

Décryptage

LA PRÉVENTION DES TMS CENTRÉE SUR LE SOIN

Cet article explique en quoi consiste la démarche de prévention des TMS « *Accompagner la mobilité de la personne aidée en prenant soin de l'autre et de soi* » (ALM), adoptée par l'INRS et le réseau Assurance maladie – Risques professionnels. Il retrace l'historique de cette méthode adaptée aux secteurs de l'aide et du soin à la personne, à domicile et en établissement, en détaille les modalités, illustre par des exemples concrets les résultats auxquels elle a contribué, et expose ce qui a incité des dirigeants de structure et des soignants à l'adopter.

CARE-FOCUSED MSD PREVENTION – This article explains the MSD prevention approach which consists in supporting the mobility of the person needing help by taking care both of that person and of oneself, adopted by INRS and the Health insurance/Occupational risk network. It traces the history of this method adapted to in-home and facility care and help, describes the modalities, illustrates its results through concrete examples, and explains why leaders of establishments and caregivers have adopted it.

CAROLE
GAYET
INRS,
département
Expertise
et conseil
technique

La démarche ALM

La démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) « *Accompagner la mobilité de la personne aidée en prenant soin de l'autre et de soi* » (ALM) a été adoptée par l'INRS en 2018. Intégrant la prévention du risque lié à la manutention dans la démarche de soin, elle a permis de diviser par dix, en moins de dix ans, le nombre de jours d'arrêt liés aux accidents du travail d'un groupe hospitalier qui l'a éprouvée.

La démarche ALM ne se substitue pas aux dispositifs de formation existants mais les complète – que ce soit en formation initiale (par exemple, le diplôme national d'aide-soignant) ou en formation continue: Prap-2S, ASD, SMS, etc.¹ En ce sens, elle est en cours d'intégration à l'ensemble des dispositifs de formations déployés envers ces secteurs. Si les soignants ne se veulent, bien évidemment, pas maltraitants vis-à-vis des patients comme d'eux-mêmes, la culture professionnelle qui a trop longtemps prévalu ne tenait pas assez compte de leur santé: l'adage « *Prendre soin de soi pour prendre soin des autres* », qui semble dorénavant une évidence pour un grand nombre d'acteurs, n'était pas suffisamment intégré dans les pratiques. Au cours de la formation initiale, des techniques et gestuelles de manutention « standardisées » sont de mise.

Avec la démarche ALM, il s'agit de faire acquérir à l'ensemble des personnels soignants une culture de prévention, comprenant les concepts, moyens et méthodes permettant de réaliser des soins de qualité, tout en préservant leur santé et leur sécurité au travail. Cette approche commence par le nécessaire engagement de toute la chaîne des soignants: directions d'établissements, cadres de santé ou responsables de secteurs, et soignants eux-mêmes. Ses objectifs sont de considérer que chaque situation de soin doit être adaptée au patient et tenir compte de son état de santé – dont la mobilisation de ses propres compétences fait partie intégrante. Ainsi, le soignant peut préserver à la fois sa propre santé et celle du patient (Cf. Encadré 1).

Née sous l'appellation de « *soin de manutention* », la démarche ALM est le fruit d'une réflexion de plusieurs dizaines d'années sur les réalités quotidiennes du travail des professionnels soignants. Ses initiateurs sont Bernard Venaille, cadre kinésithérapeute, et Jean-Philippe Sabathé, infirmier, tous deux ergonomes et professionnels de terrain, le premier chargé de prévention et le second, responsable du département de prévention des risques professionnels au groupe hospitalier Paris – Saint Joseph (GHPSJ). L'association OETH (Obligation d'emploi des travailleurs handicapés



© Gael Kerbaol/INRS/2018

du secteur médico-social) a contribué à faire évoluer leur réflexion, lorsqu'il y a plus de dix ans, elle s'est adressée à eux pour leur demander de l'aider à garder au travail des soignants en restriction d'aptitude physique. « Après que nous avons admis qu'il n'y avait pas de façon de porter qui n'ait de conséquences néfastes sur la santé des professionnels, et que le recours aux équipements d'aide au

déplacement (lève-personne, drap de glisse...) était parfois incontournable pour leur sécurité, il fallait trouver un moyen de les convaincre de les intégrer dans leur pratique quotidienne de soins », retrace Bernard Venaille. Non pas dans leur intérêt (de leur point de vue, et avant la mise en place de cette démarche), puisque celui du patient était considéré comme prioritaire. « Un soignant privilégie la

ENCADRÉ 1

LES « ATTENDUS » DE LA DÉMARCHE ALM

- Le professionnel maîtrise l'enchaînement des différents mouvements constitutifs des déplacements spontanés humains (se lever, s'asseoir, se mettre sur le côté allongé, se rehausser dans un lit...).
- Cette maîtrise lui permet, en complément des informations mentionnées dans le dossier de soin, pour chaque déplacement qu'il accompagne d'évaluer mouvement après mouvement ceux

que la personne peut ou ne peut pas faire seule.

- Le professionnel connaît les caractéristiques des équipements d'aide à la manutention à sa disposition (lit, drap de glisse, lève-personne...).
- Pour chaque mouvement que la personne ne peut pas faire seule, le professionnel choisit l'assistance à apporter et aménage l'environnement pour que le déplacement soit réalisé dans

des conditions qui préservent la santé et la sécurité de l'un et de l'autre: assistance verbale, manuelle (si le portage n'est pas délétère) ou matérielle (équipements d'aide à la manutention).

- En résumé: pas de « technique de manutention » standardisée, une démarche de prévention des TMS intégrée dans le soin et le prendre soin: pas d'adaptation de l'homme au travail, mais l'adaptation du travail à l'homme.



UNE CULTURE SOIGNANTS « CLASSIQUE »	LA CULTURE SOIGNANTS « VISÉE » (INTÉGRANT UNE CULTURE DE PRÉVENTION, NOTAMMENT DES TMS)
<ul style="list-style-type: none"> Évaluation globale des capacités du patient à réaliser le déplacement considéré avant sa réalisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des capacités du patient mouvement par mouvement composant le déplacement à réaliser
<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des capacités dans un cadre propre à l'intervenant. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des capacités selon un cadre de référence partagé et commun : mesurer l'écart entre les mouvements réalisables et abolis du déplacement à réaliser afin de définir l'assistance à apporter (se lever, s'asseoir, se rehausser ou se mettre sur le côté dans un lit...).
<ul style="list-style-type: none"> Évaluation périodique (dossier de soins, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation systématique pour chaque déplacement.
<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement du déplacement dans sa globalité selon une modalité unique, souvent manuelle avec portage délétère, ou matérielle → la personne ne fait pas seule le ou les mouvements qu'elle a les capacités de faire seule. 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement mouvement par mouvement selon des modalités [guidance verbale, assistance manuelle (hors portage délétère), matérielle], qui peuvent être différentes pour chaque mouvement du déplacement → la personne fait seule le ou les mouvements qu'elle a les capacités de faire seule.
<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement générique et standardisé du déplacement. 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement singulier de chaque mouvement du déplacement
<ul style="list-style-type: none"> Équipements (mobilier, aides techniques, outils d'aide type lève-personne ou drap de glisse) choisis indépendamment de la possibilité de réaliser les mouvements élémentaires des déplacements spontanés. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition d'équipements (mobilier, aides techniques, outils d'aide type lève-personne ou drap de glisse) qui contribue à la réalisation des mouvements élémentaires des déplacements spontanés.
<ul style="list-style-type: none"> Techniques et gestuelles de manutention reproductibles pour toutes les prises en charge de personne, enseignées en formation initiale, transmises entre pairs. 	<ul style="list-style-type: none"> Démarche reproductible pour toutes les prises en charge, qui construit un soin singulier partagé dans les pratiques professionnelles collectives, pour devenir une règle de métier.
<ul style="list-style-type: none"> La formation du professionnel à l'utilisation sécuritaire des équipements. 	<ul style="list-style-type: none"> L'intégration des équipements dans le déplacement à réaliser, choisi pour ses caractéristiques propres à assister le mouvement que le patient ne peut pas effectuer seul.

TABLEAU 1 →
Les intérêts d'une démarche intégrant les principes généraux de prévention et l'émergence d'une culture de prévention en milieu de soins.

mise debout d'un patient, car il est persuadé que cet effort préserve son autonomie. Il faut donc lui faire admettre que dans certains cas, un équipement d'aide (lève-personne, etc.) est une meilleure solution », explique-t-il. La prévention des risques professionnels devait donc s'adapter à la logique des soins et des professionnels.

Bernard Venaille propose de revenir aux déplacements spontanés, ceux que réalisent naturellement tous les êtres humains au terme du développement psychomoteur depuis la naissance (se mettre debout, s'asseoir, marcher...). Le professionnel doit connaître l'enchaînement des mouvements composant les déplacements spontanés comme un référentiel pour évaluer ceux que le patient peut ou ne peut pas faire pour un déplacement donné à un moment donné. Il adapte en conséquence l'accompagnement nécessaire et l'environnement (hauteur du lit, libérer l'espace autour de la zone de déplacement...) pour compenser la partie du déplacement que le patient ne peut réaliser seul, et non l'ensemble du déplacement : guidance verbale, assistance manuelle (hors portage délétère?) ou matérielle (via des équipements d'aide à la manutention)... La manutention est alors appréhendée comme un soin à part entière (laisser la personne réaliser les mouvements qu'elle peut faire seule lors d'un rehaussement au lit par exemple, afin de maintenir ou de solliciter à nouveau ses capacités à ce moment

donné, ce qui participe aussi du soin) ou dont elle est une composante (roulement latéral préalable à un acte technique, par exemple). Toute manutention est précédée d'une évaluation des capacités du patient à se mouvoir, puisqu'elles peuvent fluctuer au cours de la journée. Les professionnels sont satisfaits car, tout en intégrant un équipement si celui-ci s'avérait nécessaire, ils font participer le patient à son déplacement lors des soins. Intégrer un tapis de glisse dans un soin de rehaussement au lit est accepté, dès lors qu'il valorise les capacités du patient. Cette démarche modifie la culture des professionnels quant à la conception même de leur pratique : en effet, le soin est réalisé sans avoir à porter nécessairement le patient.

Dans le corpus du diplôme d'aide-soignant, le port de charge est encore trop souvent sous-entendu comme un risque indissociable de la profession. L'INRS a d'ailleurs proposé au ministère de la Santé d'intégrer la démarche dans le référentiel de formation du diplôme d'aide-soignant, en cours de réingénierie. Comme toute démarche de prévention, la démarche ALM implique de nouvelles pratiques professionnelles pour les soignants, ainsi qu'une culture de prévention partagée par les décideurs. Ces derniers doivent en appréhender tous les enjeux pour adopter une organisation du travail permettant sa mise en application effective. La démarche permet aussi d'optimiser

le choix et l'achat d'équipements dotés des fonctionnalités permettant concrètement sa mise en œuvre, ainsi que de concevoir des lieux de travail adaptés et de donner à l'ensemble des équipes les moyens (en temps notamment) de se former – la formation à la prévention des risques professionnels devant être perçue comme un investissement à très long terme.

La démarche ALM (Cf. Encadré 1 et tableau 1), qui est globale et centrée sur les activités de soins, doit donc être perçue comme une évolution de l'approche en matière de prévention des risques liés aux TMS auxquels sont exposés les soignants – et notamment lors des manutentions de patients – plutôt que comme une rupture dans les pratiques de prévention et/ou de formation. Elle a pour ambition d'accompagner une évolution plus large en matière de prévention des TMS, telle que souhaitée par le réseau Assurance maladie - Risques professionnels (AM-RP) à travers l'ensemble de ses dispositifs d'actions, notamment: celle de l'intégration d'une véritable culture de prévention dans les lieux de soins, « *Prendre soin de soi pour mieux prendre soin des autres* ».

Ses modalités de déploiement

Comme déjà évoqué précédemment, la démarche ALM, avant tout déploiement, présuppose la nécessaire implication des directions d'établissements. Celles-ci doivent avoir compris les enjeux associés à la prévention des TMS en milieux de soins – et notamment l'intérêt, tant pour les personnels que les patients (préservation et recherche de l'amélioration de la santé de tous). Une fois cette étape acquise, ils doivent aussi en percevoir les enjeux en termes d'intérêts financiers et d'investissements: formations (la démarche ALM accompagne et complète des programmes tels que MACPT-2S, Prap-2S¹, etc.), acquisition d'équipements ou de matériels, etc.³. Il est très important également que le « management intermédiaire » (cadres de santé, responsables de secteurs...) comprenne les intérêts multiples présentés par une démarche à la fois sectorielle – spécifique aux milieux de soins – et qui reprend et intègre les principes de prévention communs à l'ensemble des secteurs (programmes nationaux TMS-Pros, Prap, MACPT). Les soignants enfin, représentent les publics les plus directement visés, notamment dans le cadre des cursus de formations et des éventuelles acquisitions d'équipement ou modification des locaux qui seront déployés ensuite; là encore, leur implication est essentielle pour une appropriation de la démarche et un changement de « cultures de pratiques » qui pourra impacter, bien sûr leur propre exercice, mais aussi, par diffusion, celui des collègues, et au-delà, contribuer à l'amélioration de la santé des patients dans le respect de celle des soignants.

Dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France et la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (Cramif), le GHPSJ a été amené à organiser des sessions de formation de référents TMS – soignants, à destination de professionnels issus d'autres établissements.

Plusieurs d'entre eux ont accepté de livrer leurs retours d'expérience sur la mise en œuvre de la démarche au sein de leurs structures. C'est le cas de Céline Huriez, cadre de santé au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand-Widal – Saint-Louis, qui a suivi cette formation au printemps 2018. Elle témoigne que la démarche est bien accueillie par ses collègues, car perçue comme une marque d'intérêt et de vigilance à l'égard de leur santé. Un formateur pour chacun des trois établissements du groupe relaie le déploiement de la démarche auprès des personnels. Ces trois formateurs s'adressent en priorité à des services identifiés comme « accidentogènes » ou volontaires. Cinq à six séances d'une durée d'une heure sont programmées pour s'exercer à la démarche avec le matériel disponible: observation du déplacement spontané, mémorisation du sens de déroulé des étapes, accompagnement verbal, intégration des outils d'aide (drap de glisse, potence et poignée de traction, fonctionnalités du lit...), possibilité de mise en œuvre avec les patients accueillis. Un point de vigilance à noter pour l'appropriation de la démarche par les soignants: « *Si le cadre n'est pas partie prenante, c'est compliqué, car c'est lui qui se charge de recruter des personnes de son équipe qui vont suivre la formation* », souligne-t-elle.

Depuis près de deux ans, le centre ressources du GHPSJ a complété son offre de formation par des sessions destinées aux directeurs d'établissements, acteurs clés dans la mise en place de la démarche dans les structures. Franck Bienfait, directeur du centre hospitalier La-Mauldre à Jouars-Pontchartrain depuis 2014 et directeur d'établissement depuis plus de vingt ans, a suivi ce stage. Il témoigne des modalités pratiques du déploiement de la démarche dans son établissement en ce qui concerne l'infirmière de santé au travail, qui a suivi de son côté la formation de référent TMS – Soignant au centre ressources du GHPSJ et est référente TMS à mi-temps au sein du centre hospitalier: « *Depuis qu'elle consacre la moitié de son temps de travail à cette fonction, les pratiques métier évoluent de jour en jour* ».

Plus généralement et pour ce qui est des établissements qui ne se seraient pas encore engagés dans la démarche ALM, les préventeurs du réseau AM-RP peuvent les accompagner et les aider à concevoir un environnement favorable à son déploiement: investir dans les équipements dotés des fonctionnalités attendues, effectuer des choix



architecturaux adaptés lors de travaux de conception et de rénovation, orienter les professionnels vers les dispositifs de formation qui intègrent la démarche. C'est un des volets de la convention signée entre l'INRS et le GHPSJ en 2019. Et à l'horizon 2020-2021, les référentiels de compétences des formations Prap-2S (Prévention des risques liés à l'activité physique en secteur sanitaire et médico-social), ASD (Aide et soin à domicile) et SMS (Sanitaire et médico-social) intégreront les différents éléments de la démarche.

Ses résultats concrets

Une évaluation réalisée par l'INRS dans un établissement (en 2009) montre par ailleurs qu'un investissement dans des équipements (verticalisateurs, lève-personnes, tapis de rehaussement) et de la formation pour prévenir le risque de TMS dans les soins de manutention (formalisée depuis dans le cadre de la démarche ALM), a été amorti en à peine plus de trois ans, grâce à une réduction de 60% des jours d'arrêt liés aux accidents du travail⁴. Et si Céline Huriez ne dispose pas encore de retours quantifiés (diminution du nombre d'AT ou de l'absentéisme...) sur les effets positifs de la démarche, un exemple concret illustre pourtant qu'elle porte ses fruits. Les services de soins sont plus autonomes dans l'identification de leurs propres besoins (en équipements, conception ou modification des locaux). Mieux: ils sont devenus leurs propres pres-

cripteurs en matière d'équipements adaptés aux manutentions propres aux pathologies des patients. Les résultats sont très positifs: « *On constate que les demandes sont très pointues, s'inscrivant dans des projets réfléchis et structurés, portant sur des équipements dont les fonctionnalités correspondent précisément aux capacités des patients et aux besoins des professionnels* », se réjouit-elle. Deux autres points lui apportent une grande satisfaction:

- Les patients sont sensibilisés à la démarche dès leur arrivée dans le service, l'équipement utile à leur mobilisation confortable et sans risque pour les soignants est intégré dans leur projet de soin.
- À Fernand-Widal, spécialisé notamment en gériatrie, tous les stagiaires sont formés au soin de manutention par un formateur relais. « *On sent une culture de prévention des TMS qui s'installe* », s'enthousiasme Céline Huriez. Les soignants témoignent que les nouvelles pratiques sont plus confortables pour les patients qui participent plus dans le cadre d'une relation patient/soignant améliorée. Au Centre hospitalier La-Mauldre aussi, le directeur, Franck Bienfait, témoigne aussi de sa satisfaction: installation de rails au plafond, dotation en draps de glisse. « *Ensuite, il faut en suivre l'utilisation effective, apprendre à s'en servir* », pondère-t-il. Pour cela, des formations sont réalisées sur l'aide au déplacement des patients/résidents. Pour Carole Niobé, infirmière à l'Ehpad⁵ Saint-Louis de Cergy-Pontoise, la tâche a d'emblée été

Mise à hauteur d'un brancard pour la douche par une soignante dans un établissement médico-social.



© Philippe Castano pour l'INRS/2018

facilitée du fait de la volonté de la direction du centre hospitalier René-Dubos, auquel est rattaché son établissement, de prévenir les TMS. Elle a été formée par le GHPSJ, tout comme l'ergothérapeute de l'Ehpad et la cadre kinésithérapeute de l'hôpital. Ensemble, elles ont construit un projet de prévention des TMS. Il comprend des sessions de formation de deux jours non consécutifs: un apport théorique et une observation du déplacement spontané le premier jour puis, quelque temps après, un deuxième jour de mise en situation, pour évaluer l'appropriation par les agents et l'intégration des outils d'aide à la manutention. D'autres actions participent à la prévention des TMS: acquisition de nouveaux équipements (lits, chariots et chaises de douche), réaménagement de chambres et de salles de bain. Le trio anime aussi le module ergonomie de l'Ifsi (Institut de formation en soins infirmiers) et de l'Ifas (Institut de formation des aides-soignants) du groupe, consacré à 100% au soin de manutention avec une évaluation portant sur l'appropriation par les élèves des composantes de la démarche ALM. Carole Niobé intervient auprès des nouveaux embauchés dans l'Ehpad et en cas d'accident du travail, pour modifier les pratiques dans le sens du soin de manutention. Afin de faire en sorte que les agents ne portent plus les résidents, elle les aide à comprendre comment et pourquoi intégrer dans les soins les équipements disponibles. Elle insiste sur le fait que sa proximité et sa disponibilité auprès des équipes au quotidien facilitent la réussite de la démarche.

Mais encore...

Renouant avec l'origine du partenariat d'OETH avec le GHPSJ, Pierre-Marie Lasbleis, actuel directeur général de l'association, est convaincu par la démarche ALM: « *l'équipe du GHPSJ a parfaitement intégré les ressorts professionnels des soignants. Le soin de manutention est d'abord pensé comme un soin qui par surcroît, protège le professionnel* ». C'est pourquoi, dès l'été 2019, OETH a contribué au financement de l'action du Groupe de santé des Hauts-de-France Ahnac (Association hospitalière Nord-Artois clinique), visant à ce qu'à l'horizon 2020, soient formés par l'équipe du GHPSJ, son comité de direction, douze référents prévention TMS en interne, et 240 professionnels de ses six Ehpad, dont 100% des soignants. Le tout est complété par l'acquisition des équipements qui permettront la mise en œuvre des nouveaux savoir-faire et le début de déploiement de la démarche dans les autres établissements du groupe. Sa direction est en effet tout aussi convaincue que Franck Bienfait, directeur du Centre Hospitalier La-Mauldre: « *Si un soignant s'épargne, c'est le patient/résident qui est gagnant* » (Cf. Encadré 2). ●

ENCADRÉ 2 BÉNÉFICES SUPPLÉMENTAIRES

Cette démarche a aussi pour intérêt majeur de prévenir les chutes, celles des personnes aidées comme celles des professionnels de l'aide et du soin. En effet, un test simple préalable à la mise debout consiste à s'assurer que la personne a la capacité de porter le poids de son corps sur ses jambes. Si le test n'est pas concluant, un outil d'aide devra pallier cette incapacité passagère ou durable. Ne pas mettre debout une personne, dont on sait à l'avance qu'elle risque de chuter, évite la mise en danger des patients bien sûr mais aussi des professionnels qui ont pour réflexe de retenir la chute, réaction qui a souvent pour conséquence un accident du travail de type lombalgie.

1. *Prap-2S: dispositif de formation « Prap » (Prévention des risques liés à l'activité physique) d'établissements du secteur sanitaire et médicosocial « 2S » (voir Formation réf. N04300, INRS). Formations Aide et soin à domicile « ASD » (INRS), notamment l'APS (acteur prévention/secours: voir: www.inrs.fr/services/formation/publics/intervenant-domicile.html). Formations « SMS » (secteur médicosocial): habilitées par l'INRS et le réseau Assurance maladie - Risques professionnels AM-RP (voir: www.inrs.fr/services/formation/demultiplication.html). Les référentiels de l'ensemble de ses formations ont été mis au point par l'INRS/AM-RP en lien avec les acteurs de secteurs. Voir aussi: MACPT-2S: Méthode d'analyse de la charge physique de travail « MACPT » appliquée au secteur 2S (voir: brochure ED 6161, INRS)..*

2. *Un « portage délétère » expose les professionnels à un risque d'accident de travail et/ou de maladie professionnelle (AT/MP).*

3. *Voir: Dossier « La prévention des risques: un atout pour la performance de l'entreprise ». Hygiène et sécurité du travail, juin 2018, 251, DO 21 (notamment l'article pp. 31-35). Accessible sur: www.hst.fr*

4. *Voir: ND 2310 (INRS) - Analyse coût-bénéfice des actions de prévention. Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant. Hygiène et sécurité du travail, 2009, 215, pp. 29-34. Accessible sur: www.hst.fr*

5. *Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ce secteur et les actions de prévention pouvant y être déployées font l'objet d'un dossier sur le site de l'INRS: <http://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/ehpad.html>; voir aussi de nombreux articles parus dans Travail & sécurité sur le sujet: www.travail-et-securite.fr*

POUR EN SAVOIR +

• Dossier « Santé et aide à la personne » de l'INRS: www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne.html