Il peut vous donner son avis et vous conseiller. Vous pouvez aussi vous renseigner auprès des CLIC et de la MDPH concernant les éventuelles modalités de remboursement par la Sécurité sociale ou aides financières.

### -Les aides techniques manuelles-

**-Disque pivotant :** pour les transferts assis-assis (siège à siège, siège à lit, fauteuil roulant-voiture....)



Pas de prise en charge par la Sécurité sociale. Prix : entre 60 et 100 euros environ.

**-Planche de transfert :** siège auto-fauteuil roulant, lit-fauteuil roulant...



Pas de prise en charge par la Sécurité sociale. Prix : entre 40 et 400 euros environ.

**-Drap de glisse :** translations couchées ou rehaussement...



Pas de prise en charge par la Sécurité sociale. Prix : à partir de 20 euros environ.

**-Potence :** rehaussement couché, redressement assis...



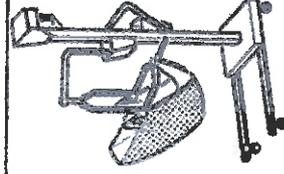
Pas de prise en charge par la Sécurité sociale. Prix : moins de 15 euros.

Prise de la personne aidée sur une potence : si la paume de la main est tournée vers le haut, cela développe plus de force.

### -Les aides techniques mécaniques-

**-Appareil lève-personne ou lève-malade :** utile lorsque la personne à assister est passive et uniquement dans ce cas. Prise en charge possible à la location par la Sécurité sociale. Prix : de 450 à 2000 euros environ.

**-Verticalisateur :** pour mettre une personne en position debout et la déplacer. Il en existe différents types plus ou moins sécurisés selon les capacités de la personne. Prise en charge partielle possible par la Sécurité sociale. Prix : de 400 à 4000 euros environ.



Les aides techniques peuvent être utiles dans certaines situations mais il ne faut pas négliger les capacités de la personne aidée !

Un lève-personne

Source : Ergonomie, M. Autissier

## 9. Quelques conseils pour prendre

### soin de vous

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

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

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

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

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

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

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

## L'échauffement



Avant de commencer, dégagez bien l'espace autour de vous et assurez-vous de porter une tenue adaptée (voir page 13)

Débutez toujours par un échauffement avant les séances d'entretien et avant chaque acte de manutention si vous le pouvez.



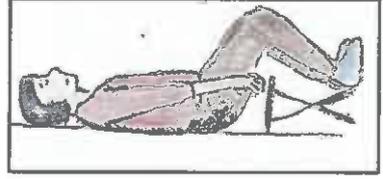
Par exemple, vous pouvez marcher le long de la pièce en augmentant progressivement votre vitesse.

Puis sur place, mobilisez lentement et en souplesse l'ensemble de votre corps.

Pour terminer, réalisez au moins une fois les positions fréquemment utilisées et décrites page 15.

## Exercice 1 : Renforcement des muscles de vos jambes

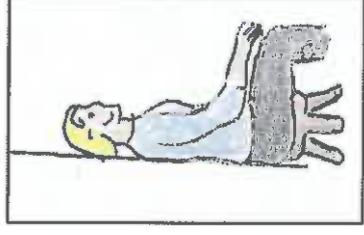
- 1) Mettez un tabouret fixe contre un mur.
- 2) Placez-vous debout le long de ce mur, les bras pendants le long du corps. Vos pieds doivent être éloignés du mur, écartés devant le tabouret.
- 3) Retrouvez la bonne position pour votre dos (dos droit).
- 4) Inspirez puis en soufflant pliez les jambes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



25

## Exercice 2 : Renforcement des muscles de votre dos

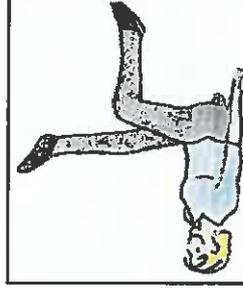
- 1) Asseyez-vous sur le tabouret, le dos contre le mur, les mains sur les cuisses.
- 2) Le regard à l'horizontal, rentrez le menton.
- 3) Essayez d'effacer l'ensemble des courbures de votre dos, en étirant votre corps vers le haut, comme s'il y avait une aspiration au dessus de votre tête.
- 4) Maintenez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



26

### Exercice 3 : Renforcement de vos abdominaux (Ne pas le faire en cas d'incontinence)

- 1) Allongez-vous sur le dos, sur un tapis au sol.
- 2) Les bras le long du corps, pliez une jambe et gardez l'autre verticale.
- 3) Effectuez des mouvements de pédalage vers l'avant en veillant à ce que le bas de votre dos ne décolle pas du sol. Si c'est le cas, c'est que vos jambes ne sont pas assez relevées.
- 4) Respirez amplement durant l'exercice.
- 5) Reposez-vous pendant un temps supérieur ou égal à l'effort.

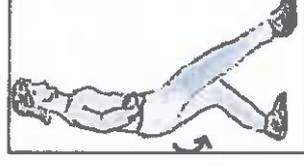


Si au fil des séances, vous trouvez que l'exercice devient trop facile, rapprochez vos jambes du sol. Le bas de votre dos ne doit pas décoller du sol, sinon c'est encore trop difficile.

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

### Les étirements

#### Éirement postérieur :



- 1) Faites une fente avant.
- 2) Pliez votre jambe arrière comme si vous vouliez vous asseoir.
- 3) L'étirement ne doit pas être douloureux. Arrêtez-vous lorsque vous ressentez une tension en arrière de votre jambe avant.
- 3) Respirez amplement en maintenant la position pendant 6 sec.
- 4) Relâchez-vous progressivement.

#### Éirement antérieur :



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



### Annexe III

Dans le cadre de l'élaboration de notre mémoire, nous avons réalisé un livret d'informations concernant la manutention des personnes, à l'attention des aidants de proches dépendants à leur domicile. Afin d'évaluer la qualité de ce document, votre avis nous intéresse. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Veuillez cocher les cases correspondant à votre choix et préciser vos réponses sur les pointillés.

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

Nom, prénom :

Adresse du cabinet de masso-kinésithérapie :

Renseignements divers :

Le livret est-il agréable à lire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
La présentation est-elle claire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Les informations sont-elles lisibles et compréhensibles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si non, précisez quelle(s) partie(s) vous n'avez pas compris : .....			
Pensez-vous que ce livret soit adapté aux difficultés et aux besoins des aidants ?			
<input type="checkbox"/> Totalement	<input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Absence d'avis	
Selon vous, s'il y en a, quels sont les éléments manquants ? .....			
Pensez-vous que ce livret pourrait être diffusé tel quel ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si non, pourquoi ? .....			
Pensez-vous que ce livret puisse être distribué (plusieurs réponses possibles) :			
Par le biais des :			
<input type="checkbox"/> centres de rééducation	<input type="checkbox"/> hôpitaux	<input type="checkbox"/> cabinets libéraux de kinésithérapie	<input type="checkbox"/> autre : .....
<input type="checkbox"/> sans formation	<input type="checkbox"/> avec formation	<input type="checkbox"/> avec des conseils / réponses à des questions éventuelles	<input type="checkbox"/> sans conseils
Sans formation préalable sur la manutention des personnes, ce livret pourrait-il être une première approche ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suite à une formation, ce livret pourrait-il constituer un aide-mémoire ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lorsque vous intervenez à domicile, ce livret pourrait-il vous permettre : (2 réponses possibles)			
<input type="checkbox"/> de donner plus facilement des conseils aux aidants	<input type="checkbox"/> d'avoir plus de temps pour leur montrer les techniques adaptées et contrôler leur réalisation.		

Dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire, j'ai réalisé un livret d'informations concernant la manutention des personnes, à l'attention des aidants de proches dépendants à leur domicile. Afin d'évaluer la qualité de ce document, votre avis m'intéresse. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Veuillez cocher les cases correspondant à votre choix et préciser vos réponses sur les pointillés.

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

Nom, prénom : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Age : ..... ans

Sexe :  Féminin  Masculin

**Répondez aux questions ci-dessous avant de lire le livret :**

1. Votre situation d'aidant est :  passée Depuis combien de temps ? .....  
 actuelle Depuis combien de temps ? .....

**Pour des raisons pratiques, les questions sont rédigées au présent.**

2. Etes-vous l'aidant principal de la personne aidée ?  Oui  Non

2.1 Quel âge a la personne aidée ? ..... ans

3. Vivez-vous avec la personne aidée ?  Oui  Non

3.1. Si non, vit-elle seule ?  Oui  Non

4. La personne aidée est :  un parent  un enfant  votre conjoint  autre : .....

5. Avez-vous d'autres personnes à charge ?  Oui  Non

5.1. Si oui, s'agit-il ?  enfant(s)  autre(s) parent(s)  autre : .....

6. Vivez-vous en couple ?  Oui  Non

7. Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ?  Oui  Non

8. Si vous aviez une activité professionnelle, l'avez-vous arrêtée pour assumer votre rôle ?  
 Oui  Non

9. A quelle fréquence exercez-vous votre rôle ?

A temps complet :  Oui  Non

Nombre d'heures : .....  par jour  par semaine  par mois

Suite du questionnaire au verso

10. Avez-vous des difficultés pour aider votre proche à se déplacer au quotidien ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10.1. Si non, en avez-vous eu dans le passé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Avez-vous reçu des conseils pour aider votre proche à se déplacer à son domicile ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, par qui ?.....
11.1. Si oui, était-ce sur votre propre demande ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. Avez-vous déjà entendu parler de la manutention des personnes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Répondez aux prochaines questions après avoir lu le livret :</b>
13. Le livret est-il agréable à lire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14. La présentation du livret est-elle claire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15. Les informations sont-elles lisibles et compréhensibles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, précisez quelle(s) partie(s) vous n'avez pas compris : .....
16. Les informations sont-elles adaptées à vos difficultés et à vos besoins ? <input type="checkbox"/> Totalement <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Pas du tout
S'il y en a, quelles sont les difficultés et besoins manquants ?.....
17. Pensez-vous que le livret pourrait-être distribué tel quel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, pourquoi ?.....
18. Pensez-vous que ce livret puisse être distribué (plusieurs réponses possibles) : Par le biais des : <input type="checkbox"/> centres de rééducation <input type="checkbox"/> hôpitaux <input type="checkbox"/> cabinets libéraux de kinésithérapie <input type="checkbox"/> autre : ..... <input type="checkbox"/> sans formation <input type="checkbox"/> avec formation <input type="checkbox"/> avec des conseils / réponses à des questions éventuelles <input type="checkbox"/> sans conseils
19. Avez-vous déjà suivi une formation sur la manutention des personnes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
20. Si non, participeriez-vous à une formation sur la manutention des personnes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accepteriez-vous de participer à une interview rapide sur votre expérience ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

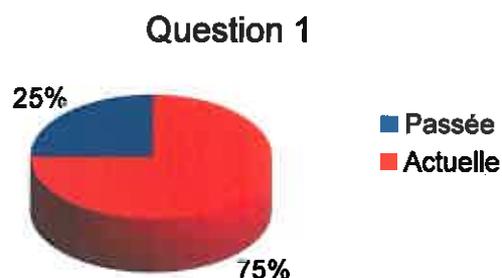
21. Veuillez cocher la case correspondant à la situation de votre proche :

<b><u>Gir : Degré de dépendance :</u></b>	
<input type="checkbox"/>	<b><u>Gir 1</u></b> : -Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,  -ou personne en fin de vie.
<input type="checkbox"/>	<b><u>Gir 2</u></b> : -Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante  -ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
<input type="checkbox"/>	<b><u>Gir 3</u></b> : -Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
<input type="checkbox"/>	<b><u>Gir 4</u></b> : -Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement,  -ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.
<input type="checkbox"/>	<b><u>Gir 5</u></b> : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
<input type="checkbox"/>	<b><u>Gir 6</u></b> : Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

**Annexe IV**  
**RESULTATS DU QUESTIONNAIRE POUR LES AIDANTS :**

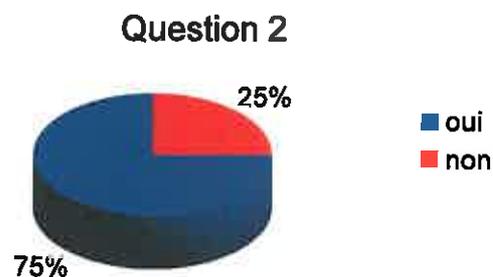
**Question 1 : Votre situation d'aidant est :**

	Effectif	Rapport (%)
Passée	3	25%
Actuelle	9	75%
TOTAL	12	100%



**Question 2 : Etes-vous l'aidant principal de la personne aidée ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	9	75%
Non	3	25%
TOTAL	12	100%



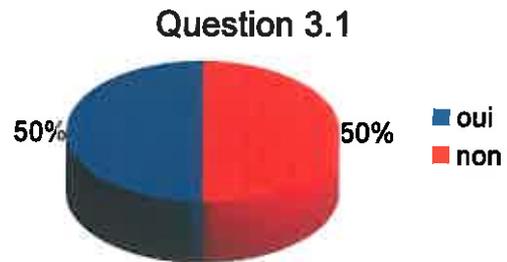
**Question 3 : Vivez-vous avec la personne aidée ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	8	67%
Non	4	33%
TOTAL	12	100%



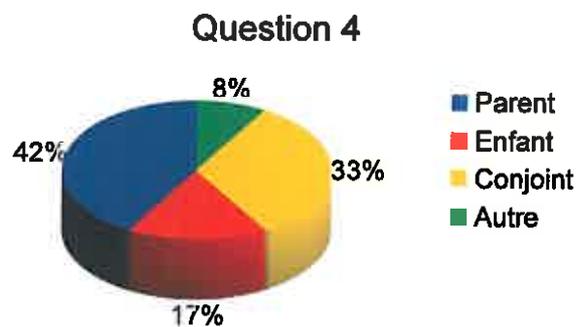
**Question 3.1 : Si non, vit-elle seule ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	2	50%
Non	2	50%
TOTAL	4	100%



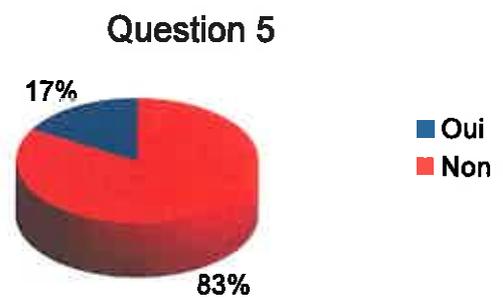
**Question 4 : La personne aidée est :**

	Effectif	Rapport (%)
Parent	5	42%
Enfant	2	17%
Conjoint	4	33%
Autre	1	8%
TOTAL	12	100%



**Question 5 : Avez-vous d'autres personnes à charge ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	2	17%
Non	10	83%
TOTAL	12	100%



**Question 5.1 : Si oui, s'agit t'il :**

	Effectif	Rapport (%)
Enfant	2	100%
Autre parents	0	0%
Autre	0	0%
TOTAL	2	100%

**Question 6 : Vivez-vous en couple ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	9	75%
Non	3	25%
TOTAL	12	100%



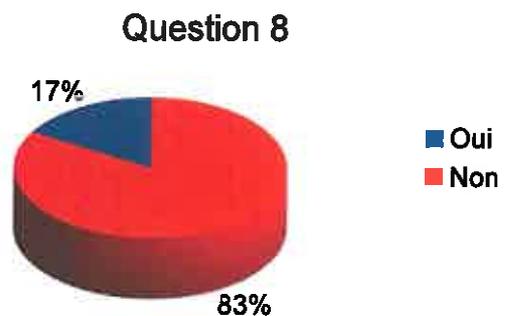
**Question 7 : Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	5	42%
Non	7	58%
TOTAL	12	100%



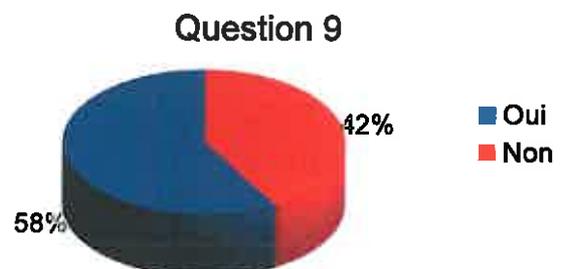
**Question 8 : Avez-vous arrêté votre activité professionnelle pour assumer votre rôle ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	2	17%
Non	10	83%
TOTAL	12	100%



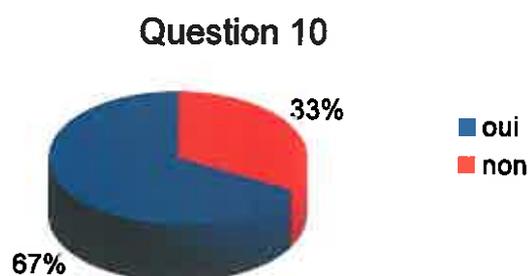
**Question 9 : Exercez-vous votre rôle à temps complet ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	7	58%
Non	5	42%
TOTAL	12	100%



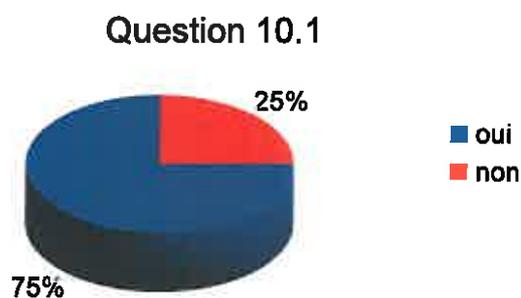
**Question 10 : Avez-vous des difficultés pour aider votre proche à se déplacer au quotidien ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	8	67%
Non	4	33%
TOTAL	12	100%



**Question 10.1 : Si non, en avez-vous eu dans le passé ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	3	75%
Non	1	25%
TOTAL	4	100%



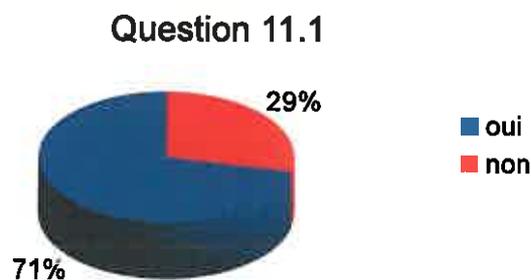
**Question 11 : Avez-vous reçu des conseils pour aider votre proche à se déplacer à son domicile ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	7	58%
Non	5	42%
TOTAL	12	100%



**Question 11.1 : Si oui, était-ce sur votre propre demande ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	5	71%
Non	2	29%
TOTAL	7	100%



**Question 12 : Avez-vous déjà entendu parler de la manutention des personnes ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	5	42%
Non	7	58%
TOTAL	12	100%



**Question 13 : Le livret est-il agréable à lire ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	12	100%
Non	0	0%
TOTAL	12	100%

**Question 14 : La présentation est-elle claire ?**

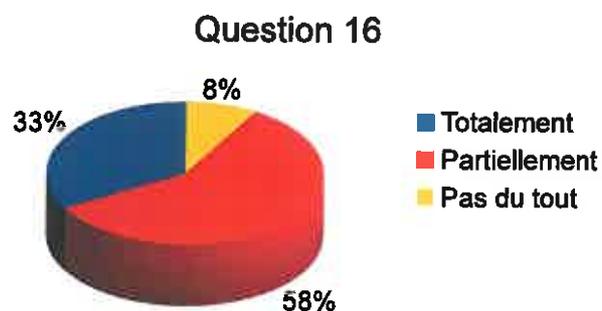
	Effectif	Rapport (%)
Oui	12	100%
Non	0	0%
TOTAL	12	100%

**Question 15 : Les informations sont-elles lisibles et compréhensibles ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	12	100%
Non	0	0%
TOTAL	12	100%

**Question 16 : Les informations sont-elles adaptées à vos difficultés et à vos besoins ?**

	Effectif	Rapport (%)
Totalement	4	33%
Partiellement	7	58%
Pas du tout	1	8%
TOTAL	12	100%



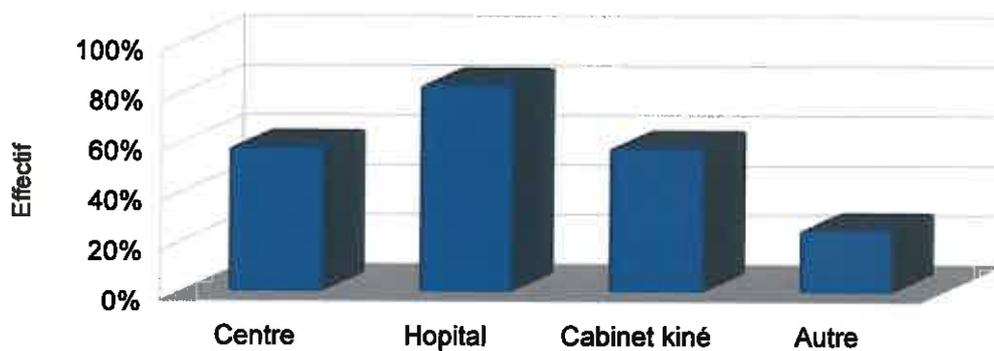
**Question 17 : Pensez-vous que le livret pourrait-être distribué tel quel ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	12	100%
Non	0	0%
TOTAL	12	100%

**Question 18 : Pensez-vous que le livret puisse être distribué :**

	Effectif	Rapport (%)
Centre	7	58%
Hopital	10	83%
Cabinet kiné	7	58%
Autre	3	25%
TOTAL	12	-

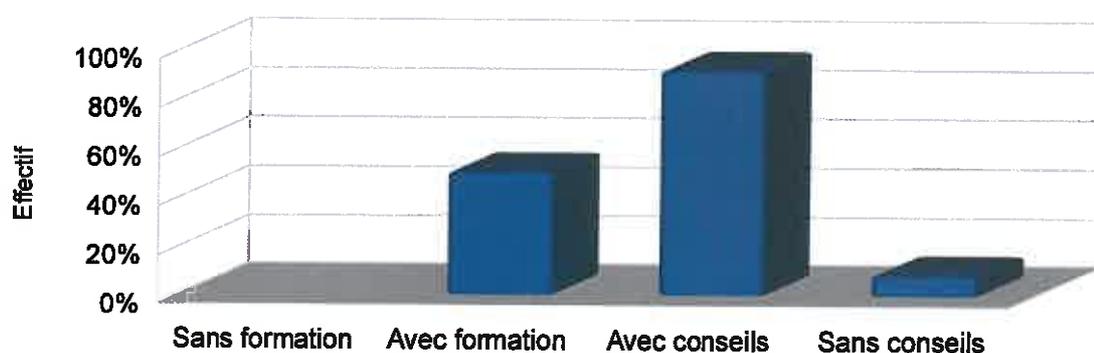
**question 18**



**Question 18.1 : Pensez-vous que le livret puisse être distribué :**

	Effectif	Rapport (%)
Sans formation	0	0%
Avec formation	6	50%
Avec conseils	11	92%
Sans conseils	1	8%
TOTAL	12	-

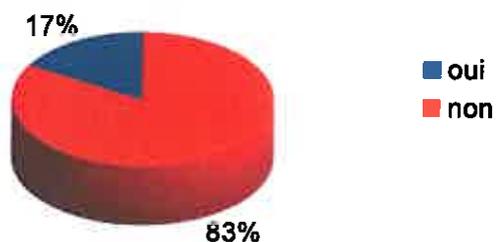
**Question 18.1**



**Question 19 : Avez-vous déjà suivi une formation sur la manutention des personnes ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	2	17%
Non	10	83%
TOTAL	12	100%

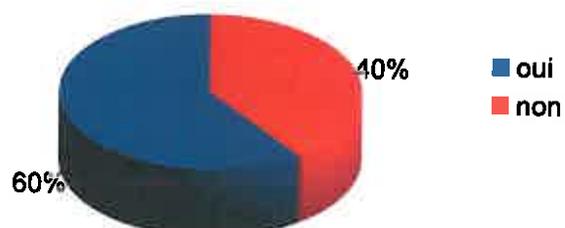
**Question 19**



**Question 20 : Si non, participeriez-vous à une formation sur la manutention des personnes ?**

	Effectif	Rapport (%)
Oui	6	60%
Non	4	40%
TOTAL	10	100%

**Question 20**



**Question 21 : Degré de dépendance .**

	Effectif	Rapport (%)
Gir 1	2	17%
Gir 2	6	50%
Gir 3	3	25%
Gir 4	1	8%
Gir 5	0	0%
Gir 6	0	0%
total	12	100%



	Age aidants	Age aidés
Questionnaire 1	66	86
Questionnaire 2	56	50
Questionnaire 3	32	75
Questionnaire 4	49	31
Questionnaire 5	76	N.C
Questionnaire 6	66	70
Questionnaire 7	62	91
Questionnaire 8	68	75
Questionnaire 9	49	50
Questionnaire 10	62	75
Questionnaire 11	55	86
Questionnaire 12	70	55
Age moyen	59	68
Age médian	62	75

**N.C= Non communiqué**