



Soignez en protégeant votre dos



Sommaire

Généralités	6
I. Introduction	6
A. Public cible	6
B. Objectifs	6
C. Comment ?	6
II. Quelques données statistiques pour commencer	7
Notre dos ... sa protection au niveau gestes et postures	8
I. Principes de base	8
A. Favoriser l'autonomie	8
B. Rechercher la collaboration entre soignants : le travail en équipe et l'organisation des soins	9
C. Les règles d'or	10
D. Les gestes et postures de base de protection du dos	16
E. Les déplacements naturels	17
F. Notions de base des méthodes gestuelles du domaine des soins	18
II. Application aux activités du domaine des soins	20
A. Rappel	20
B. Le lever du lit	20
C. La toilette « au lit »	25
D. La toilette « à l'évier »	30
E. La toilette « bains et douche »	31
F. L'aide à la continence et les soins d'incontinence	32
G. Installation sur une chaise, au fauteuil	34
H. Les déplacements « à pieds »	42
I. Les déplacements « en fauteuil roulant »	45
J. Les déplacements « en voiture »	47
K. Les mises au lit et installations	49
L. Les soins spécifiques infirmiers tels que bandages, pansements, injections, sondages urinaires	52
Notre dos ... quelques éléments essentiels pour sa protection	54
I. Utiliser des aides techniques	54
A. Généralités	54
B. Lit médicalisé (Pflegebett)	54
C. Potence (Bettgalgen)	55
D. Echelle de corde (Bettleiter)	55
E. Tapis antiglisse (Antirutschmatte)	55
F. Coussin one-way (Rollstuhlslide)	55
G. Rollboard, easyslide (Rollbrett, Gleitmatte)	56
H. Disque pivotant (Drehscheibe)	57
I. Planche de transfert (Transferbrett, Rutschbrett)	58
J. Tapis de transfert (Transfermatte)	59
K. Sangle multi-tâches (Aufrichthilfe)	59
L. Ceinture multiprise (Transfergürtel)	59
M. Lève-personne (Lifter) ou soulève-malade	60
N. Levier à station debout (Aufrichtlifter, Umsetzhilfe)	62
O. Appareil de levage pour baignoire	62
P. Siège percé, de bain, de douche (Dusch-und Toilettenrollstuhl)	62
Q. Planche de bain (Badebrett), siège de bain (Badewannensitz), banc de transfert	63
R. Rehausseur (surélévateur) de wc, de siège	64
S. Barres d'appui	64
II. Le stress et le mal de dos – Relation soignant, soigné	65
A. La souffrance du soignant	65
B. Le stress, phénomène positif ou négatif ?	65
C. Les ressources, l'adaptation aux contraintes	66
D. Etre à l'écoute de soi pour être à l'écoute de l'Autre	67
III. Soigner son alimentation...et votre dos, qu'est ce qu'il mange ?	68
A. Votre alimentation est-elle équilibrée ?	68
B. Pourquoi parler ici d'alimentation ?	68
C. Suis-je trop gros ?	68
D. C'est quoi l'« équilibre alimentaire » ?	68
E. 7 règles pour un bon poids	70
F. Quelques conseils pratiques en fonction des horaires de travail	71
Définitions – glossaire pour comprendre le contexte des aides et soins à domicile	72
Bibliographie	74
Remerciements	76

Sommaire des techniques

Pour trouver directement
les méthodes gestuelles... 

Translation latérale dans le lit	21
Redressement couché → assis dans le lit	23
Redressement assis → debout	24
Rehaussements dans le lit	26
Retournements latéraux, soignant dans le dos du patient	28
Retournements latéraux, soignant face au patient	29
Placement du bassin	33
Marche fessière avant	35
Transfert chaise → lit/chaise	36
Volte	37
Assis, rehaussement devant	39
Assis, rehaussement derrière	40
Marche fessière arrière	41
Relever du sol à deux soignants avec 2 serviettes	43
Relever du sol de la personne agée mobile	43
Abaissement debout → assis	49
Abaissement assis → couché dans le lit	50

Généralités

I - Introduction

A - PUBLIC CIBLE

- Les infirmiers (-ères), aides-soignants (-es), aides seniors, aides socio-familiales, intervenant dans les soins à domicile ou dans une maison de soins.
- Les structures, les personnes intervenant dans l'adaptation, l'aménagement, (la conception), des domiciles et/ou des maisons de soins (la Cellule d'Evaluation et d'Orientation, l'Assurance Dépendance, le Service des Moyens Accessoires, ...)
- Les employeurs, les coordinateurs (-trices) de centres intervenant dans le financement des structures en ce qui concerne l'acquisition des aides techniques et/ou l'organisation de travail.

B - OBJECTIFS

Améliorer les conditions de travail des soignants (-tes) afin d'augmenter :

- Leur bien-être au travail en réduisant les risques de lombalgies et de troubles musculo-squelettiques (TMS).
- Leur disponibilité et leur efficacité auprès des patients.

C - COMMENT ?

- En identifiant les facteurs de risque dorso-lombaires et de TMS.
- En formulant des recommandations et en proposant des solutions.
- En apportant un outil de soutien, de référence pour les formations.

II - Quelques données statistiques pour commencer

Si on étudie les **problèmes de santé des travailleurs des milieux des soins**, on retrouve une prédominance des douleurs **dorso-lombaires 68%** (ALCOUFFE J. 2002), **52,9%** (MAUMET S. 2005).

Aux Etats-Unis, le personnel infirmier prend la cinquième place en ce qui concerne les lombalgies.

Comparés aux autres travailleurs des soins, les soignants à domicile présentent des problèmes plus répétés au niveau lombaire, **cervical et des épaules**.

Les problèmes sont plus fréquents chez les aides que chez les infirmiers (-ères) exception faite des cervicalgies (WOOD E., 1989).

Les facteurs associés aux lombalgies sont multiples :

- les postures pénibles ;
- le sentiment de stress qui multiplie par deux le risque de lombalgies ;
- le manque de moyens pour faire un travail de bonne qualité ;
- l'ancienneté qui joue plus que l'âge ;
- l'absence de pratique sportive régulière ;
- le fait de ne pas appliquer la formation gestes et postures dans le travail quotidien.

Pour les soignants à domicile s'y ajoutent :

- le nombre de kilomètres parcourus par jour,
- le manque d'accès au lit et à la toilette, ainsi qu'une hauteur inadaptée de lit,
- le nombre de patients vus par semaine.

La majorité des accidents de travail concernant la colonne lombaire surviennent lors de la manutention de personnes et lorsque le soignant essaie de retenir une personne qui tombe. Les accidents sont plus fréquents chez les travailleurs à domicile que chez les travailleurs hospitaliers.

Il faut **réagir et ... agir !!** Des moyens existent... les solutions concernent aussi bien votre environnement de travail, les aides techniques, le matériel utilisé, mais également vos méthodes, vos gestes et postures, sans oublier l'implication, la participation du patient et de sa famille.

En aucun cas, les propositions réunies au sein de ce manuel ne constituent des solutions rigides, « toutes faites ». Elles doivent être envisagées comme des pistes à adapter aux situations rencontrées au quotidien.



N'essayez pas de retenir une personne âgée qui tombe mais, accompagnez-la, atténuez sa chute par l'arrière.

Notre dos... sa protection au niveau gestes et postures

I - Principes de base

A - Favoriser l'autonomie

L'autonomie (du grec : autonomos : qui se régit par ses propres lois) peut être définie comme une indépendance physique et psychique. La personne autonome n'a pas besoin de l'aide d'autrui, elle pense et agit elle-même.

La préservation de l'autonomie du bénéficiaire d'aides et de soins ne profite pas seulement à la personne concernée mais également au soignant. La fréquence et la pénibilité de la manipulation ou manutention des personnes augmentent avec le degré de dépendance. La perte d'autonomie dans le contexte qui nous intéresse ici, est définie comme un handicap relié à l'impossibilité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante dans son environnement habituel (Blouin. M., Bergeron. C., 1995).

Différents facteurs peuvent être responsables d'une perte d'autonomie :

- les facteurs liés au vieillissement ;
- les maladies et les médicaments ;
- un alitement prolongé ;
- les problèmes d'afférentation (problèmes de vision, d'audition, de sensibilité) ;
- les chutes ;
- les facteurs psychologiques ;
- les causes sociales (habitat, entourage) ;
- toute prise en charge excessive par l'entourage associée à une absence de stimulation de la personne.

Ce dernier point implique une évaluation de la perte d'autonomie avant la prise en charge d'un client et une réévaluation régulière.

Quatre niveaux d'intervention peuvent être déterminés (Stëftung Hëllef Doheem, 2004) :

- 1 - laisser faire :** le client fait lui-même ce qu'il sait faire
- 2 - faire faire :** le client doit être stimulé ou guidé
- 3 - faire avec :** le client nécessite de l'aide lors de certains actes
- 4 - faire pour :** le client ne sait plus faire, il faut le faire à sa place

Chaque geste que le client fait lui-même rend le travail du soignant moins pénible même si cela prend plus de temps. On essaiera de maintenir les capacités motrices des personnes en évitant la sédentarité et en fournissant des aides adaptées (aides à la marche, ...).

Voir : « les déplacements naturels » page 17.

Il s'agira aussi pour le soignant de faire face aux remarques des proches («vous êtes payés pour faire, alors faites ! ») et aux réflexes de surprotection par rapport aux personnes âgées.

B - Rechercher la collaboration entre soignants : le travail en équipe et l'organisation des soins

L'état du patient va déterminer le choix et le type de technique utilisée. Si **deux soignants** sont nécessaires pour des raisons de gabarit et/ou de passivité du patient (avec une absence d'adaptations du logement, d'aides techniques temporaires ou non), il est important que l'équipe réponde à ce besoin. Pour assurer, alors, un transfert de manière adaptée et non « comme on peut », une réflexion sur l'organisation des soins est opportune.

Ainsi, lors de l'élaboration des plannings, il est important de veiller à ce que le responsable, le coordinateur aménage un temps où :

- l'infirmier(ère) rejoigne l'aide-soignant(e) pour l'aider ;
- l'infirmier(ère), l'aide-soignant(e), collabore avec le kinésithérapeute libéral ou l'ergothérapeute pour les transferts « difficiles »...

C'est également à vous, soignant, de choisir d'adapter votre organisation, votre programme pour aboutir à un travail en équipe lorsque c'est nécessaire (par exemple en retardant ou en avançant le coucher d'un patient), c'est également à vous d'appeler un collègue au besoin...

La collaboration entre soignants ne comprend pas seulement l'aspect organisationnel du travail, elle tient compte aussi de l'aspect relationnel.

Cette collaboration entre soignants peut prendre diverses formes :

- Soutien émotionnel : écouter les affects, les difficultés de ses collègues dans la prise en charge des patients.
- Soutien informationnel : l'importance de transmettre les éléments sur le patient, les données sur l'organisation et de ne pas laisser ses collègues dans l'incertitude.
- Soutien matériel : partager les aides à la manutention.
- Soutien organisationnel : apporter une aide pour la réalisation d'une tâche par exemple lors d'un transfert.

Toutes ces formes de soutien et de coopération entre vous, soignants, jouent un rôle dans la protection de votre dos.

C - Les règles d'or

1. Evaluer la situation

Avant toute action de mobilisation du patient, il faut procéder à une évaluation et, ce, à partir des données issues du dossier de soin, des éléments communiqués par vos collègues lors des transmissions, et de votre propre observation en situation.

Suivant le degré de participation de la personne, il existe trois modes d'action :

Le mode passif : il n'y a aucune participation du patient (par exemple une personne dans le coma).

Le mode contrôlé : le patient ne possède que des réactions de soutien du cou et du tronc et ne peut pas aider pour le déplacement.

Le mode aidé : la personne participe activement au déplacement dans la mesure de ses possibilités.

Le patient est votre principal partenaire lors des déplacements, il est important de savoir jusqu'à quel point il peut vous faciliter la tâche, pour son bien et pour le vôtre, vous devez le faire participer à 100% de ses capacités.

> Evaluer l'environnement dans lequel se trouve le patient

Avant le déplacement de la personne : il est nécessaire de vérifier que vous disposez de suffisamment d'espace pour effectuer la manœuvre,

de placer (si possible) le lit à une hauteur adéquate et de vérifier qu'aucun matériel, entre autre, de soin ne peut entraver le déplacement.

Pour le travail avec chaise, fauteuil, il est important d'immobiliser ceux-ci, d'en vérifier la stabilité et de les orienter selon le déplacement à effectuer.

Il est également important d'examiner si l'état du sol (dégagé, sec et sans dénivelé) est satisfaisant.

Enfin, il faut rechercher s'il existe des aides techniques adaptées à la situation à laquelle vous êtes confrontés.

Pendant le déplacement de la personne :

la surveillance doit continuer (par ex. : la perfusion suit-elle ?...).

Après le déplacement de la personne :

il faut veiller à l'installation du patient (par ex. : le patient ne risque-t-il pas de glisser ?...).

> Evaluer le patient

En tenant compte des différents éléments, vous pourrez retenir un mode de procéder et proposez, alors, le besoin d'une aide d'un collègue.

> Et vous ?

Il est essentiel de vous auto-évaluer à propos de :

- votre condition « ... êtes-vous en pleine capacité de vos moyens ? Votre condition physique est-elle bonne ? »
- votre tenue vestimentaire : il faut que votre blouse et pantalon soient assez amples pour permettre d'être à l'aise et que vos chaussures soient adaptées, antidérapantes et tiennent aux pieds (fermées devant et derrière).
- les tabliers, blouses sont particulièrement déconseillés car ils limitent et gênent les mouvements. **Ne portez pas de bijoux, montres car ils peuvent être source d'accidents pour vous comme pour le patient** (chaînes et colliers peuvent être à l'origine d'étranglement ; les bagues peuvent griffer, blesser lors des prises).

2. Garder le dos selon ses courbures naturelles

Lorsque toutes les parties du corps se trouvent sur la ligne de charge (ligne passant par le milieu de la tête, du cou, du thorax et de l'abdomen), la posture est équilibrée. En cas de déficience, pour garder l'équilibre, un effort exagéré est imposé aux muscles, ligaments et articulations.

Afin de mieux répartir les pressions sur le disque et de garder un certain parallélisme entre les plateaux vertébraux, il est important que vous mainteniez votre colonne vertébrale selon ses courbures naturelles.

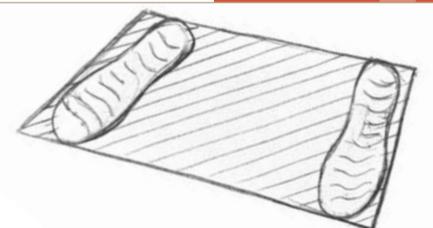


Les courbures naturelles de la colonne vertébrale vue de profil

3. Etre campé au sol

La stabilité est indispensable dans toutes les mobilisations pour votre sécurité comme pour celle du patient.

Vous êtes en équilibre quand la projection de votre centre de gravité (point un peu en dessous du nombril) se situe dans la zone contenant tous les points par lesquels votre corps repose sur le sol.



Lorsque la projection de votre centre de gravité sort de la zone hachurée, vous êtes en déséquilibre.

4. Veiller à l'orientation et à la mobilité des pieds

Il est indispensable de vous orienter en fonction du déplacement du patient pour éviter au maximum les flexions - rotations de la colonne vertébrale.

Les déplacements des pieds ou les pivots pour effectuer les changements de direction permettent de ne pas créer des forces en cisaillement au niveau du disque.



Vérifiez que vous disposez d'espace et que rien ne peut entraver la mobilisation.

5. Se rapprocher du patient

Plus vous vous en approchez, plus la pression sur les disques vertébraux essentiellement lombaires est réduite (voir manuel « Protégez votre dos », chapitre 2 « Notre dos ... son fonctionnement »-STM). C'est pourquoi, il faut que vous placiez vos hanches contre le lit lors des mobilisations.

6. Travailler avec les jambes

La flexion - extension des jambes ou le transfert du poids du corps de l'une vers l'autre permet la mobilisation de la personne avec une moindre participation vertébrale.

7. Assurer une bonne prise

Une bonne prise doit garantir la sécurité et un contact relationnel avec le patient.

La sécurité : la prise doit être ferme et toujours sur une surface osseuse solide (par ex. l'ischion).

Évitez les prises sous les aisselles et à la nuque, qui sont traumatisantes surtout chez les personnes âgées.

Le contact par l'intermédiaire du toucher, doit rester une forme de langage, un vecteur de communication. Il concerne à la fois le patient et vous, soignant.

Il peut vous donner, si vous êtes à l'écoute, des précieux renseignements. Pour ce faire, les saisies doivent être les plus douces possibles en évitant l'agrippement avec les mains en pince et en privilégiant plutôt les cuillères.

Enfin, il faut garder à l'esprit que le toucher doit être respectueux de la douleur qu'il peut provoquer, des convictions religieuses ou ethniques mais également de la pudeur de la personne déplacée.

8. Conduite à tenir

> Pour le travail à 2

Il doit y avoir un temps de préparation. Chaque participant à la mobilisation se positionne. Le soignant coordinateur décrit, commente la « manœuvre » à réaliser au patient mais aussi aux autres soignants : le sens du déplacement, le parcours... C'est également à ce moment que le coordinateur explique les commandements qu'il va utiliser.

Pour l'exécution, le coordinateur donnera un commandement net, précis et d'une voix assez forte afin de permettre une bonne synchronisation des gestes.

Il est préférable de travailler avec une personne de corpulence et de taille relativement semblables.

> Lorsque le patient s'agrippe

La nuque n'étant conçue que pour soutenir votre tête, évitez de laisser le patient y placer sa main.

En effet, même une faible traction peut engendrer des lésions.

9. Considérer la personne en tant qu'être humain, la relation soignant/soigné à travers les gestes

> La rencontre de deux personnes...

...un soignant... Soigner, c'est s'occuper d'une personne, veiller à son bien-être. Habiller, lever, laver, ... c'est au travers des gestes que le soignant prend soin...

...un soigné... Malade, client, patient, on peut utiliser diverses terminologies pour parler de la personne dont on prend soin... Ce soigné, ce corps, que l'on manipule est une personne qui a mal et qui est mal, une personne qui peut se sentir diminuée, affaiblie.

...par les gestes... C'est par le geste, le toucher que le soignant rencontre le soigné. Ces gestes peuvent être ressentis comme un geste qui peut faire mal ou au contraire un acte de douceur.

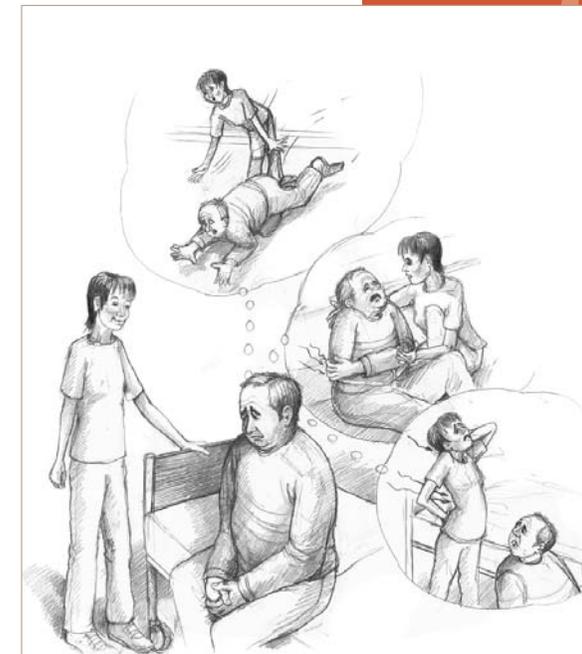
> Les types de relation soignant - soigné

Le soignant peut entrer en relation avec le soigné de différentes façons :

- par une relation sociale de civilité, qui permet de rentrer ou de garder contact avec le soigné. Ce type d'échange convivial permet de créer un climat de confiance (c'est parler de la pluie et du beau temps).
- par une relation fonctionnelle, c'est dans ce type de relation que le soignant recueille des informations sur l'état et les besoins du soigné.
- par une relation d'aide, l'écoute et l'attitude empathiques (attitude compréhensive sans empreinte d'évaluation ou de jugement) de la part du soignant permettent d'apporter le réconfort au soigné.

> « Manutentionner » une personne

C'est par l'adoption de certaines postures et gestes de manutention que le soignant protège son dos. En impliquant le client dans la manutention, le soignant stimule ses capacités ; il s'agit de solliciter au maximum ses possibilités de mouvements pour qu'il retrouve une certaine autonomie.



Motiviez le soigné afin de limiter ses peurs et son manque de confiance.

On manutentionne une charge, on bouge un colis, on transporte un sac, on manutentionne un corps. Il ne semble pas évident d'envisager l'association de ces deux mots. Pourtant, on parle aussi bien de « manutention des malades » ou de « grutage des clients ».

Une charge, un colis ne sont que des objets. Derrière ce corps que l'on manutentionne, il y a une personne qui ressent et qui pense. On ne peut envisager manutentionner un malade comme on manutentionne une charge.

La manutention d'une personne s'accompagne d'une communication, d'un contact relationnel pour que le patient ne se perçoive pas comme un objet mais comme une personne dans toute sa dignité.

> Comment motiver le soigné ?

Face à la souffrance du soigné, il peut y avoir les craintes du soignant, ces appréhensions légitimes, la peur de faire mal ou la peur de mal faire le geste.

Le soignant, pour protéger son dos, doit gagner en confiance en soi et en ses gestes. Expliquer, rassurer, faire participer le patient, c'est le rendre acteur de son état.

La communication du soignant n'est pas seulement verbale, le ton de sa voix, l'expression de son visage, sa façon d'être, de se tenir, sont autant d'informations qui vont rassurer ou inquiéter le patient.

Parfois, nous sommes confrontés à des soignés réticents, non coopérants, voire violents. Mais pourquoi certains refusent de s'investir alors qu'ils en sont capables ? Peut-être parce qu'ils sont fatigués, perçoivent la demande comme inutile, cela leur demande un trop grand effort, ils sont déprimés ou ils ont mal. **Pour faire face à ces difficultés, il est important d'accompagner le patient, de lui expliquer le bienfait de son implication.**

En pratique, quelque soit le contexte relationnel dans lequel va se dérouler la mobilisation, aisé ou plus difficile, il est important :

- Avant la mobilisation, d'annoncer au patient ce qui va se passer, comment il peut vous aider et quel est le code de communication qui va être utilisé. Il est également essentiel de le motiver et de le rassurer.
- Pendant la mobilisation, de rappeler au patient étape par étape ce qu'il doit faire tout en s'assurant qu'il se sente bien. Continuez à l'encourager et à le sécuriser.
- Après la mobilisation, de ne pas oublier de remercier le patient de son aide et de l'encourager pour la prochaine fois.

> Quelle distance entre le soignant et le soigné ?

Dans les rapports humains, nous maintenons tous une certaine distance avec nos semblables. Cette distance est plus ou moins importante selon certains contextes (lieu public ou privé). Nous développons une distance personnelle pour nous protéger des autres (45 à 75 cm), c'est la distance minimum acceptable.

Cette « bonne » distance relationnelle qui permet d'être empathique sans se sentir envahi par la souffrance. Elle est sans cesse réajustée en fonction de la dynamique relationnelle avec le soigné.

et de réconfort. Il n'est pas évident de trouver la « bonne » distance relationnelle, soigner sans agresser ni mater.

> Qu'un transfert de charge ?

Le soigné peut transmettre sa souffrance, ses craintes au soignant et à l'inverse, le soignant peut, lui aussi, transférer ses émotions au soigné.

Manutentionner une personne ne se limite pas à un transfert de charge. Il peut y avoir d'autres transferts entre le soignant et le soigné dont, souvent, nous n'avons pas conscience.

Au-delà, le soignant rentre dans une sphère protectrice. Dans cette distance intime (inférieure à 45 cm), la présence de l'autre s'impose et peut devenir envahissante ou au contraire, être source de protection

D - Les gestes et postures de base de protection du dos

1. La flexion du tronc à partir des hanches

En conservant les courbures naturelles du dos, il s'agit de réaliser une flexion au niveau des hanches. Ce mouvement permet de maintenir un certain parallélisme entre les plateaux vertébraux. En effet, dans certaines situations, la flexion des genoux ne suffit pas ou ne constitue pas la solution la plus appropriée.

2. L'appui antérieur



Ce geste consiste à poser une main (ou un coude) sur un support (par exemple le lit) situé en avant du tronc et d'y prendre appui. L'utilisation d'un appui antérieur permet de réduire la force développée par les muscles paravertébraux.

3. La fente avant - arrière

Les jambes sont écartées d'avant en arrière, l'une fléchie, l'autre tendue. La jambe qui est fléchie donne le nom à la fente.

Le passage du poids du corps d'une jambe à l'autre permet de faire avancer ou reculer la charge, la personne.

4. Les fentes latérales

Les jambes sont écartées latéralement de gauche à droite, un genou est fléchi et l'autre est tendu. Lors des mobilisations, le poids du corps passe d'une jambe à l'autre (l'attitude s'inverse) et permet de faire translater la charge, le patient.

5. La banquette

> de base

Les jambes sont écartées latéralement et en flexion de telle sorte qu'une des deux cuisses au moins soit horizontale et serve de support. Par extension des membres inférieurs, elle permet de soulever.

> en utilisant son poids du corps comme contrepoids

En effectuant une banquette plus ou moins prononcée et en tenant le patient, le poids du corps est utilisé pour déplacer le patient.

6. Le pivot

Il permet de réaliser une rotation par une action des jambes sans flexion - rotation du tronc.

Les jambes sont écartées latéralement de gauche à droite, l'une est fléchie et supporte le poids du corps et l'autre tendue, repousse tout en tournant sur le talon (=pivot).

7. L'archer

Pour tirer vers le haut (ou le côté), le coude est fléchi et guide la main avec l'épaule haussée afin de protéger cette dernière.



8. La voûte frontale

Position de deux soignants s'appuyant l'un contre l'autre par le haut du front, chacun avec le dos et le cou les plus proches possible des courbures naturelles.

Cela permet de réduire les forces développées par les muscles qui assurent la mobilité de la colonne vertébrale.



E - Les déplacements naturels

Afin de provoquer une autonomie croissante du patient, les attitudes et les trajectoires de celui-ci lors des transferts et des mobilisations doivent être les plus proches possible des schémas moteurs normaux.

Ces « déplacements naturels » sont des procédés utilisés par un individu « normal » pour passer d'une position à une autre. Connaître ces déplacements naturels vous permettra de comprendre les raisons des trajectoires, des techniques de base et leur finalité : l'autonomie du patient.

II - Application aux activités du domaine des soins

A - Rappel

Avant toute activité requérant un changement de position de la personne,

- Évaluez le patient (capacités physiques, mentales et désirs du moment) et décidez de la technique utilisée (passive, aidée ou contrôlée, seul ou à deux).
- Expliquez au patient ce qui va être fait, rassurez-le et incitez-le à collaborer.
- Positionnez le lit à une hauteur correspondant à vos hanches (lorsque vous êtes en fente latérale) afin de pouvoir appuyer celles-ci sur le bord du lit lors des mobilisations du patient ou des soins au lit.
- Assurez-vous que le matériel de soins (perfusions, sondes urinaires, ...) ne va pas entraver le mouvement.
- Préparez le matériel nécessaire tel que linges de rechange, matériel de soins pour les escarres, pantoufles, chaussures, cannes... et placez-le de manière logique sur la table de nuit, sur la chaise, au pied du lit...

B - Le lever du lit

1. L'environnement

La chambre, lieu de vie du patient, est aussi un lieu de travail pour vous, ... l'aménagement de la chambre doit être réexaminé, repensé en tenant compte de la dimension réelle des équipements, des tâches et des activités qui s'y déroulent, de la circulation des personnes et des équipements, de la sécurité du client et du soignant tout en favorisant l'autonomie du patient.

Le choix d'un lit médicalisé (à contrôle électrique de préférence), accessible sur trois côtés doit être privilégié surtout si le patient éprouve des difficultés à s'asseoir ou à se lever.

Cependant, certains patients sont opposés à l'utilisation d'un lit médicalisé pour différentes raisons : sentimentales, familiales,

Ce choix compréhensible humainement, devrait rester exceptionnel et être accepté uniquement pour des courtes durées de dépendance.

Lors de dépendance longue ou à durée indéterminée, un lit médicalisé doit malgré tout être exigé. En effet, dans ces cas, les contraintes posturales imposées aux soignants et à toute la famille lors de chaque changement de position dans le lit de la personne deviennent trop fréquentes et intolérables.

Pour assurer la circulation des personnes et l'utilisation d'équipements, des espaces minimaux sont requis :

- 1,5 m pour la giration d'un fauteuil roulant, les soins d'assistance au fauteuil et au lit ;
- 1,8 m pour la giration du lève-personne mobile, les transferts au fauteuil etc...

Il convient également d'éliminer les obstacles au passage (tels que fils électriques) et de retirer de la chambre tout équipement n'ayant plus d'utilité en rapport avec l'état de santé du patient (tel que multiples chaises).

Afin de prévenir le risque de chute du patient mais également de vous, soignant, les tapis ou les descentes de lit déjà présents devront soit être retirés soit être fixés par des bandes adhésives ou des systèmes antidérapants.

2. Les méthodes gestuelles et aides



> La translation latérale dans le lit

Elle est utilisée pour ramener le patient au bord du lit de votre côté avant de le redresser (s'il ne peut le réaliser lui-même). Cela permet de réduire les pressions exercées sur vos disques intervertébraux lors du redressement du client (voir le manuel « Protégez votre dos, 2 Notre dos ... son fonctionnement, STM »).

■ Positions de départ

Patient : couché sur le dos éloigné au centre du lit.

Soignant : face au bord du lit où le patient va être ramené (→ le côté le plus faible du patient ou le plus adapté à la disposition de l'environnement).

■ Préparation du mouvement

Patient : les 2 bras sont neutralisés.

Soignant :
prises : (pour un mouvement réalisé en 3 étapes) :

Etape 1



pour la translation de la partie supérieure du corps
- barre au niveau des épaules ;
- barre au niveau du creux lombaire.

Etape 2



pour la translation du membre inférieur
- cuillère, au niveau du talon ;
- prise en berceau au niveau du genou.

Etape 3



pour la translation du bassin
- barre fessière ;
- barre au niveau du creux lombaire.

Posture pour les 3 étapes : soignant en fente avant fléchie ou pour l'autre technique : en banquette.



Translation latérale du patient par inversion des fentes (avant à arrière).

■ Réalisation du mouvement



Consignes au patient : pour l'étape 1 « à 3 regardez votre ventre, 1-2-3 » [synchronisation du changement de fente du soignant au 3].

Action du soignant : inversez votre fente (fente avant fléchie à fente arrière) en tirant, en amenant le patient vers soi par étapes (tronc, puis membre inférieur et enfin, le bassin). Pour l'autre technique en banquette, utilisez le poids du corps comme contrepoids pour amener le patient vers soi par étapes (tronc, puis membre inférieur et enfin, le bassin).

OBSERVATIONS

Pour la technique aidée : le patient aide en écartant le bras et la jambe du côté du déplacement et pousse avec l'autre côté.

Pour la technique à 2 soignants : les 2 soignants sont côte à côte, face au bord du lit où le patient va être ramené. La technique étant réalisée en une seule étape, elle diffère quelque peu de la technique à 1 soignant.

LES PRISES :

Soignant 1 : un bras en barre au niveau des épaules, l'autre au niveau du creux de la taille.

Soignant 2 : un bras en barre fessière, l'autre au niveau des mollets.

LA CONSIGNE AU PATIENT : « à 3 regardez votre ventre, 1-2-3 » (synchronisation de l'action des soignants au 3).

L'ACTION DES SOIGNANTS : inversez votre fente (fente avant fléchie à fente arrière) en tirant, en amenant le patient vers soi ou pour l'autre technique, utilisez le poids du corps comme contrepoids pour amener le patient vers soi.

Le déplacement latéral doit être réalisé de manière modérée afin de réduire l'inconfort du patient. Au besoin, répétez les 3 étapes successivement.

■ Les aides techniques

Rollboard, easyslide - voir « Utiliser des aides-techniques » page 54.



> **Le redressement couché => assis dans le lit**

Lorsque le patient est au bord du lit, il s'agit de le verticaliser de la position couchée à la position assise puis éventuellement debout.

■ Positions de départ

Patient : allongé sur le dos à quelques centimètres du bord du lit de votre côté.

Soignant : face au bord du lit où le patient va être assis (→ le côté le plus faible du patient ou le plus adapté à la disposition de l'environnement).

■ Préparation du mouvement

Patient :

les bras et la jambe proches du soignant sont neutralisés.

Soignant :

prises :



avant-bras glissé sous l'épaule la plus proche jusqu'à l'omoplate éloignée avec la main à plat contre le dos (→ barre).



cuillère au-dessus du genou et à l'extérieur de la jambe éloignée en passant la main soit entre les 2 jambes ou soit par au-dessus des 2 jambes.

posture :

jambes écartées et fléchies très près du lit centrées sur le bassin du patient afin de pouvoir atteindre à la fois les épaules et les jambes.

■ Réalisation du mouvement



Consignes au patient :

« à 3 regardez votre ventre, 1-2-3 ». La **synchronisation** entre le lever de tête du patient (participant au soulèvement du thorax) et la poussée horizontale du soignant au «3» constitue la clef de cette technique.

Action du soignant : dans un premier temps, poussez horizontalement sur la main située entre les omoplates tout en soutenant le tronc et tirez horizontalement sur la cuillère du genou.

Dans un second temps, la traction au niveau du genou est dirigée vers le bas. Cette descente des jambes doit être mise à profit pour relever le buste. A cette action des bras est associée simultanément un pivot sur le pied de réception.

Le patient pivote à plat comme l'aiguille d'une boussole.



Redressement couché vers l'assis, le patient pivote à plat.

■ Position d'arrivée

Le soignant assure la sécurité en soutenant les jambes du patient avec le dessus de la cuisse et le bassin.

Observations

Pour la technique aidée : avec les mêmes prises que précédemment, aidez essentiellement le patient au niveau des jambes. Le patient est plus autonome au niveau du tronc. La consigne au patient est modifiée : « à 3, levez la tête et venez prendre mon épaule, 1-2-3 » (synchronisation de l'action du soignant au 3). Anticipez et esquivez la prise de l'épaule par le patient.

Pour les personnes âgées, procédez avec lenteur afin de minimiser les troubles circulatoires pouvant provoquer des vertiges et réalisez un arrêt plus long en position assise au bord du lit.

■ Les aides techniques

La potence, les barres de lit, échelle de corde pour aider à l'assise dans le lit
- voir « Utiliser des aides-techniques » page 54.



> Le redressement assis → debout

Si le patient ne souhaite pas marcher, se déplacer, mais désire plutôt être assis dans un fauteuil ou une chaise. - voir : G « Installation sur une chaise, au fauteuil » page 34.

Si le patient souhaite se mettre debout, marcher et qu'il est installé sur un **lit médicalisé**, prévoyez, si nécessaire, les aides à la marche (cannes, cadre de marche, déambulateur...). Ajustez la hauteur du lit afin que les pieds du patient touchent le sol et que sa flexion au niveau du bassin soit minimale.

Pour la marche - voir : H « Les déplacements "à pieds" » page 42.

Si le patient peut marcher mais qu'il est installé dans un **lit bas non médicalisé** procédez comme suit :



■ Positions de départ

Patient : assis au bord du lit.

Soignant : face au patient en le sécurisant.

■ Préparation du mouvement

Patient : le bras inactif est neutralisé et le pied actif (ou les pieds) est reculé (sont reculés) sous le bord avant du lit (attention à plat au sol).

Soignant :
prises :



- Bras glissé sous l'aisselle du bras neutralisé, main en cuillère entre les omoplates.
- Bras en rampe saisi par le bras actif du patient.

posture : fente avant avec jambe avant entre les pieds du patient.

Redressement de l'assis à la position debout.

■ Réalisation du mouvement



Consignes au patient : « à 3 penchez-vous vers l'avant, 1-2-3 »
(synchronisation : le soignant recule la rampe et inverse sa fente au 3)

Action du soignant : dans un premier temps, reculez et abaissez la rampe tout en passant d'une fente avant à une fente arrière pour amener la personne à se pencher vers l'avant. Dès que le patient est penché au-dessus de ses genoux (décollement des fesses), revenez en position initiale, ramenez le coude du patient au corps et remontez.

Observations

Autre technique : (pour les patients ayant besoin d'être sécurisés) : glissez vos 2 bras sous les aisselles du patient avec les mains en cuillère au niveau des omoplates. Demandez au patient de vous enserrez au niveau de la taille.

■ Position d'arrivée

Tous les deux en position debout avec le soignant qui immobilise, stabilise le côté inactif.

■ Les aides techniques

Les ceintures multiprises
- voir : I « Utiliser des aides-techniques » page 54.

C - La toilette « au lit »

1. L'environnement

Si les soins d'hygiène au lit sont fréquents et/ou de longue durée, l'utilisation d'un lit médicalisé est indiquée afin de faciliter votre travail mais également pour favoriser l'autonomie du patient.

Afin de limiter les postures fréquentes en flexion et rotation provoquées par des obstacles mais aussi pour réduire le travail à bout de bras, des exigences minimales d'espace sont requises :

- 1,2 m du côté où s'effectuent les soins principaux ;
- 60 cm de l'autre côté du lit.

Veillez à placer le bassin d'eau ainsi que tout le matériel nécessaire à la toilette sur une table surélevée du côté dominant du soignant qui travaille. Une table d'hôpital (avec une base en T) est souvent très utile dans ce cas.

En outre, elle peut aider le patient lors de sa prise de repas, pour lire un livre ...

Pour donner les soins sur un lit bas (situation qui devrait n'être qu'exceptionnelle ou de très courte durée) :

- Asseyez-vous sur une chaise placée le plus près possible du lit en écartant les jambes pour se rapprocher de la zone de travail,
- Posez un genou sur le lit (utilisez une serviette pour créer une zone protégée) ou sur une chaise placée directement à côté du lit.

Dans ce cas, le bassin d'eau et le matériel nécessaire seront disposés sur une table de nuit ou tout autre support à la hauteur du lit placé du côté dominant du soignant qui travaille.

2. Les méthodes gestuelles et aides

> Les rehaussements dans le lit

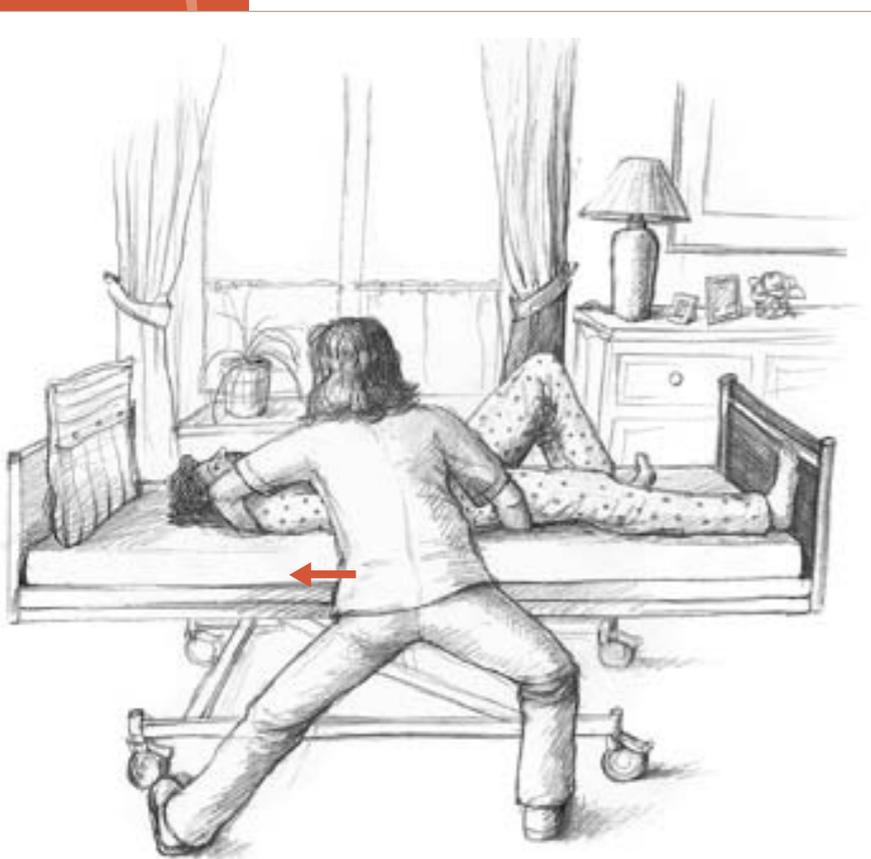
Lorsque le patient a glissé vers le pied du lit, par exemple avant sa toilette, il doit être remonté.

■ Positions de départ

Patient : allongé sur le dos plus ou moins au fond du lit.

Soignant : face au bord du lit, du côté le plus faible du patient ou le plus adapté à la disposition de l'environnement.

■ Préparation du mouvement



Patient : le bras proche du soignant est neutralisé.
La jambe active est fléchie avec le talon du pied ancré dans le matelas. La main active du côté le plus éloigné du soignant est placée :

- à plat au creux des reins (paume sur le matelas);
- ou fermée avec le poing dirigé vers le plafond et le coude contre le corps.

Soignant :

prises :



- cuillère sous l'omoplate, avec votre coude orienté vers le haut (tête de lit) → archer.
- cuillère fessière.

posture : - fente latérale avec un pied placé à l'aplomb de la cuisse du patient (supportant votre poids du corps) et l'autre pied au-delà de la tête du patient (pied d'arrivée après transfert du poids du corps).

Rehaussement dans le lit par transfert latéral du poids du corps.

■ Réalisation du mouvement



Consignes au patient : « à 3 regardez votre ventre, poussez sur votre talon et sur la (le) main (coude) 1-2-3 » [synchronisation : le soignant tire et transfère le poids de son corps au 3].

Action du soignant : tirez sur les deux prises au ras de la table et, en même temps, transférez le poids de votre corps d'une jambe à l'autre.

■ Position d'arrivée

Le soignant est en fente latérale avec le poids du corps sur la jambe du côté de la tête du lit.

OBSERVATIONS

Pour la technique aidée : la technique est similaire, mais, par vos consignes, le patient place lui-même sa jambe et son bras actif en position et peut mieux aider lors de la poussée.

Pour les patients passifs en technique à 2 : neutralisez les deux bras et les deux jambes du patient qui est couché sur le dos. Placez-vous de part et d'autre du lit en fente latérale. Appliquez chacun les mêmes prises et la même posture que celles décrites ci-dessus. Afin de réduire les forces développées par les muscles paravertébraux, appuyez-vous en « voûte frontale ».

Pour les patients passifs en technique à 2 avec alèse : neutralisez les deux bras du patient qui est couché sur le dos avec les jambes allongées. Placez-vous de part et d'autre du lit en fente latérale. Frippez (faire des plis) l'alèse avec les mains en pronation (→ pour prendre, paume vers le sol) au niveau de la hanche et des épaules. Verrouillez l'alèse en positionnant les mains en supination (→ pour soutenir, paume vers le ciel).



Consigne au patient : « à 3 regardez votre ventre, 1-2-3 ». A l'énoncé du 3, transférez votre poids du corps d'une jambe à l'autre tout en maintenant les prises. Si le patient ne peut maintenir sa tête, utilisez un drap et encapuchonnez la tête (utilisez la partie supérieure du drap comme un capuchon) et les pieds dans celui-ci tout en réalisant la même technique (frippez au niveau des épaules et des hanches).

Pour les patients n'aidant pas avec les membres supérieurs (un soignant) :

neutralisez les deux bras du patient qui fléchit les jambes avec les talons enfoncés dans le lit. Placez une cuillère au niveau de la cuisse et réalisez une barre au niveau des épaules. Demandez au patient de « Regardez votre ventre et poussez sur vos pieds ». Transférez votre poids du corps d'une jambe à l'autre (fente latérale).

Pour les patients paraplégiques : le patient place ses 2 mains latéralement à hauteur du creux du dos.

- Si le patient peut aider avec les bras et lever le bassin, tenez seulement les pieds tandis que le patient pousse sur ses mains.
- Si le patient ne peut pas relever les fesses, réalisez une barre au niveau des fesses et tenez les pieds, le patient pousse sur ses mains tandis que vous transférez votre poids du corps d'une jambe à l'autre (fente latérale).



Verrouillez l'alèse au niveau de la hanche et des épaules.

■ Les aides techniques

La potence, le tapis anti-glisse, la sangle multi-tâches
- voir : I « Utiliser des aides-techniques » page 54.



> Les retournements latéraux, soignant dans le dos du patient

Afin de réaliser certains actes de la toilette au lit, la position allongée (ventrale ou dorsale) du patient à besoin d'être adaptée, inversée.

■ Positions de départ

Patient : allongé sur le dos au bord du lit. Si cela n'est pas le cas, ramenez d'abord le patient au bord du lit de votre côté par une translation (voir page 21).

Soignant : face au bord du lit, du côté le plus faible du patient ou le plus adapté à la disposition de l'environnement.

■ Préparation du mouvement

Patient : le bras et la jambe du côté du soignant sont neutralisés. L'autre bras est escamoté (écartez le bras jusqu'à 90°, puis ramenez le au-dessus de l'épaule pour le monter plus haut → bras écarté, main à hauteur du visage) ou croisé avec le coude sur le ventre (attention, à la fin de la technique, dégagez alors l'épaule d'appui). L'axe de rotation se situe sur ce côté allongé (bras en haut).

Soignant : Montez la barrière du côté du lit vers lequel le patient va être tourné.

prises :



- levier d'avant-bras sous cuisse (au-dessus du genou).
- barre au niveau de la ceinture scapulaire jusqu'à l'épaule opposée.

posture : jambes écartées fléchies, placez-vous au niveau du bassin du patient (accès aux genoux comme à la tête).

■ Réalisation du mouvement



Consigne au patient : « à 3 regardez votre ventre, et vers (→ côté vers lequel on va tourner), 1-2-3 » (synchronisation : extension des jambes du soignant au 3).

Action du soignant : étendez les jambes en allant vers l'avant.



Retournement latéral du patient avec le bras escamoté.

■ Position d'arrivée

Le soignant est jambes écartées pratiquement tendues avec ses épaules au-dessus du patient et ses coudes plus hauts que ses mains.



> Les retournements latéraux, soignant face au patient

■ Positions de départ

Patient : allongé sur le dos au milieu du lit.

Soignant : du côté du retournement, au niveau du thorax du patient, face à lui.

■ Préparation du mouvement

Patient : le bras et la jambe éloignés du soignant sont neutralisés (pour ce faire, prendre appui avec la main sur le lit pour mobiliser la jambe). L'autre bras (proche) est escamoté (écartez le bras jusqu'à 90°, puis ramenez le au-dessus de l'épaule pour le monter plus haut → bras écarté, main à hauteur du visage). L'axe de rotation se situe sur ce côté allongé (bras en haut).

Soignant :

prises :



- cuillère au niveau de l'épaule.
- cuillère au niveau de la hanche avec les bras tendus.

posture : fente avant, placez-vous au niveau du thorax du patient (accès à l'épaule comme à la hanche).

■ Réalisation du mouvement



Consigne au patient :

« à 3 regardez votre ventre, et vers (→ côté vers lequel on va tourner), 1-2-3 » (synchronisation : changement de fente du soignant au 3).

Action du soignant : inversez votre fente (passage de l'avant à l'arrière).

■ Position d'arrivée

Le soignant est en fente arrière, bras tendus.

Quel que soit le mode de retournement, si le patient doit être laissé en décubitus latéral, levez la barrière et installez des coussins aux points de compression.

Observations

Pour la technique aidée : la technique est similaire, mais réalisée en accompagnement du mouvement initié par le patient. Demandez au patient d'escamoter lui-même son bras du côté de l'axe de rotation. Neutralisez seulement la jambe de votre côté. Consigne au patient : « vous allez, avec cette main (côté soignant), toucher la barrière/le bord du lit de l'autre côté ».

OBSERVATIONS

Pour la technique aidée : la technique est similaire, mais réalisée en accompagnement du mouvement initié par le patient. Demandez au patient lui-même de neutraliser avec l'aide de son bras proche de vous (actif) son bras éloigné ; glissez sa jambe proche de vous (active) sous celle éloignée.



Consigne au patient : « venez tenir le bord du lit avec cette main (côté soignant) et tournez-vous de mon côté ».

D - La toilette « à l'évier »

1. L'environnement

La toilette comporte toutes sortes de difficultés. Plusieurs sources peuvent être évoquées : l'équipement et l'aménagement des lieux de travail, l'organisation, les méthodes de travail mais aussi la spécificité de la situation de travail touchant aux relations humaines.

Les soins d'hygiène sont également à l'origine d'accidents autant pour vous que pour le patient. L'eau, le savon, l'humidité, la température, le bruit, les surfaces dures et glissantes sont des facteurs de risque lors d'activités de manutention de personnes.

Les salles de bains des patients, rarement conçues pour des personnes à mobilité réduite, sont souvent exiguës pour réaliser une aide aux soins d'hygiène. Pour effectuer la toilette à l'évier, le patient est, généralement, placé en position assise (manque d'équilibre, de coordination, de force, etc.) face au lavabo. Ceci demande un espace de dégagement libre autour de la personne pour la circulation de l'aidant et l'utilisation des équipements : 1 m 05 au moins d'espace libre est nécessaire devant le lavabo.

La présence d'une barre d'appui horizontale au-dessus de l'évier permet de faciliter les déplacements du patient en position debout.

2. Les méthodes gestuelles et aides

■ Aider à l'habillage et au déshabillage

L'habillage et le déshabillage dans une salle de bains exiguë sont difficiles (flexion-rotation et inclinaison du tronc, efforts importants pour baisser et relever les vêtements, etc..) lorsque le patient a besoin d'assistance. Effectuez cette tâche dans une pièce assez grande comme la chambre, par exemple.

Afin de faciliter les prises lors des transferts, prévoyez, pour les trajets salle de bains → chambre, une robe de chambre (en tissu absorbant) passée par devant.

■ Laver les pieds

Demandez au patient de s'asseoir sur une chaise perpendiculairement à l'évier. Asseyez-vous sur un tabouret et savonnez les pieds du patient qui reposent (si possible) sur un petit banc de même hauteur que votre tabouret.

■ Laver le dos

Comme pour les pieds, **demandez au patient de se placer perpendiculairement à l'évier** en se tournant d'un 1/4 de tour (au besoin, aidez le) sur la chaise.

Ainsi, vous le rapprochez de vous et, l'obstacle que représente le dossier de la chaise est supprimé. Pendant que vous savonnez son dos, le patient peut se tenir au dossier de la chaise et à l'évier.

Une seconde solution consiste à tourner la chaise d'un 1/4 de tour (le patient prenant appui sur l'évier et en soulevant les fesses pendant que vous déplacez la chaise) **afin de supprimer l'obstacle que représente le dossier de celle-ci pour vous.**

Pendant que vous lavez son dos, le patient peut s'appuyer sur l'évier s'il le souhaite.

■ Laver les parties génitales et anales

Si les jambes du patient sont assez fortes, demandez-lui de prendre appui soit sur l'évier ou sur la barre horizontale à l'avant. Puis, tournez d'1/4 de tour la chaise (pour supprimer l'obstacle que représente le dossier de celle-ci pour vous).

Effectuez le lavage des zones avec le patient en position semi-relevée. S'il survenait une faiblesse ou une défaillance de ses jambes, il n'aurait qu'à se rasseoir (son fessier devant rester au-dessus de l'assise de la chaise en tout temps).

E - La toilette « bain et douche »

L'aménagement d'une salle de bains (baignoire, douche) passe difficilement par une standardisation. En effet, la variété des équipements et celles des installations existantes imposent une adaptation selon la situation.

A cela s'ajoute une évolution rapide des équipements et des pratiques. C'est pourquoi, ce manuel n'aborde pas de situations réelles (qui demandent un ajustement de chaque cas à la réalité) mais tente de dresser les lignes directrices pour l'aménagement, l'adaptation des installations touchant à la manutention des personnes.

Il n'existe pas de technique, méthode manuelle pour aider à relever et à sortir du fond d'une baignoire « standard » un patient à capacités physiques limitées.



Pour laver le dos, la chaise est tournée d'un quart de tour afin de supprimer l'obstacle que représente le dossier.

Dans ce cas, le soignant doit fournir un effort contre la pesanteur pour retenir la personne qu'elle aide avec souvent une position en flexion-rotation, en présence de surfaces glissantes et dans un espace restreint.

Les patients manquant de force, d'équilibre et ou de coordination ne peuvent, pour des questions de sécurité, être debout dans une baignoire. La méthode d'entrée et de sortie du patient dans une baignoire « standard » par la position dite à « quatre pattes » avec l'aide d'une barre d'appui est donc à privilégier.

Une personne qui n'a pas la capacité de se relever de la baignoire par ses propres forces (évaluation selon la méthode dite à « quatre pattes » à sec à plusieurs reprises) **devra disposer :**

- **d'un appareil surélevé à une hauteur fixe pour s'asseoir ... banc de transfert, planche de transfert,** - voir : I « Utiliser des aides-techniques » page 54 et prendre une douche avec un pommeau de douche mobile. Dans ce cas, il est conseillé de fixer la pomme de douche sur un support mural avec coude pivotant à une hauteur correspondant au niveau de la taille pour le soignant. Réalisez le lavage du côté du patient qui vous est opposé soit au début de la toilette lorsque le patient est encore assis face au soignant avec les pieds en dehors de la baignoire ou soit par le patient lui-même s'il en a les capacités.
- **d'un appareil de levage pour baignoire** - voir : I « Utiliser des aides-techniques » page 54 qui permet de s'asseoir au fond de la baignoire.

Des installations beaucoup plus complexes et volumineuses existent mais, elles sont très rarement présentes à domicile :

- baignoire à hauteur variable qui s'ajuste à la hauteur souhaitée par le soignant et comprend un système de transfert (chaise ou civière) qui s'insère par le bout ou le côté du bain.
- baignoire de type century : la baignoire est fixe et l'embarquement se fait à l'aide d'une chaise à roulettes. Le maintien de la position assise est une condition essentielle à l'utilisation de ce type de bain.
- civière-douche : civière creuse qui permet de doucher le patient en position couchée. Cette solution est envisagée pour les patients hypotoniques, spastiques ou ayant une perte d'autonomie importante.

Des douches adaptées peuvent parfois également être présentes. Il s'agit d'une cabine de douche qui n'a pas de seuil ce qui permet à une chaise d'aisance sur roulettes d'y entrer directement. Des barres d'appui sont fixées sur les murs. Le patient étant assis, le risque de travailler dos fléchi est important. Les remarques formulées pour les toilettes à l'évier sont dès lors d'application. Les soignants doivent porter les vêtements de protections, au moins concernant les chaussures.

F - L'aide à la continence et les soins d'incontinence

1. L'environnement

L'aide à la continence et l'incontinence crée souvent des problèmes, à plus forte raison à domicile, où il n'est pas toujours possible pour le patient d'avoir de l'assistance en tout temps.

L'aménagement, l'équipement prend dès lors toute son importance ... afin de rendre la personne plus autonome quand elle doit utiliser les toilettes. Un espace libre est nécessaire de chaque côté du cabinet pour :

- le positionnement du fauteuil roulant (1,2 m pour le positionnement d'un fauteuil perpendiculairement),

- l'utilisation d'un lève-personne et pour l'assistance d'un ou deux soignants (0,62 m sur le côté pour le positionnement d'un intervenant).

Une distance de 0,92 m est souhaitable devant le cabinet pour une assistance frontale, pour la circulation en fauteuil roulant ou avec une aide à la marche.

Des barres d'appui peuvent être fixées de chaque côté du cabinet ou sur les murs latéraux. Si le mur face au cabinet est à moins de 61 cm, une barre verticale peut aider le patient à se relever (ASSTSAS, 2002).

2. Les méthodes gestuelles et aides



Au lit : le placement du bassin

Si le patient peut soulever ses hanches :

Expliquez au patient : « serrez vos deux coudes contre le corps avec les poings dirigés vers le plafond et pliez le(s) genou(x), pieds à plats sur le lit ».

Si l'une des jambes du patient est plus faible ou inactive, placez-vous de ce côté et réalisez une cuillère fessière.

Puis, demandez au patient : « Appuyez sur votre tête, vos coudes et vos (votre) pieds ».

Soulevez les hanches en vous positionnant jambes écartées.

Placez le bassin avec l'autre main.

Sinon, par roulement latéral pour éviter les frottements :

Utilisez la technique du retournement dos/ventre ou côté décrite plus haut dans ce chapitre, pour placer le patient sur le côté. Plaquez fermement le bassin contre le patient et enfoncez le dans le matelas avec la main en pronation, l'autre main passant par au-dessus du patient tire en archer les hanches et le bassin vers le haut et vers soi (ce qui permet de replacer le patient sur le dos).

> L'utilisation des toilettes

La difficulté de relever le patient d'un siège des toilettes ou de le transférer d'un siège roulant aux toilettes n'est pas à sous estimer.

Suivant l'espace dégagé et l'environnement, les transferts sur le W.C. au départ du fauteuil roulant sont de deux classes :

• Par volte en aidé

Dans un **premier temps**, placez le patient en **position debout**, selon les méthodes gestuelles décrites dans le chapitre - voir : B « Le lever du lit » - Le redressement assis-débout » page 24.

Dans un **second temps**, pivotez-le en position debout pour l'orienter vers le W.C.; c'est la technique de la volte. - voir : G « L'installation sur une chaise, au fauteuil (transfert chaise → lit à chaise/la volte) » pages 36-37.

Puis, placez le patient en appui (à l'aide d'une barre d'appui extérieur ou tout autre support) en station debout pendant que vous le déculottez.

Enfin, asseyez le patient sur le W.C. selon les méthodes gestuelles décrites dans le chapitre - voir : K « Les mises au lit et installations - (l'abaissement debout - assis) » page 49.

• Par volte à 2 soignants en mode contrôlé

Le soignant 1 réalise la technique décrite en mode aidé (ci-dessus).

Le soignant 2 se positionne en arrière du fauteuil dans l'intervalle entre le fauteuil et la cuvette. Il se place en fente latérale de part et d'autre du montant du dossier du fauteuil roulant (côté W.C.) et effectue une prise en barre fessière à l'aide du pantalon du patient partiellement déculotté. Il aide le passage du patient en position debout par extension légère des jambes et maintient le patient par sa prise en barre fessière coudes écartés. Lors de l'assise du patient sur le W.C., il accompagne la descente en inversant sa fente et en poussant sur sa prise extérieure.

• **Les aides techniques** : le disque pivotant, la planche de transfert, le lève-personne, la ceinture multiprise, le surélévateur (rehausseur) de W.C., les barres d'appui, le siège percé

- voir « Utiliser des aides-techniques » page 54 .

> La mise des langes

La mise d'un lange lorsque le patient a besoin d'être soutenu, doit être réalisée en lui faisant prendre un appui sur une commode, une barre d'appui, ou tout autre support ... Profitez de ce temps d'appui du patient pour baisser, relever le pantalon ou pour mettre le lange en vous plaçant derrière lui.

Ne soutenez pas le patient tout en baissant le pantalon ou en plaçant le lange. Les risques de chutes et de problèmes dorso-lombaires par efforts en flexion-rotation du tronc, sont très importants pour vous.

Si le patient ne peut pas prendre un appui sur un meuble quelconque, réalisez cette tâche au lit.

Les aides techniques :

le siège percé, le levier à station debout

- voir « Utiliser des aides-techniques » page 54 .

G - Installation sur une chaise, au fauteuil

1. L'environnement

Afin d'assurer les soins d'assistance au fauteuil et au lit, un espace minimal de 1,5 m est requis. Les recommandations émises en page 20 quant à l'aménagement de la chambre et à son désencombrement prennent également un sens pour ce type de transfert.

2. Les méthodes gestuelles et aides

Ces techniques sont utilisées pour déplacer le patient de son lit (en position assise) /sa chaise à un fauteuil ou un autre type de chaise. Avant toute chose, il faut que le patient soit au bord de son lit ou de sa chaise pour pouvoir le transférer. Si ce n'est pas le cas, ramenez-le au bord par la marche fessière avant.

> Marche fessière avant

■ Positions de départ

Patient : assis au fond de son siège ou sur son lit avec les creux de genoux contre le bord du matelas.

Soignant : debout face au patient assis.

■ Préparation du mouvement

Patient : ses bras sont neutralisés.

Principe : lorsque le malade regarde le plafond → ses fesses ont tendance à avancer.

Soignant : prises :



- bras passe derrière la ligne des épaules du patient et la main empaume l'épaule éloignée (ou est posé à plat sur l'omoplate éloignée).
- main en cuillère au niveau de la fesse (→ traction).

posture : jambes écartées empêchant le genou (côté non mobilisé) du patient d'avancer par glissade.

■ Réalisation du mouvement



Consigne au patient : « à 3 regardez derrière vous et au plafond 1-2-3 » (synchronisation de l'action du soignant au 3).

Action 1 du soignant : avec la main à l'épaule, inclinez et imprimez un mouvement de rotation vers l'avant de la ceinture scapulaire du patient → tendance à l'avancement de la fesse déchargée.

Puis

Action 2 du soignant : tirez horizontalement avec la cuillère au niveau de la fesse déchargée afin de la faire avancer.

Action 3 du soignant : replacez-vous devant le patient pour l'empêcher de glisser.

Action 4 du soignant : réalisez l'action 1 et 2 pour l'autre côté. La marche fessière avant est réalisée en reproduisant les actions 1 à 4 jusqu'à l'avant de l'assise du siège.

■ Position d'arrivée

Soignant debout face au patient assis au bord du siège. Le patient est sécurisé par le soignant.



La marche fessière avant.



> Le transfert chaise => lit / chaise

L'immobilité et la stabilité du mobilier pour s'asseoir doivent être assurées (freins, autre moyen de fixation).

La chaise ou le fauteuil d'arrivée doivent être orientés perpendiculairement au lit/chaise de départ.

SI LES ACCOUDOIRS ET LES REPOSE-PIEDS SONT ABSENTS OU ESCAMOTABLES

les ôter et procédez comme suit :



Transfert d'une position assise à une autre posture assise sans passer par la position debout.

■ Positions de départ

Patient : assis au bord du lit, de la chaise, du fauteuil de voiture.

Soignant : face au patient en le sécurisant.

■ Préparation du mouvement

Patient : les bras du patient sont neutralisés. Le pied du patient du côté du transfert est avancé avec un appui sur le talon. L'autre pied se situe sous le lit ou la chaise et est rapproché du côté du transfert (préparation de la position d'arrivée des pieds).

Soignant :

prises :



- les 2 bras glissés sous les aisselles du patient avec les mains en cuillère au niveau des omoplates.

posture : fente écartée gauche droite (un pied de la fente pouvant, si nécessaire, tenir la chaise d'arrivée) avec le poids du corps sur la jambe du côté du lit/de la chaise de départ.

Remarque : pour l'entrée dans une voiture, remontez une main à l'arrière de la tête du patient pour qu'il ne frappe pas celle-ci contre les montants de l'auto.

■ Réalisation du mouvement



Consigne 1 au patient : « à 3 regardez votre ventre, 1-2-3 » (synchronisation de l'action du soignant au 3).

Action 1 du soignant : transférez le poids de votre corps d'avant en arrière afin que le patient se penche vers l'avant et décolle les fesses.

Puis



Consigne 2 au patient : « regardez la chaise » (synchronisation avec l'action 2 du soignant).

Action 2 du soignant : transférez latéralement le poids de votre corps (du côté de la chaise d'arrivée) afin que le patient pivote. Accompagnez la descente du patient.

■ Position d'arrivée

Le soignant en fente avant écartée avec le poids du corps sur la jambe du côté de la chaise d'arrivée sécurise le patient assis.

Observations

Pour la technique aidée : la technique est similaire, mais réalisée en accompagnement du mouvement initié par le patient. Demandez au patient de prendre appui avec sa main au niveau de l'assise d'arrivée (accoudoir éloigné ou bord éloigné de la chaise).

■ Les aides techniques

Les lève-personnes, les planches de transfert

- voir « Utiliser des aides-techniques » page 54.

SI LES ACCOUDOIRS SONT FIXES ET QUE LE PATIENT PEUT ÊTRE PLACÉ EN POSITION DEBOUT CONTRÔLÉE OU QUE LE PATIENT DOIT PASSER PAR LA POSITION DEBOUT

(par exemple pour enlever le pantalon aux toilettes).

Dans un **premier temps** ; amenez le patient **en position debout**, selon les méthodes gestuelles décrites dans le chapitre - voir : B « Le lever du lit - (le redressement assis - debout) » page 24.

Dans un **second temps**, vous allez le pivoter en position debout pour l'orienter vers la chaise d'arrivée; c'est la **technique de la volte**.

Enfin, asseyez-le dans la chaise d'arrivée selon les méthodes gestuelles décrites dans le chapitre - voir : K « Les mises au lit et installations - (l'abaissement debout - assis) » page 49.



> La volte

Cette technique qui va permettre d'orienter le patient vers le siège, ne peut être utilisée qu'en mode contrôlé (patient avec un tonus de tête ainsi que au tronc et dont un membre inférieur au minimum, permet un appui).

Le patient doit porter des chaussures fermées et lacées. La chaise d'arrivée doit être placée du côté :

- le plus faible du patient pour une volte tirée (le côté faible du patient tourne vers l'avant) ;
- le plus fort du patient pour une volte poussée (le côté faible du patient tourne vers l'arrière).

■ Positions de départ

Patient : debout avec le pied actif sous le corps (surtout pas en avant).

Soignant : face au patient.

■ Préparation du mouvement

Patient : le bras du patient le plus faible est neutralisé.

Soignant :
prises :



- un bras glissé sous l'aisselle du patient avec la main en cuillère au niveau de l'omoplate.
- l'autre main au niveau de la crête iliaque (côté le plus faible du patient).

posture : debout en fente avant, pied encadrant le pied actif du patient.

■ Réalisation du mouvement

Action 1 du soignant : équilibrez le patient sur son côté actif, puis reculez votre pied extérieur et passez en fente arrière, le poids du corps du patient doit être amené vers l'avant.

Puis



Consignes au patient : « à 3 regardez de ce côté (son côté le plus fort) », synchronisez la traction (poussée) sur la hanche au 3.

Action 2 du soignant : en tirant (ou poussant) sur la hanche au niveau de la crête iliaque du côté le plus faible, faites-le pivoter sur l'avant du pied actif (pointe).

■ Position d'arrivée

Le soignant est debout face au patient avec les pieds encadrant le pied le plus fort.

■ Les aides techniques

Les lève-personnes, les disques pivotants
- voir « Utiliser des aides-techniques » page 54.

Observations

Pour les patients hémiplegiques, aidez-vous d'une serviette : pliez une serviette en 2 selon sa diagonale puis, repliez-la en bandes d'environ 5 cm de large jusqu'à obtenir une sangle (d'environ 5 cm de largeur). Placez la sangle ainsi obtenue, en sous-fesse du côté de la jambe la plus faible avec une prise en supination. Neutralisez le bras le plus faible et offrez une rampe pour l'autre bras. Même technique que décrite ci-avant, mais remontez la rampe vers le haut au cours de l'action 1 et utilisez la prise au niveau de la serviette pour amener le patient sur l'avant du pied (action 1) et pour le faire pivoter (action 2).

Au moment où, par cette technique de la volte, le patient est correctement orienté par rapport au siège d'arrivée, vous l'asseyez par un abaissement debout → assis décrit dans ce manuel - voir : K « Les mises au lit et installations – (l'abaissement debout – assis) » page 49.

Lorsque le patient a glissé au bord de son siège, il existe différentes possibilités pour le replacer au fond en se plaçant soit devant/derrière la chaise ou par marche fessière.



> Assis, rehaussement devant

Cette technique est utilisée pour rehausser une personne ayant un appui même léger sur un des deux pieds. La chaise doit être bloquée, immobilisée avant de commencer.

■ Positions de départ

Patient : assis trop au bord de son siège, jambes plus ou moins étendues devant et buste incliné vers l'arrière.

Soignant : face au patient, avec les genoux empêchant la glissade.

■ Préparation du mouvement

Patient : ses bras sont neutralisés et ses pieds sont ramenés derrière ses genoux (pour ce faire, le soignant se place en position semi agenouillée en gardant son dos selon ses courbures naturelles).

Soignant :

prises :



- 2 bras glissés sous les aisselles du patient avec les mains en cuillère au niveau de l'omoplate.

posture : banquette en bloquant les genoux et les pieds du patient pour les empêcher de glisser.

■ Réalisation du mouvement



Consigne au patient :

« à 3 regardez votre ventre, 1-2-3 » (synchronisez le mouvement de bascule (action 1 du soignant) au 3).

Action 1 du soignant : basculez le patient vers vous (décollement des fesses du patient) en partant vous même en arrière pour faire contrepoids. La bascule (le fait que vous partiez vers l'arrière, le patient se soulève automatiquement) doit être bien jaugée, le patient ne doit pas être verticalisé.

Puis

Action 2 du soignant : repoussez le patient au fond du siège avec vos genoux appuyés latéralement contre les siens (ou placez un coussin entre vos genoux respectifs pour adoucir le contact).



Le rehaussement par devant : appuyez vos genoux latéralement contre ceux du patient.

Volte poussée avec une serviette.

■ Position d'arrivée

Le soignant est debout face au patient et freine l'arrivée du tronc du patient sur le dossier.

Observations

Pour la technique aidée : s'il le peut, le patient pousse sur les accoudoirs du fauteuil au moment du décolllement.

> Assis, rehaussement derrière

Cette technique est utilisée avec un siège dont le dossier n'est pas trop haut. Il faut que le soignant ait de l'espace pour se placer derrière le fauteuil. Cette mobilisation ne demande pas d'appui des membres inférieurs, elle peut donc convenir pour des patients relativement lourds et dépendants.

■ Positions de départ

Patient : assis trop au bord de son siège, jambes plus ou moins étendues devant et buste incliné vers l'arrière.

Soignant : après avoir ramené les pieds du patient derrière ses genoux, le soignant se place au centre, derrière le siège.

■ Préparation du mouvement

Patient : ses bras sont neutralisés.

Soignant :

prises :

- 2 bras glissés sous les aisselles du patient avec les mains qui, en tenant les 2 poignets, bloquent les bras de celui-ci sous le ventre.

posture : fente avant.

■ Réalisation du mouvement



Consignes au patient :

« à 3 regardez votre ventre, 1-2-3 » (synchronisez le mouvement de bascule (action 1 du soignant) au 3).

Action 1 du soignant : basculez le patient vers l'avant (décolllement des fesses du patient) en vous fléchissant vers l'avant au niveau du bassin (tout en conservant vos courbures naturelles de la colonne vertébrale).



Le rehaussement par derrière : déplacez votre poids du corps de la jambe avant vers l'arrière pour faire glisser le patient.

Puis

Action 2 du soignant : déplacez votre poids du corps de la jambe avant vers la jambe arrière en glissant le patient vers l'arrière (translation).

■ Position d'arrivée

Le soignant est debout derrière le siège du patient. Il se dégage et réinstalle le patient.

> Marche fessière arrière

Principe : lorsque le malade regarde son ventre → ses fesses ont tendance à reculer.

■ Positions de départ

Patient : assis trop au bord de son siège, jambes plus ou moins étendues devant et buste incliné vers l'arrière.

Soignant : debout face au patient assis et il empêche les glissades.

■ Préparation du mouvement

Patient : ses bras sont neutralisés.

Soignant :

prises :



- votre bras passe derrière la ligne des épaules du patient et votre main empaume l'épaule la plus éloignée de vous.
- l'autre main est en fourche au niveau de l'aîne (→ poussée avec le bord de la main).

posture : fente latérale avec les jambes qui empêchent les genoux du patient d'avancer par glissade.

■ Réalisation du mouvement



Consigne au patient : « à 3 regardez votre ventre 1-2-3 » (synchronisez la bascule des épaules du patient (action 1) au 3).

Action 1 du soignant : avec la main à l'épaule, basculez latéralement et imprimez un mouvement de rotation vers l'arrière au niveau de la ceinture scapulaire du patient → tendance au reculement de la fesse déchargée.

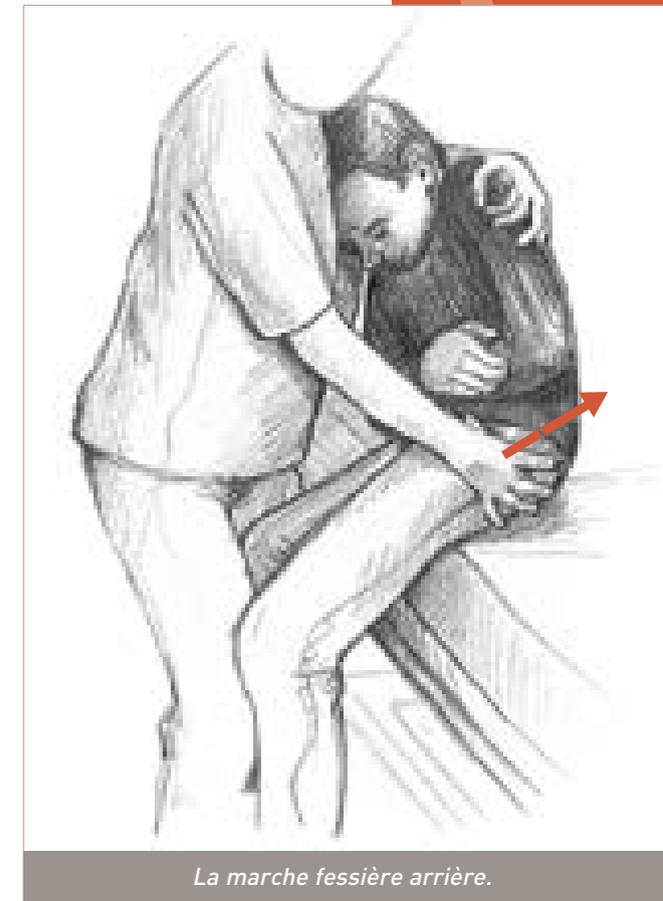
Puis

Action 2 du soignant : avec la fourche, poussez horizontalement au niveau de l'aîne du côté de la fesse déchargée afin de la faire reculer.

Action 3 du soignant : replacez-vous devant le patient pour l'empêcher de glisser.

Action 4 du soignant : réalisez l'action 1 et 2 pour l'autre côté.

Continuez la marche fessière à reculons en reproduisant les actions 1 à 4 jusqu'à l'arrivée du patient au fond du siège.



La marche fessière arrière.

■ Position d'arrivée

Soignant debout face au patient assis au fond du siège.

■ Les aides techniques

Le coussin one-way - voir « Utiliser des aides-techniques » page 54.

H - Les déplacements « à pieds »



L'aide à la marche de la personne âgée.

En général, pour aider à la marche, placez-vous du côté le plus faible du patient, sinon de votre côté préférentiel.

Particularité de la prise chez la personne âgée : elle s'effectue au niveau du pouce du soignant. Votre main droite pour la main droite du patient (et inversement) et l'autre main au niveau du coude du patient (bras sous les aisselles). La main du patient est en pronation et en légère rotation interne, le bras n'est pas trop plié mais orienté plutôt vers le pli inguinal. La personne peut s'appuyer correctement et si elle est déséquilibrée vers un côté, vous la retiendrez facilement.

> Monter et descendre les escaliers

*Pour descendre l'escalier, le patient descend la jambe la plus faible en premier et pour monter, il place la jambe la plus vigoureuse sur la marche supérieure en premier.
«Les bons vont au ciel, les méchants vont en enfer !».*

Avec une canne, le patient utilise la canne et la rampe dans l'ordre suivant :

Pour descendre : 1) rampe - 2) canne - 3) côté faible - 4) côté sain.

Pour monter : 1) rampe - 2) côté sain - 3) canne et pied faible.

Vous restez latéralement pour l'accompagner : une main sur la taille (barre dans le dos) et l'autre sur l'épaule. Pour les personnes faibles, il est important de s'arrêter sur chaque marche (les 2 pieds sur la même marche).

> Les aides techniques

Les ceintures multiprises pour l'aide à la marche
- voir « Utiliser des aides-techniques » page 54.

> Le relever du sol

Lorsqu'une personne faible, dépendante, ne sachant pas se relever seule est tombée, vérifiez si elle va bien :

- si, c'est le cas, neutralisez lui les bras et préparez deux serviettes ainsi qu'une chaise;
- sinon, prévenez les secours.

> Le relever du sol à deux soignants avec 2 serviettes

- Préparez chacun une serviette pliée en 2 selon sa diagonale puis, repliée en bandes d'environ 5 cm de large jusqu'à obtenir une sangle (d'environ 5 cm de largeur).
- Placez-vous en position du chevalier servant genoux vers l'extérieur et bras vers l'intérieur. Réalisez chacun une barre au niveau des épaules du patient et avec l'autre main, prenez une prise avec la serviette pliée au niveau du pli inguinal.
- Demandez au patient de « regardez votre ventre » et agissez ensemble pour l'amener assis tronc droit (traction au niveau de la barre et poussée au niveau du pli inguinal).
- Bloquez le patient en position assise avec votre genou à l'arrière, au niveau de son dos.
- Gardez tous les deux la prise avec la serviette au niveau du pli inguinal et prenez en une autre, à l'arrière, au niveau de la ceinture du pantalon.
- Placez-vous tous les 2 en banquette (avec le dos selon les courbures naturelles) sur les 2 pieds (avec 1 pied calant la chaise ramenée derrière le patient).
- A deux, de manière synchronisée, soulevez le patient avec les bras tendus. Amenez-le sur la chaise.

> Le relever du sol de la personne âgée mobile

Une fois au sol, seulement une personne âgée sur deux est capable de se relever sans aide (RICHARD D., 1999).

Le risque de complications des personnes restées immobilisées au sol durant des heures est important.



Agissez ensemble pour amener le patient assis.



Amenez le patient sur la chaise par translation latérale.

Lorsqu'une personne âgée tombe, n'essayez pas de la retenir mais accompagnez-la, atténuez sa chute par l'arrière en la soutenant fermement au niveau des aisselles si possible.

En absence d'une prise en charge adaptée, la chute induit des réactions (tels que angoisse de la récurrence, repli sur soi, limitation des activités ...) qui augmentent le risque de récurrence. L'apprentissage du relever du sol vise à enrayer ce processus.

Le relever du sol doit être entraîné régulièrement hors des périodes de chute. Les consignes doivent être expliquées clairement et le patient doit être mis en confiance et encouragé.

Après la chute : Vérifiez d'abord si la personne va bien. Prévoyez une chaise.

■ Retournement dos-ventre

- Dégagez l'épaule du côté vers lequel on va tourner (axe sur lequel on va tourner).
- Demandez au patient de regarder du côté vers lequel on va tourner (faites suivre du regard votre main qui va passer au dessus de l'épaule du patient).
- Le patient passe la tête par-dessus l'épaule, aidez-le au retournement.

Variante : pliez le genou du patient du côté opposé à celui vers lequel on va tourner, poussez d'une main sur le bord extérieur du genou et amenez lentement l'avant-jambe vers le côté vers lequel on veut tourner (méthode à proscrire pour les patients avec prothèse de hanche).

Vous placez la chaise sur le côté le plus fort du patient entre les épaules et le bassin.



Pendant que le patient pousse sur ses bras et ramène son genou, vous aidez à la stabilité et au soulèvement du bassin.

■ Du coucher ventral à la position à 4 pattes

- Le patient amène ses mains à plat au sol, à hauteur du front avec les coudes fléchis à 90°.
- Demandez au patient : « regardez votre genou » et touchez en même temps le genou considéré. Le patient regarde son genou tout en pliant la jambe du même côté tandis que vous calez le pied de la jambe une fois pliée (pour éviter le glissement vers l'arrière).
- Pour l'autre hémicorps, demandez lui de : « regardez votre genou (vous touchez en même temps le genou considéré) et poussez sur vos bras », vous aidez à la stabilité et au soulèvement du bassin pour éviter que le patient n'ait trop à pousser sur ses bras → 4 pattes. Le patient réalise le même mouvement de l'autre côté tout en appuyant sur ses mains.

■ Du quatre pattes à l'assis

- Tout en soutenant le patient au niveau du bassin, demandez-lui : « venez placer votre main sur la chaise » (touchez en même temps la main du côté de la chaise). Le patient place sa main sur la chaise.
- Puis, demandez au patient : « avancez votre genou », (touchez en même temps le genou du côté de la chaise), le patient avance la jambe la plus forte.
- Demandez au patient : « vous allez mettre ce pied là par terre » (touchez en même temps le pied en opposition à la chaise) et « vous asseoir sur la chaise ». Tout en maintenant votre dos selon ses courbures naturelles, vous aidez le patient à se relever et à s'asseoir sur la chaise.

REM. : vous devez rester immobile lorsque le patient bouge. Il est nécessaire de garder un contact physique permanent, d'être ferme, rassurant.



En maintenant votre dos selon les courbures naturelles, vous aidez le patient à s'asseoir.

I - Les déplacements « en fauteuil roulant »

1. L'environnement

Un sol régulier, antidérapant et en matériau dur facilite le déplacement en fauteuil roulant. Il est nécessaire, lorsque cela est possible, d'aplanir les aires où circule le fauteuil. La présence de marches, de trottoirs nécessite un effort plus ou moins important et peut être à l'origine d'inquiétudes pour le patient (lors de la bascule du fauteuil). De plus ces obstacles peuvent empêcher des déplacements autonomes du patient. Pour les dénivellations, un cheminement en pente douce de 1 : 20 est souhaitable (H = 30cm → L = 1,5 m). Pour les obstacles de plus faible hauteur comme un trottoir, on tolère une pente un peu plus grande sur une courte distance : H = 4 à 6 cm → L = 0,5 m.

2. Les méthodes gestuelles et aides

> Monter sur le trottoir, une marche ...

En général les fauteuils roulants sont munis de deux tiges qui dépassent du bas du cadre (à l'arrière) pour permettre de basculer les fauteuils afin de surmonter des obstacles. Approchez-vous du trottoir et demandez au patient de maintenir son dos appuyé contre le dossier.



Poussez avec votre pied sur une des tiges à bascule pour faire basculer le fauteuil.

Placez un pied sur une des tiges à bascule et prévenez la personne que vous allez basculer le fauteuil vers l'arrière. Poussez sur votre pied ainsi que sur les poignées pour faire basculer le fauteuil vers l'arrière et l'amener au point d'équilibre (plus besoin d'effort pour le stabiliser : point situé à environ 30° par rapport à l'horizontale).

Replacez votre pied au sol et tout en maintenant le fauteuil incliné, roulez-le jusqu'au bord de l'obstacle (trottoir par exemple).

Lorsque les grosses roues touchent le bord du trottoir, relevez-vous par une extension des jambes tout en tirant sur les poignées ; au même moment (synchronisation) le patient doit avancer de manière contrôlée son tronc tout en poussant sur l'arceau des grosses roues (→ sur vos consignes).

Déposez le fauteuil sur ses quatre roues et poussez pour le rouler sur le trottoir.

> Descendre du trottoir, d'une marche ...

■ En arrière

Placez le fauteuil roulant pour descendre à reculons et demandez au patient de maintenir son dos appuyé au dossier. Laissez descendre doucement les grosses roues en freinant le fauteuil (votre poids du corps est placé sur votre jambe avant proche du fauteuil (fente avant) et il s'oppose à la descente du fauteuil).

■ En avant, de face

Placez les petites roues près du bord du trottoir et prévenez la personne que vous allez basculer le fauteuil.

Basculez le fauteuil vers l'arrière jusqu'à son point d'équilibre et avancez-le jusqu'à ce que les grosses roues atteignent le bord du trottoir.

Laissez descendre doucement sur la chaussée en freinant le fauteuil (votre poids du corps est placé sur votre jambe arrière (fente arrière) et il s'oppose à la descente du fauteuil).

Replacez le fauteuil roulant sur ses quatre roues.

> Descendre une pente

Demandez au patient de garder son dos appuyé au dossier du fauteuil et aidez-le à maintenir cette position en plaçant votre main à l'avant de son épaule.

Tenez fermement l'autre poignée du fauteuil et descendez lentement en utilisant le poids de votre corps pour s'opposer à la descente du fauteuil.

> Monter une pente

Demandez au patient de se pencher en avant (de manière contrôlée) pour diminuer le poids sur les roues du fauteuil.

Poussez les bras tendus et le dos positionné selon ses courbures naturelles.

J - Les déplacements « en voiture »

> Transferts fauteuil roulant - voiture en mode aidé

Le patient effectue lui-même son transfert mais il a besoin d'aide pour préparer, positionner et stabiliser son fauteuil et requiert également des consignes verbales et gestuelles pour le guider.

Reculer le siège de la voiture le plus possible et enlevez les repose-pieds du fauteuil. Retirez ou dégager l'accoudoir du fauteuil situé du côté de la voiture pour dégager l'espace. Positionnez le fauteuil roulant le plus près possible du siège de la voiture et placez-le un peu de biais pour rapprocher les deux assises, puis, mettez les freins.

Si le transfert est effectué avec une planche de transfert :

■ Pour l'entrée dans la voiture,

déposez le bout de la planche de transfert sur le siège, demandez au patient de lever la cuisse et glissez-y la planche jusqu'à ce que son encoche entoure l'avant de la roue du fauteuil roulant.

■ Pour la sortie de voiture,

demandez au patient de basculer (« soulevez une fesse ») vers l'intérieur de la voiture pour placer le bout de la planche de transfert sous ses fesses, insérez la roue du fauteuil dans l'encoche de la planche de transfert.

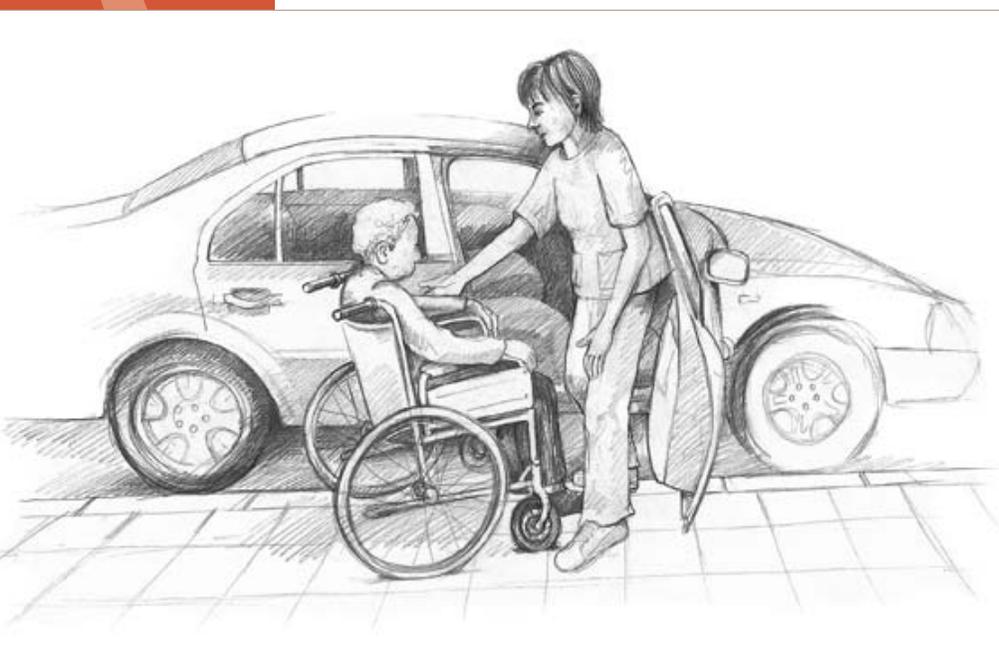
Le patient réalise son transfert en entrant ses fesses en premier dans la voiture. Soutenez le verbalement lors de la réalisation.

> Transferts fauteuil roulant - voiture en mode contrôlé

■ Pour entrer dans la voiture

Positionnez le fauteuil roulant parallèlement à la voiture et enlevez les repose-pieds. Retirez ou dégagéz l'accoudoir du côté du siège de la voiture et mettez les freins. Si cela est réalisable, réglez la hauteur de l'assise du siège de la voiture au niveau de celle du fauteuil roulant. Placez-vous face au patient à l'intérieur de l'angle créé par la porte et la voiture et prenez le temps d'expliquer au patient comment cela va se dérouler.

Réalisez le transfert décrit dans ce manuel - voir : G « L'installation sur une chaise, au fauteuil (transfert chaise → lit à chaise) » page 36.



■ Pour sortir de la voiture

Positionnez le fauteuil roulant parallèlement à la voiture et enlevez les repose-pieds. Retirez ou dégagéz l'accoudoir du côté du siège de la voiture et mettez les freins. Si cela est réalisable, réglez la hauteur de l'assise du siège de la voiture au niveau de celle du fauteuil roulant. Placez-vous face au patient à l'intérieur de l'angle créé par la porte et la voiture et prenez le temps d'expliquer au patient comment cela va se dérouler.

Aidez la personne à se tourner et à sortir les jambes tout en fléchissant vos jambes et en maintenant votre dos selon ses courbures naturelles. Pensez à prendre un appui antérieur sur le siège ou les montants de la voiture. Réalisez le transfert décrit dans ce manuel - voir : G « L'installation sur une chaise, au fauteuil (transfert chaise → lit à chaise) » page 36.

Puis, aidez la personne à se tourner et à entrer les membres inférieurs tout en fléchissant vos jambes et maintenant votre dos selon ses courbures naturelles. Pensez à prendre un appui antérieur sur le siège ou les montants de la voiture.

■ Les aides techniques

Le lève-personne, la planche de transfert, le disque pivotant (utilisé sous les fesses) et le rehausseur de siège - voir « Utiliser des aides-techniques » page 54.

K - Les mises au lit et installations

1. L'environnement

Référez-vous aux conseils émis au paragraphe relatif à l'environnement pour le lever du lit (page 20).

2. Les méthodes gestuelles et aides

> L'abaissement debout - assis

Avant de recoucher le patient, il faut l'amener en position assise au bord du lit.

■ Positions de départ

Patient : debout au bord du lit (au milieu du côté).

Soignant : face au patient en le sécurisant.

■ Préparation du mouvement

Patient : le bras inactif est neutralisé et le pied inactif est avancé légèrement.

Soignant :
prises :



- bras glissé sous l'aisselle du bras neutralisé, main en cuillère entre les omoplates ;
- bras en rampe saisi par le bras actif du patient.

posture : pieds encadrant le pied actif du patient.

■ Réalisation du mouvement



Consigne au patient : « à 3 penchez-vous vers l'avant, regardez par terre 1-2-3 » (synchronisez le mouvement d'avancée de la rampe au 3).

Action du soignant : dans un premier temps, tirez la rampe vers vous et reculez votre pied extérieur pour réaliser une fente arrière en amenant le patient à se pencher vers l'avant. Dès que le patient est penché en avant, ramenez la rampe au corps du patient (bloquez) et accompagnez le mouvement par une fente avant basse.



L'abaissement debout - assis par changement de fente (avant - arrière - avant)

Notre dos... quelques éléments essentiels pour sa protection

I - Utiliser des aides techniques

A - Généralités

Conçues pour aider les soignants et permettre aux patients de conserver leur autonomie, certaines aides techniques font peur aux uns comme aux autres. L'introduction d'une aide technique implique à chaque fois un changement des habitudes tant pour le patient que pour le soignant. Le patient voit son environnement quotidien changer et devenir plus « médicalisé ». Certaines aides techniques comme le lève-personne, lui rappellent et lui révèlent sa dépendance.

Une bonne formation des soignants sur les possibilités existantes doit leur permettre de proposer une aide technique dans des situations difficiles. A chaque nouvelle acquisition, les conditions d'utilisation et la manipulation devraient être expliquées aux soignants susceptibles d'utiliser l'aide technique. Ceux-ci, à leur tour, en décriront le fonctionnement au patient en le rassurant tant par les gestes que par les paroles.

Des essais du nouveau matériel sont bénéfiques mais ne doivent jamais être réalisés sur le patient. Des gestes sûrs sont essentiels pour la première utilisation chez un patient.

Il faudra veiller au nettoyage et à l'entretien des aides techniques. Le service des moyens accessoires s'occupe de l'entretien (non systématique) ainsi que du dépannage à la demande.

L'utilisation d'une aide technique soulage le dos du soignant. Cependant, il est très important de garder les bonnes postures lors de son installation et de son utilisation...

B - Lit médicalisé (Pflegebett)

But :

- améliorer la posture du soignant (en réduisant au maximum les flexions du tronc) ;
- faciliter les transferts ;
- améliorer le confort et l'autonomie du patient.

Choix : préférer un lit électrique réglable entre 40 et 80 cm de hauteur, avec des séparations inclinables.

Utilisation : réglez la hauteur du lit au niveau de votre bassin lorsque vous travaillez auprès du patient. Pour les méthodes gestuelles, fléchissez les genoux et réglez le lit à la hauteur de votre bassin.

C - Potence (Bettgalgen)

But : autonomie dans les transferts assis-assis, dans les rehaussements et les redressements dans le lit.

Choix : fixation au lit, au mur, au plafond.

Utilisation : se prend toujours en supination (paumes des mains vers le haut). Placez-la, plus vers la tête du lit pour un rehaussement, plus près des pieds pour un redressement et au-dessus de l'endroit à atteindre pour un transfert.

Assurance-dépendance : location potence fixée au lit, potence de suspension sur pied.

D - Echelle de corde (Bettleiter)

But : aide au redressement ou au coucher dans le lit.

Principe : échelle sur cordes fixée au pied du lit.

Assurance-dépendance : location.



E - Tapis antiglisse (Antirutschmatte)

But : aide au rehaussement dans le lit.

Principe et utilisation : tapis placé sous les pieds du patient pour faciliter l'appui sans glisser.

F - Coussin one-way (Rollstuhlslide)

But : empêcher le patient de glisser de sa position assise et faciliter le rehaussement.

Principe : coussin unidirectionnel à 2 épaisseurs glissant l'une sur l'autre mais seulement dans une direction, placé sur le siège.

G - Rollboard, easyslide (Rollbrett, Gleitmatte)

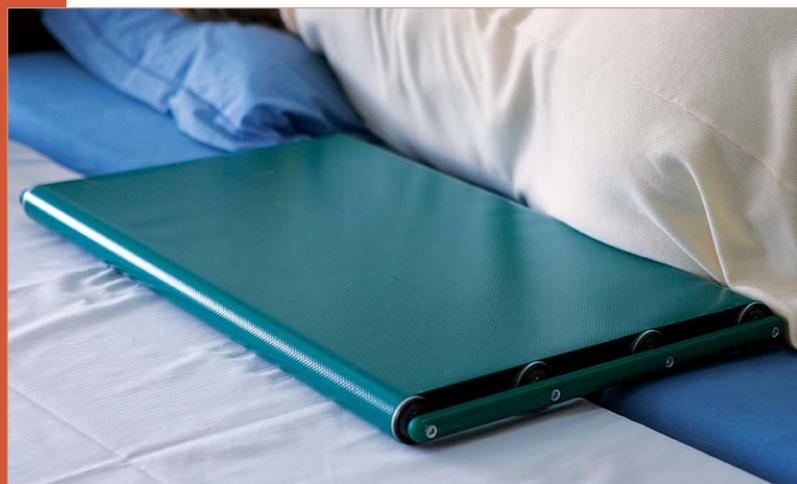
But : transférer le patient d'une surface horizontale vers une autre sans avoir à le porter.

Principe : le patient est placé sur une surface qui agit comme un tapis roulant. L'easy-slide est constitué de 2 épaisseurs de tissu reliées sous forme de tube et glissant l'une sur l'autre.

Manipulation : tournez le patient sur le côté et glissez 1/3 de la planche (ou du tissu) derrière son dos. Remplacez celui-ci sur le dos. Poussez le patient au niveau des épaules et du bassin et il se déplace facilement vers la surface voisine. À l'arrivée, tournez le patient sur le côté et dégagez la planche. La force exercée n'est qu'une fraction du poids du patient.



Précautions : bloquez le patient à l'arrivée. Veillez à garder votre dos selon les courbures naturelles. Travaillez jambes écartées contre le lit puis passez d'une fente arrière vers une fente avant quand vous poussez le patient.



H - Disque pivotant (Drehscheibe)

But : faciliter la rotation du corps assis ou debout.

Principe : 2 disques superposés dont un reste fixe et l'autre tourne.

Utilisation :

Disque flexible placé sous les fesses : il permet de tourner plus facilement pour sortir de la voiture; disque placé sous les pieds : il permet de tourner le patient pour l'orienter correctement par rapport à une autre assise. En position debout, la personne doit pouvoir se tenir sur ses jambes.

Manipulation : les 2 pieds du patient sont placés à plat sur le disque. Placez un pied entre les pieds du patient pour guider le mouvement et en avoir le contrôle. Relevez le patient.

- voir « Redressement assis-debout » page 24 et tournez en gardant votre prise puis rasseyez-le

- voir « Abaissement debout-assis » page 49.



Remarque : veillez à l'entretien et au nettoyage régulier du disque.

Assurance-dépendance : acquisition, location.



I - Planche de transfert (Transferbrett, Rutschbrett)



But : faciliter le transfert assis-assis, seul ou assisté.

Principe : planche rigide, glissante en surface, placée entre les deux assises. Une encoche est le plus souvent prévue pour être placée au niveau de la roue du fauteuil roulant.

Choix : différents types et tailles.

- Planche butterfly : planche avec une aile de glissement interchangeable : supprime le problème d'adhérence.
- Minislid : petit tapis fonctionnant de la même façon que l'easy-slide.



Manipulation :

Au départ, placez une extrémité de la planche partiellement sous les fesses du patient et l'autre sur la surface d'arrivée.

Transfert seul : la personne doit pouvoir prendre appui sur ses bras : une main sur la planche de transfert, l'autre sur le fauteuil roulant. Elle glisse sur la planche vers l'autre siège. Si cela est possible, le patient met une partie du poids sur ses pieds.

Positionnement de la planche au départ légèrement plus haut qu'à l'arrivée.

Transfert aidé : soutenez le patient par une prise en-dessous des aisselles au niveau des omoplates (pour la position du soignant) - voir « transfert chaise à chaise » page 36.

Précautions : les personnes non habillées ne glissent pas.

Assurance-dépendance : acquisition, location.

J - Tapis de transfert (Transfermatte)

But : aider au rehaussement dans le lit, au retournement, au transfert horizontal, au relever du sol couché.

Principe : tapis à 4 poignées, utilisation à 2.

K - Sangle multi-tâches (Aufrichthilfe)



But : aider aux rehaussements et aux voltes.

Principe : sangle à 2 doubles poignées placées en dorsale ou en sous fessier.

L - Ceinture multiprise (Transfergürtel)



But : donner une ou des prises solides au soignant lors des transferts ou lors de la marche. Le soignant peut également porter la ceinture pour offrir une prise au patient.

M - Lève-personne (Lifter) ou soulève-malade

But : soulever ou déplacer quelqu'un d'une surface à une autre. Il ne s'agit pas d'un équipement de transport mais juste de transfert.

Lève-personne mobile au sol : à mât de charge bas il permet de faire rentrer quelqu'un dans une voiture en position semi-inclinée.

Lève-personne mural : seules les fixations au mur sont fixes, le lève-personne lui-même peut être changé de place.

Lève-personne sur rail au plafond : système fixe, installé au plafond en cas de manque de place.

Lève-personne pliant ou en section : peut être emporté, devrait rouler en position pliée.

Critères de choix :

Base :

- considérer les dimensions de la base ainsi que sa hauteur qui doit passer par ex. sous un lit ;
- l'écartement de la base doit être aisé.

Système de roulement et de freinage :

- essayer la facilité du déplacement : un roulement à billes facilite le déplacement en charge, les bandes de roulement doivent être adaptées au sol ;
- présence de freins accessibles en permanence.

Ajustement en hauteur :

- électrique ;
- doit descendre suffisamment bas pour relever un patient du sol ;
- commandes claires, faciles à utiliser, de préférence sur le mât et une commande amovible avec un cordon assez long.

Source d'énergie :

- batterie doit permettre de réaliser l'ensemble des transferts devant être réalisés au cours d'une journée ;
- avec indication du degré de chargement ;
- autre mécanisme opérationnel si déchargement imprévu.

Barre de poussée :

- bonne prise par l'intervenant quelle que soit sa taille ;
- distance entre les poignées +/- 46 cm.

Cintres et crochets d'ancrage :

- pivoter de 360° sans être gêné par le mât ;
- permettre une posture de déplacement confortable.

Mécanisme de sécurité :

- arrêt d'urgence ;
- mécanisme anti-écrasement.

Mât et mât de charge :

- en fonction du poids des personnes à soulever ;
- absence de points de heurt (au niveau de la tête ou des genoux).

Toile ou filet ou hamac :

- taille suffisante ;
- soutien de la tête si nécessaire ;
- bon maintien rassurant.

Utilisation :

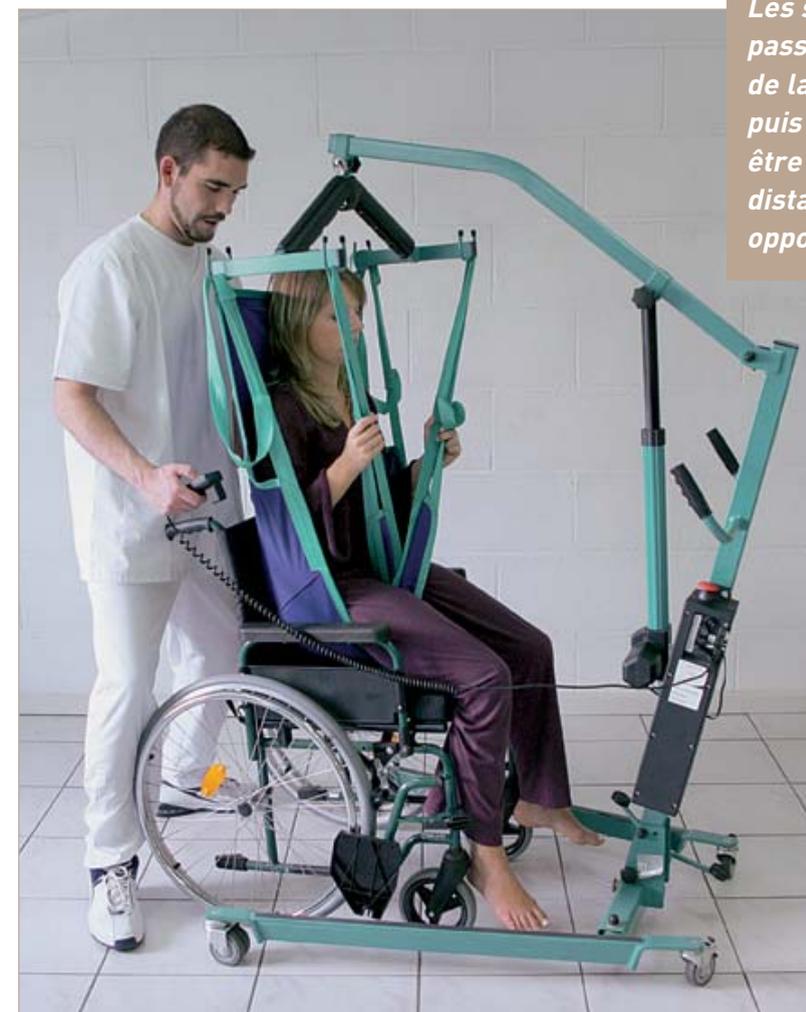
Il peut être utilisé par une seule personne si le patient est très coopérant, ne fait pas de mouvements involontaires ou de spasmes. Sinon, une manipulation à 2 est préférable, un soignant s'occupe du patient, l'autre manipule le lève-personne.

Les toiles sont munies de plusieurs sangles ou boucles d'attache au niveau de la tête et des cuissardes afin d'offrir différentes positions de soulèvement (transfert assis, semi-couché, couché).

Veillez à sélectionner les mêmes boucles des 2 côtés lors de leur accrochage sur le cintre.



Les sangles des cuissardes passent en-dessous de la jambe rapprochée puis seront croisées pour être fixées au cintre distal au niveau du crochet opposé.



Des poignées à l'arrière de la toile sont prévues pour sécuriser et faciliter le pivotement.

Ne les utilisez pas pour diriger le client au fond du siège (ce qui engendrerait une flexion de votre tronc) mais basculez plutôt le fauteuil du patient vers l'arrière.

Pour le lève-personne mobile au sol les pieds de la base seront écartés lors du soulèvement et parallèles lors du déplacement.

Assurance-dépendance : location : oui, acquisition : non.

N - Levier à station debout (Aufrichtlifter, Umsetzhilfe)

But :

- transférer des personnes assises par ex du bord du lit dans une chaise roulante/les transferts dans la voiture;
- faciliter l'habillage (pantalon, robe), changer les culottes d'incontinence sans avoir à recoucher ou à soutenir le patient.

Il est utile pour les patients ayant encore un peu de tonus mais qui tombent souvent, ou ayant difficile à soulever les fesses. Il ne doit pas être utilisé pour le transport de personnes.

Principe :

Le patient est retenu par une toile au niveau de ses hanches ou de ses aisselles. Il doit faire au moins 10% de mise en charge sur les jambes et avoir un certain tonus au niveau du tronc.

Choix :

Levier électrique
Facilité de déplacement sur de courtes distances et dans des espaces restreints.

Utilisation :

Pour mettre la toile, dans le cas où celle-ci tient le tronc sous les aisselles, le patient doit être descendu un peu dans la chaise pour que le dos soit légèrement incliné vers l'arrière. Durant le transfert, il doit garder le poids du tronc vers l'arrière.

O - Appareil de levage pour baignoire

But :

Permettre au patient de prendre un vrai bain en trempant dans la baignoire.

Principe :

Montée et descente par commande électrique, par pression d'eau ou au moyen de ressorts (ce dernier requiert la capacité de soulever partiellement son poids du siège).

P - Siège percé, de bain, de douche (Dusch-und Toilettenrollstuhl)

But :

- utilisation d'une toilette normale ;
- amener le patient sous la douche.

Principe :

- permet de tourner dans un espace restreint comme la salle de bain (quatre roues pivotantes), utilisé ici à la place du fauteuil roulant, encombrant et moins mobile ;
- peut être superposé à la toilette.

Choix :

- roulettes ;
- appui-bras amovibles pour faciliter les transferts (par ex. le passage sur un banc de transfert).



Manipulation :

Les transferts sur les sièges peuvent être réalisés au départ de :
la position assise (chaise, fauteuil, etc ...)

- Réalisez le transfert décrit dans ce manuel :
- voir : G « Installation sur une chaise (le transfert chaise / lit à chaise) page 36.

la position couchée (lit)

- Réalisez le transfert décrit dans ce manuel :
- voir : B « Le lever du lit (redressement couché → assis dans le lit) » page 23.
Puis référez-vous à : G « Installation sur une chaise, au fauteuil (Le transfert chaise → lit / chaise) » page 36.

Assurance-dépendance : location : oui, acquisition : oui.

Q - Planche de bain (Badebrett), siège de bain (Badewannensitz), banc de transfert

But : Prendre un bain sans devoir s'asseoir dans le fond de la baignoire.

Principe :

Ils sont posés sur le dessus de la baignoire. Les sièges de bain peuvent avoir des hauteurs différentes. A hauteur du bord supérieur, ils peuvent être pivotants pour faciliter le transfert sur le siège. Ils peuvent avoir un dossier et/ou des appuis-bras. Le banc de transfert a une surface d'assise prolongée sur pieds au-delà du bord de la baignoire.

Choix :

- Attention au poids maximal supporté, il existe des planches ou bancs renforcés.
- Fixation suffisante de la planche au niveau du rebord de la baignoire.

Si le banc n'a pas de barre d'appui, il faudrait installer en diagonale une barre d'appui au-dessus du porte-savon.

Utilisation du banc de transfert :

- 1 - s'asseoir le plus loin possible sur le banc ;
- 2 - se tourner puis passer une jambe après l'autre dans la baignoire ;
- 3 - se replacer au centre du banc.

Le lavage du côté du patient opposé au soignant est réalisé soit au début de la toilette lorsque le patient est encore assis face au soignant avec les pieds en-dehors de la baignoire, soit par le patient lui-même s'il en a les capacités.

Assurance-dépendance :
location et acquisition



III - Soigner son alimentation... et votre dos, qu'est-ce qu'il mange ?

A - Votre alimentation est-elle équilibrée ?

■ **Combien manger ?**

■ **Quand manger quoi ?**

Voilà des questions auxquelles nous essayons de répondre ici en tenant compte d'horaires de travail spécifiques.

B - Pourquoi parler ici d'alimentation ?

Un certain nombre de personnes ont tendance à prendre du poids au début de leur carrière professionnelle, puis, elles n'arrivent plus à se débarrasser de ces quelques kilos superflus.

De nombreuses raisons peuvent être invoquées, comme une diminution d'exercice physique par manque de temps, un changement des habitudes alimentaires, le peu de temps disponible pour le repas de midi ou les horaires des repas.

La surcharge pondérale est connue pour avoir de nombreux effets néfastes sur la santé (diabète, hypertension artérielle...), mais ce que nous voulons prévenir ici, ce sont surtout ses effets sur notre appareil locomoteur !

C - Suis-je trop gros ?

Une formule universellement reconnue, tenant compte du risque de maladie et laissant une importante fourchette à la normalité est l'indice de masse corporelle (IMC) ou body mass index (BMI).

Il s'agit du rapport entre le poids (en kg) et la taille (en mètres) au carré.

IMC = poids/taille².

Les normes retenues sont entre 20-24 pour les hommes et 19 -23 pour les femmes.

D - C'est quoi « l'équilibre alimentaire » ?

L'alimentation doit fournir les éléments nécessaires au bon fonctionnement de notre corps. Le besoin en énergie, donc en calories, varie en fonction de la personne et de son activité physique.

Parmi les éléments que nous devons fournir à notre corps nous pouvons distinguer les éléments bâtisseurs et les éléments énergétiques.

Les éléments bâtisseurs :

- Les protéines qui participent à la fabrication et au renouvellement de l'organisme, d'origine animale ou végétale.
- Le calcium qui consolide les os.

Les éléments énergétiques :

- Les sucres ou glucides : privilégiez les sucres lents (pain, riz et pâtes complets, pommes de terre) par rapport aux sucres rapides (tout ce qui a le goût sucré).
- Les graisses ou lipides : privilégiez les graisses d'origine végétale par rapport aux graisses animales. Pensez à l'huile d'olive et de colza. Attention aux graisses invisibles des charcuteries, pâtisseries, glaces, fromages gras...

La pyramide alimentaire



Une alimentation équilibrée doit comporter des proportions harmonieuses de protéines, de glucides et de lipides. Une formule simple permet de les mémoriser : GPL 421 (glucides, sucres lents 4 parts, protéines 2 parts et lipides 1 part).

N'oublions pas les vitamines indispensables à la vie. L'eau est la seule boisson indispensable. Buvez 1,5 l/jour en évitant l'alcool, le café (max. 3-4 tasses par jour) et les boissons sucrées.

E - 7 règles pour un bon poids

-
- Règle N°1 :** Ne commencez jamais la journée de travail sans avoir mangé. Par manque d'apport calorique vous risquez d'être plus somnolent, moins compétent et de faire des malaises dus à l'hypoglycémie.
-
- Règle N°2 :** Répartissez les calories nécessaires sur 4-5 repas (y compris le ou les casse-croûte).
-
- Règle N°3 :** Veillez à une composition équilibrée des repas. Si vous mangez un repas trop gras (pizza, quiche...), évitez de manger tout et prenez plutôt du pain complet non beurré et un fruit en plus.
-
- Règle N°4 :** Prenez au moins 30 minutes pour le repas de midi. Mangez lentement et tranquillement pour éviter les problèmes d'estomac.
-
- Règle N°5 :** Évitez les grignotages entre les repas (constitués souvent de produits sucrés).
-
- Règle N°6 :** Le matin, manger comme un roi, à midi, comme un prince et le soir, comme un mendiant. Le repas du soir doit être le plus léger possible et ne pas être pris trop tard pour faciliter la digestion et préserver un bon sommeil.
-
- Règle N°7 :** Bougez ! Pratiquez un sport (marche, vélo, course à pied ...).
-

F - Quelques conseils pratiques en fonction des horaires de travail

1. L'horaire du matin

Le petit déjeuner est souvent absent. Il se fait aux dépens du sommeil, très tôt le matin. Si vous n'avez pas faim, prenez au moins une boisson peu sucrée et un fruit frais.

Dans ce cas, le casse-croûte correspondra au petit déjeuner. Il permettra d'éviter les « coups de pompe » en fin de matinée. Ne prenez pas le casse-croûte trop tard et évitez les sandwiches charcuterie à répétition.

Le déjeuner doit être un repas complet. Un dîner complet doit être pris avant 20h.

2. L'horaire de l'après-midi

Normalement le petit déjeuner ne posera pas de problèmes particuliers. Faites-le un peu plus léger si vous déjeunez plus tôt que d'habitude. Ne prenez pas un déjeuner trop lourd et complétez-le par une collation vers 16h (pain, laitage, fruit).

Essayez de dîner aux mêmes heures que d'habitude. Le dîner, s'il est pris tardivement, doit être léger.

3. L'horaire de nuit

Essayez de conserver le rythme diurne des 3 repas et respectez la collation de nuit.

Prenez un dîner copieux mais pas trop lourd pour éviter la somnolence. Pendant la nuit vers 24-1h, prenez un repas chaud, léger.

Vers 4-5 heures du matin, une collation vous aidera à rester éveillé. Ne buvez plus de café ou de thé noir pour ne pas perturber le sommeil qui va suivre.

Le déjeuner sera léger (style petit déjeuner anglais par ex.), car suivi du vrai repas le soir.

Définitions - glossaire :

pour comprendre le contexte des aides et soins à domicile

AIDES ET SOINS A DOMICILE :

Ces services comprennent les prestations dans le cadre de l'assurance maladie, de l'assurance dépendance et de divers autres services facilitant le maintien à domicile de personnes nécessitant de l'aide. L'objectif est toujours le maintien à domicile du patient.

RESEAU :

Les réseaux d'aides et de soins assurent la coordination des aides et soins autour de la personne dans le cadre du maintien à domicile, font partie d'un réseau. Les centres d'aides et de soins qui chacun couvrent une certaine partie du pays.

SOIGNANT :

Toute personne intervenant dans les soins à domicile ou dans une maison de soins : aide senior, aide socio-familiale, aide-soignant, infirmier (-ère).

BENEFICIAIRE D'AIDES ET DE SOINS :

- Client pour les soins à domicile. Par ce terme plus général que le terme de patient, on insiste sur les capacités de la personne à s'exprimer et à prendre des décisions pour elle-même. Le terme de client au sens large peut également englober l'entourage.
- Pensionnaire dans les maisons de soins.
- Patient pour le médecin.
- Personne dépendante dans le cadre de l'assurance-dépendance.

Dans la brochure nous parlerons beaucoup de « patient », mais également de « client » ou de « soigné ».

ASSURANCE DEPENDANCE :

Introduite par la loi du 19 juin 1998, l'assurance dépendance a principalement pour objet la prise en charge des aides et soins de la personne dépendante, maintenue à domicile ou placée dans un établissement d'aides et de soins, au moyen de prestations en nature, de prestations en espèces, de produits nécessaires aux aides et soins, d'appareils et d'adaptations du logement.

Au départ la personne dépendante doit elle-même introduire un formulaire-type et un rapport de son médecin à l'Union des Caisses de Maladie (UCM) qui gère l'assurance dépendance. L'UCM transmet le dossier à la Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO). Sur avis de la CEO l'assurance dépendance prend en charge les aides et soins de la personne dépendante.

Les prestations sont allouées si la personne dépendante requiert des aides et soins pour au moins 3,5 heures par semaine, et si, selon toute probabilité, l'état de dépendance de la personne dépasse 6 mois ou est irréversible.

DEPENDANCE :

L'état psychique d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

ACTES ESSENTIELS DE LA VIE :

Les actes essentiels de la vie comprennent :

1. Dans le domaine de l'hygiène corporelle : se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses téguments, éliminer (aller à la selle, uriner).
2. Dans le domaine de la nutrition : la préparation en vue d'une absorption, d'une alimentation adaptée et l'assistance pour l'absorption de cette alimentation.
3. Dans le domaine de la mobilité : exécuter le transfert et les changements de position, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, se tenir dans une posture adaptée, monter et descendre les escaliers, sortir du logement et y rentrer.

CELLULE D'EVALUATION ET D'ORIENTATION :

Créée par la loi du 19 juin 1998 portant sur l'introduction d'une assurance-dépendance. L'UCM transmet le dossier à la CEO.

1. L'état de dépendance est constaté sur base d'une évaluation médicale réalisée le plus souvent dans le milieu de vie de la personne.
2. L'évaluation de base permet à la personne d'exprimer elle-même ses besoins. Pour cette évaluation elle sera assistée par une personne de son entourage qui peut également être un soignant du réseau ou le soignant d'un home.

Sur base de ces 2 évaluations, du rapport du médecin traitant et d'éventuels rapports d'expertises, le dossier sera examiné par un médecin de la CEO et l'infirmier référent qui établiront un plan de soins. En dehors des actes essentiels de la vie un relevé-type retient également des actes dans le domaine des tâches domestiques, des activités de soutien et les activités de conseil. Le plan de soins sera envoyé au réseau et à la personne.

Une réévaluation du dossier peut être demandée par le client, la famille ou le réseau après un délai de 6 mois sauf s'il y a un changement fondamental de l'état de la personne constaté par un médecin de la CEO.

SERVICE DES MOYENS ACCESSOIRES (SMA) :

Le SMA effectue la location de matériel pour personnes privées sous la tutelle de l'UCM et de l'assurance-dépendance.

1. Sur ordonnance médicale, le matériel suivant est livré endéans la semaine et pour une durée maximale de 6 mois :
 - Lit médicalisé.
 - Lève-personne.
 - Fauteuil roulant manuel.
 - Coussin anti-escarre.
 - Matelas alternating.
 - Cadre de marche, canne tri-ou quadripode.
 - Concentrateur d'oxygène et oxygénothérapie mobile avec l'accord du médecin conseil.
2. Si le besoin en matériel est plus long, il faudra introduire une demande auprès de l'assurance-dépendance pour prolonger la location de matériel. Le client peut continuer ainsi sa location de matériel auprès du SMA. Pour le matériel non disponible au SMA l'assurance-dépendance fait un appel d'offre aux fournisseurs. Par la suite le SMA passe commande chez le fournisseur qui lui-même livre au client.
3. Il y a aussi la possibilité de location privée.

Le SMA fournit les explications à la livraison et s'occupe également du dépannage.

Bibliographie

ALCOUFFE J., « Pourquoi les lombalgies sont-elles toujours aussi fréquentes chez les femmes travaillant en milieu de soins dans les établissements privés de l'Île-de-France ? », CAMIP 2002-1.

ALCOUFFE J., Les lombalgies chez les femmes travaillant en milieu de soins, Arch. Mal. Prof., 2001, Vol.62, n°1, pp 11-21.

ARASSZKIEWIRZ G., Service de médecine du travail site industriel FGF Nestlé Beauvais, Nutrition et Travail, Travail posté, ambiances thermiques, vigilance.

Association Nationale pour le Logement des Handicapés (ANLH), Allez-y !, Manuel à l'attention des utilisateurs d'aides techniques, Belgique.

ASSTSAS, Aménagement d'une salle de bain, démarche et points de repère, collection Parc, ASSTSAS, Montréal, 2002.

ASSTSAS, Guide sur les transferts à l'auto et l'autonomie des personnes, ASSTSAS, Montréal, 2001.

ASSTSAS, Guide de référence pour la sélection et l'acquisition de lève-personnes mobiles au sol et de leviers à station debout, collection équipements, Montréal, 1999.

ASSTSAS, Guide de référence soins à domicile, mesures préventives pour des gestes, des postures sécuritaires et l'autonomie des personnes, ASSTSAS, Montréal, 1998.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege : Spannungsfeld Rücken 2005.

BLOUIN M., BERGERON C. & all., Dictionnaire de la réadaptation, tome 1, termes techniques d'évaluation, Les Publications du Québec, Québec, 1995.

BRUCHON-SCHWEITZER M. & DANTZER R., Introduction à la psychologie de la santé, Presses universitaires de France, Paris, 1994.

CANOUI P. & MAURENGES A., Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Masson, Paris, 1998.

CLOUTIER E., Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile, Institut de recherche en santé et en sécurité au travail du Québec, octobre 1998.

DOTTE D., Méthode de manutention manuelle des malades, généralités et éducation gestuelle spécifique, fascicule I, Maloine, Paris, 2000.

DOTTE D., Méthode de manutention manuelle des malades, applications cliniques, fascicule II, Maloine, Paris, 2000.

ESTRYN-BEHART M., Promotion of work ability among French Health care workers- Value of the work ability index, www.prest-next.com

GAMBIN C., Des leviers pliants et transportables pour sortir un peu !, Dossier soutien à domicile, Revue Objectif Prévention, 2005, Vol. 28, n°5.

JOGUET M., Manutention des personnes malades et à mobilité réduite, manuel du formateur, INRS, la ligne prévention, EP 0272

LÉGERON P., Le stress au travail, Editions Odile Jacob, Paris, 2001.

MANOUKIAN A. & MASSEBEUK A., La relation soignant - soigné. Editions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2001.

MARESCOTTI R., Le mal du dos des soignants n'est pas une fatalité, l'aide et les soins à domicile au quotidien, revue de l'aide soignante, avril 1999.

MAUMET S., Facteurs associés à la prévalence des troubles musculo-squelettiques en milieu hospitalier, Arch. Mal. Prof. Env., Vol. 66, pp 236-243 2005.

Presst-Next, Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, partie 1 de l'étude, Janvier 2004.

REY C., Ergonomie et manutention, notions essentielles et fiches pratiques, Masson, Paris, 1998.

RICHARD D., Entraînement au relever du sol : aspects pratiques - La chute de la personne âgée, sous la direction de J.M. Jacquot, D. Stubel, J. Pelissier, Probl.en méd. de rééd., n°36, Masson, Paris, 1999.

Seco (Staatssekretariat für Wirtschaft, Schweiz), Nacht-und Schichtarbeit, Pausen und Ernährung, Ratschläge für Arbeitnehmende.

Stéftung Hëllef Doheem, Pflegekonzept, Luxembourg, 2004.

Service de Santé au Travail Multisectoriel, Protégez votre dos, Luxembourg, 2004

VIOSAT M., GEROSSIER E., Nouveaux métiers, nouveaux problèmes, nouvelles pratiques ergonomiques, Compte-rendu du congrès SELF-ACE 2001, les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie.

WOOD E., Back, neck and shoulder pain in home health care workers, 2003.

Législation

Loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, Mémorial A, 1998-048 du 29.06.1998, p. 710



Ce manuel a bénéficié du soutien
du Fonds Social Européen

Ce manuel a été élaboré par une équipe du Service de Santé au Travail Multisectoriel
composée de :

- Aurélie DUVEAU, psychologue du travail
- Ingrid LEMPEREUR, kinésithérapeute, conseiller en prévention sécurité et ergonome
- Dr Sylvie RECKINGER, médecin du travail

- Emile ANISET, chargé de direction administrative
- Dr Nicole MAJERY, chargé de direction médicale

- Dr Yvette BAUSCH, médecin spécialiste en médecine du travail
- Alexandra FREIRE MENDES, infirmière
- Dr Marie-Paule SCHNEIDER, médecin spécialiste en médecine du travail
- Déborah SEUTIN, ergonome, coordinatrice qualité
- Dr Robert SPOEK, médecin du travail
- David TOUILLAUX, infirmier

Les dessins ont été réalisés par Valérie DION, illustratrice



32, rue Glesener – L-1630 Luxembourg

Tél: +352 40 09 42 502 – Fax: +352 40 09 42 512

Email: direction@stm.lu – www.stm.lu