

MEDICI Gérard

MASSEUR KINESITHERAPEUTE CADRE

PEDICURE PODOLOGUE

ENSEIGNANT

FORMATEUR

dans plus de 200 établissements de soins

Hôpitaux	Centres psychiatriques
Cliniques	Centres de rééducation,
Maisons de retraite	Centres de convalescence,
Ehpad	Crèches.....

Services :

Chirurgie	Gériatrie	Grands brûlés	Maternité
Neurologie	Orthopédie	Psychiatrie	Pédiatrie
Radiologie	Soins intensifs	Urgence	

Auprès des personnels soignants :

Médecins, Infirmier(e)s, Kinésithérapeutes, Aides-soignant(e)s, Auxiliaires de vie, Puéricultrices, Sages femmes

Auprès des personnels techniques :

Des établissements de soins, des espaces verts, des restaurants scolaires, des blanchisseries hospitalières

Régions Rhône-Alpes, Auvergne, Bourgogne, Limousin, Corse.

REMERCIEMENTS

Je remercie :

Mon épouse pour sa complicité

Mes filles Sophie et Aurélie pour leur participation

Mes neveu et nièce Fabrice et Caroline pour leur concours

Madame FERRY Chantal Cadre pédagogique, pour ses conseils, ses corrections, sa relecture

Madame GUGGIA Pascale pour sa collaboration

La société ATTIVA La Tour De Salvagny pour les prêts de matériel médical

Les élèves, étudiants, stagiaires qui par leurs incessantes interrogations m'ont obligé à me remettre en question, m'améliorer et apporter des réponses à leurs questions.

.

TABLE DES MATIERES

Introduction	Les " relevers " passifs	Transfert lit-fauteuil
Page 5	Page 35 Photo 26 à	Page 71 Photo 124
Capacité	32	à 132
d'organisation	Les " relevers " avec	Porter lit-fauteuil une
Page 6	lève personne	soignante
Capacités techniques	Page 38 Photo 33 à	Page 74 Photo 133
dans l'exécution	46	à 137
Page 7	Utilisation du lit	Porter lit fauteuil 2
Capacités	Page 43 Photo 47 à	soignantes
relationnelles	49	Page 76 Photo 138
Page 7	Rehaussement dans le	à 147
Capacités physiques.	lit par une soignante.	Porter Australien 2
Page 10	Page 44 Photo 50 à	soignantes
Obstacles à la	62	Page 80 Photo 148
manutention	Rehaussement dans le	à 150
Page 10	lit par deux soignantes	Autres porters
Que se passe t-il dans	Page 49 Photo 63 à	Page 81 Photo 151 à
une manutention	77	157
Page 12	Rehaussement tête de	Rehaussement dans le
Rappel de quelques	lit par une soignante	fauteuil avec soignants
chiffres	Page 54 Photo 78 à	Page 84 Photo 158
Page 14	82	à 160
Tableau N°1	Translations	Rehaussement avec le
Page 15	manuelles,	lit
Tableau N°2	Page 56 Photo 83 à	Page 85 Photo 161
Page 17	88	à 167
Tableau N°3	Translation avec un	Rehaussement semi
Page 18	drap	actif aidé
Tableau N°4	Page 58 Photo 89 à	Page 86 Photo 168
Page 19	92	à 170
Tableau N°5	Translation avec un	Transfert avec matériel
Page 20	matelas rollbord	Page 88 Photo 171
Tableau N°6	Page 60 Photo 93 à	à 184
Page 21	103	Porter sans lève
Positions pour dormir	Retournements	personne
Page 22	Page 64 Photo 104	Page 93 Photo 185
Gestes techniques	à 109	à 187
Page 23	Redressements	Porter avec lève
Matériel de	Page 66 Photo 110	personne
manutention	à 123	Page 94 Photo 188 à
Page 26		202
Les " relevers "		Bibliographie
Page 30 Photo 14 a 25		Page 99
		Annexe
		Page 100

LA MANUTENTION

Définition

Il y a deux types de manutention l'une que l'on peut appeler industrielle, l'autre qui nous concerne : la manutention médicale.

L'une concerne exclusivement des déplacements d'objets, de matériel etc.

L'autre qui nous intéresse actuellement s'adresse à des personnes, que ce soit des patients, des opérés, des handicapés, des résidents.

Cette manutention doit être considérée au même titre qu'un soin. Mal faite ou agressive elle peut avoir des conséquences catastrophiques, tant sur le plan douloureux que sur le plan physio-anatomique que sur le plan psychologique.

Un opéré récent pour prothèse de hanche, peut se retrouver avec une luxation de sa prothèse, due à une manutention inadaptée ou violente.

Une manutention mal faite sur une épaule peut avoir des répercussions sur la coiffe des rotateurs.

De nombreux traumatismes sont répertoriés en service de gériatrie : Luxation d'épaule, arrachement de la coiffe des rotateurs, fracture du col huméral, hématome du biceps brachial, fracture du poignet, de côtes, hématome de la face interne des cuisses, douleurs cervicales ... Le tout dû à de mauvaises manoeuvres.

La manutention médicale doit toujours aller dans le sens du mouvement. C'est une aide qui vise à conserver, récupérer ou augmenter l'autonomie des patients auxquels elle s'adresse.

Dans chaque situation elle devra tenir compte en priorité des possibilités des différents sujets, elle sera de ce fait le complément de leurs gestes.

Si le résident est capable d'exécuter 80% de son mouvement, le soignant sera amené à faire les 20% restants.

Si le résident ne peut faire que 10% le soignant fera les 90% restants.

En résumé :

LA MANUTENTION EST UN ART QUI CONSISTE A ADAPTER, SYNCHRONISER ET HARMONISER SON GESTE AVEC CELUI DE L'AUTRE EN VUE DE LE COMPLÉTER.

C'est en outre effectuer des gestes techniques simples.

Le nec plus ultra est le porter dans le patinage artistique en couple, quand le patineur soulève sa partenaire sans le moindre effort apparent.

POUR LE PATIENT

ASSURER UN MAXIMUM DE BIEN ETRE
PARTICIPER A L'ENTRETIEN DE SON AUTONOMIE

POUR LE SOIGNANT

Aide-soignant(e)
Infirmier(e)
Kinésithérapeute
Médecin
Brancardier.....

UN MAXIMUM DE TECHNICITE
POUR UN MINIMUM DE RISQUES, D'EFFORT, DE FATIGUE
ET UN MAXIMUM DE SECURITE

POUR L'ETABLISSEMENT

Hôpital
Clinique
Maison de retraite
Centre de rééducation
Centre de long séjour

UN MAXIMUM D'EFFICACITE, DONC DE RENTABILITE
MINIMUM DE RISQUES D'OU
MOINS D'ACCIDENTS ET D'ARRETS DE TRAVAIL
MOINS DE PERTURBATIONS
AU NIVEAU DU ROULEMENT DU PERSONNEL
MOINDRE COUT POUR LA COLLECTIVITE

CAPACITÉS POUR LA REALISATION DE LA MANUTENTION

1°) CAPACITÉ D'ORGANISATION.

L'exécutant doit être capable :

D'évaluer les possibilités du patient

De choisir et informer la ou les personnes susceptibles de l'aider au cours de la manutention sur la nature du geste

De prévoir, préparer, ranger le matériel nécessaire (chambres ou couloir "sur encombrés")

D'installer les patients en fonction de leurs besoins

De respecter les principes d'ergonomie.

De s'adapter aux situations (lieux, pathologies)

2°) CAPACITES TECHNIQUES DANS L'EXECUTION

L'exécutant doit être capable :

De travailler avec ordre, méthode, économie (geste, temps, matériel, dextérité, efficacité)

De respecter les principes d'hygiène, d'asepsie (opéré), de sécurité (prendre soin des redons, des perfusions, des sondes)

D'être attentif aux risques post-opératoires (Ex : luxation d'une prothèse de hanche)

De prévoir l'éventualité d'un accident ou incident (malaise imprévisible du patient)

D'envisager l'après.

3°) CAPACITÉS RELATIONNELLES

Vis à vis : de la famille :

Expliquer par exemple à l'entourage le rôle d'une maison de retraite actuelle, qui n'est plus une pension de famille avec du personnel de service, mais un établissement de soins de long séjour, avec un personnel soignant qui a pour rôle de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des résidents et qui doit pour atteindre cet objectif, les solliciter pour qu'ils participent activement à leur gestuelle.

Cela sous-entend que le soignant ne doit pas faire à la place des résidents ce qu'ils sont capables de faire seuls ou avec une aide.

Le soignant doit chercher plus à aider son patient qu'à le servir.

Le rôle des soignants n'a jamais été de faire des grabataires.

Vis à vis : du patient

Lui laisser le temps d'entendre et d'enregistrer ce qui lui est demandé. Souvent il n'a pas le temps matériel d'exécuter son geste, que le soignant l'a déjà fait à sa place pour " paraît-il gagner du temps."

Cette attitude conduit à l'hospitalisme ou plus rapidement à la dépendance.

Une personne arrive dans une Ehpad, elle est capable de faire un certain nombre de gestes de la vie courante (se laver, s'habiller, manger, se raser, se lever seul ...). Au bout de quelques semaines voire quelques jours elle est devenue totalement dépendante pour ces mêmes gestes de la vie de tous les jours. Certes sa vitesse d'exécution n'était pas celle du soignant, mais parvenu à un stade de dépendance où est le temps gagné ?

Laisser agir le résident dans ses gestes, c'est aussi le respecter. Où est le respect quand on lui fait remarquer, même sans le dire, sa lenteur, son impotence, la perte de temps ? Quand il entend constamment : **JE** vais vous lever. **JE** vais vous laver. **JE** vais vous habiller. N'est-ce pas une façon même sans le vouloir de lui rappeler en permanence qu'il est handicapé, ou impotent donc incapable d'une quelconque gestuelle ?

Pour qu'une manutention se passe bien il faut que soignant et patient aient confiance l'un envers l'autre

De l'attitude du soignant dépend l'attitude du soigné.

Le soignant doit être capable de se contrôler : éviter les mimiques, les soupirs d'impuissance, les haussements de sourcils, les moues dubitatives ou de dégoût, les mains secouées, tordues, frottées. Le geste de retrousser ses manches qui donne l'impression qu'il va y avoir de l'action.

Faire attention au choix des mots ou des expressions, des commentaires devant le patient échangés avec son ou sa collègue au moment de l'asseoir dans un fauteuil : " tu prends le haut ou le bas ? " " On le met où ? "

Les estimations du poids, de la taille.

L'inventaire du matériel qui peut inquiéter le patient :

" Attention à la sonde, la jugulaire, le drain, le redon"

Quand la patiente entend " Laissez-vous faire " " Laissez-vous aller " " Ne bougez pas " Comment peut-on espérer devant autant de dynamisme avoir la participation de la soignée ?

Respecter les personnes âgées, pas de tutoiement, pas d'appellation par le prénom, pas de papy, mamie, pépé, mémé sauf volonté des personnes concernées.

S'exprimer correctement pour bien se faire comprendre et avoir une bonne exécution du geste.

Quand le soignant demande un mouvement, ce n'est ni une proposition, ni un choix. Quand le médecin dit "toussez - respirez" c'est un ordre. "Lève toi et marche " "sonnez et entrez " sont des ordres ! C'est le ton qui crée l'agressivité et non la forme verbale.

Il faut que le patient perçoive dans le ton du soignant que ce qui lui est demandé est tout à fait faisable

Supprimer les : “ on va se lever “ “ on va se coucher “ “ on va s'habiller “ .
C'est qui ON ?

: “ Je vais vous lever vous allez m'aider “ Habituellement c'est le soignant qui aide le patient et non l'inverse. Quand la demande est formulée de cette façon elle permet au patient de décliner toute participation à son geste , avec une simple réponse “ je ne peux pas “

Quand la formule est : “ Vous allez vous lever “ ou “ levez vous “ , si le patient répond : “ je ne peux pas “ le soignant a toujours la possibilité de dire : “ Je vais vous aider “ . Les rôles sont respectés, la communication n'est pas interrompue.

: “ Est ce que vous pouvez essayez d'attraper la potence “ ?

: “ On va essayer de se lever aujourd'hui ? “ Ce sont des formulations sans aucune conviction. Elles traduisent le doute du soignant sur la probabilité du dit geste, un manque de confiance, de persuasion, à la limite une démission.
Comment le patient peut-il avoir confiance et se sentir apte pour agir ?

Essayer ! Ce verbe à lui seul, traduit le doute quant à la réussite de ce qui est demandé.

Aujourd'hui ! Vient confirmer cette impression et laisse supposer que si ce n'est pas possible aujourd'hui, cela le sera peut être demain ou après.

Supprimer certains adverbes comme “ peu “ “ levez un peu la tête “ . Pourquoi un peu ? Le soignant redouterait-il que son patient en fasse trop ?

Attention aux expressions ambiguës :” Posez la tête sur le ventre “

“ Regardez vos pieds “

“ Posez le front sur la poitrine “

Demander simplement : “ soulevez la tête et regardez votre ventre “

Ce qui semble d'une grande évidence pour le soignant, ne l'est pas obligatoirement pour le soigné.

Quand l'infirmière explique à son patient alité qu'il faut tirer sur la potence pour se soulever et pousser sur ses pieds pour remonter dans le lit. Son commandement risque d'être le suivant : “ Quand je vous dis de pousser, vous tirez “

Elle voit bien le geste et le synchronisme, ce qui est loin d'être le cas du malade qui lui se demande s'il doit tirer ou pousser et s'il pose la question, la réponse va être “ vous faites les 2 à la fois “ !

Le patient est dans un milieu qu'il ne connaît pas forcément, dont il ne comprend pas toujours les termes, les abréviations. Sa personnalité, son sens habituel du raisonnement peuvent être perturbés.

Joindre le geste à la parole est aussi une forme de communication susceptible de faciliter la compréhension.

4°) CAPACITÉS PHYSIQUES

Trois constats s'imposent chez le personnel soignant :

- 1° Manque de condition physique.
- 2° Absence totale d'économie de gestes.
- 3° TROP d'efforts physiques

Même s'il n'est pas nécessaire d'être un athlète de haut niveau, il n'en demeure pas moins que pour "manutentionner" en toute tranquillité, il faut un minimum de condition physique. Ne pas être trop "délabré".

La société a changé : vieillissement de la population et du personnel soignant associé à un mode de vie moderne, très mécanisé: voiture, ascenseur, escalator, drives..... la faiblesse, le manque ou l'absence d'activités physiques, les surcharges pondérales en grande augmentation, aboutissent à une gestuelle de plus en plus difficile et aléatoire

L'impossibilité de s'accroupir, de se relever par manque soit de souplesse soit de force musculaire entraîne une flexion vertébrale. Les jambes tendues à chaque geste plus ou moins près du sol créent un effort considérable de la colonne et une contrainte au niveau des disques et des articulations intervertébrales beaucoup trop sollicités.

Il importe donc d'avoir une relative souplesse une musculature pas trop mauvaise, notamment au niveau des membres inférieurs.

Avoir et savoir trouver de bons appuis.

Posséder une "bonne sensation" de son corps en général.

Sentir une liberté de mouvements dans les différents plans de l'espace.

Etre bien dans sa peau.

S'entretenir avec une activité physique suivie et régulière : que ce soit de la marche, du footing, de la natation, de la danse, du cyclisme ou autre. L'important est que l'activité pratiquée soit celle que l'on aime et que l'on peut pratiquer.

Cependant rien ne peut remplacer une formation en manutention pour acquérir les gestes techniques indispensables à cette pratique, animée par un praticien qui garde comme ligne de conduite la nécessité d'apprendre le geste juste sans dépense énergétique inutile et la vision constante de l'autonomie des patients.

5°) LES OBSTACLES A LA MANUTENTION

Pour le personnel.

Manque de condition physique

Absence d'économie de gestes

Absence de formation suffisante, pendant et après les études

Tenues vestimentaires inadéquates (blouses)
Chaussures qui ne tiennent pas le talon, semelles trop rigides gênant la marche
Sexe : notion de sexe dit faible. (Notion de force, de gros bras.)
Réticence vis à vis du contact avec le patient.
Risques pour lui (luxation d'une PTH. Douleur)
Soigné plus ou moins coopérant, conscient, capable de comprendre
Grand âge de la personne, son poids, sa taille
Méconnaissance de la pathologie du patient
Méconnaissance de ses possibilités.
Défaitisme : je n'y arriverai jamais
Crainte des responsabilités, des conséquences.
Le temps (notion de vitesse)
Manque de personnel
Manque de matériel (lève-malade, transfert rapide, roll bord)
Méfiance vis à vis de ce même matériel quand il existe
Absence de démonstration de l'utilisation du matériel
Les lieux : étroitesse des chambres, encombrement du matériel
Perfusion, sonde à demeure, drain à surveiller pendant le transfert...

Pour le malade

Sa pudeur
Manque de confiance
Manque de tonus
Réflexe de défense
Cadre nouveau
Mythe de l'hôpital
Laisser aller
Hospitalisme
Peur d'avoir mal, peur de voir la cicatrice " s'ouvrir ", peur de voir un redon, une perfusion, une sonde " s'arracher "
Attendre plus un service qu'une aide
Vêtements inadaptés aux mouvements (chemise hospitalière)
Considérer que le personnel est payé pour.....
Promiscuité des chambres
Présence d'un ou plusieurs malades dans la chambre
Nombre de soignants et stagiaires dans la pièce
Lit trop haut
Fauteuil trop bas
Assises des sièges trop profondes.....

POUR L'OPÉRÉ TOUS MOUVEMENTS = PEUR DE DOULEUR