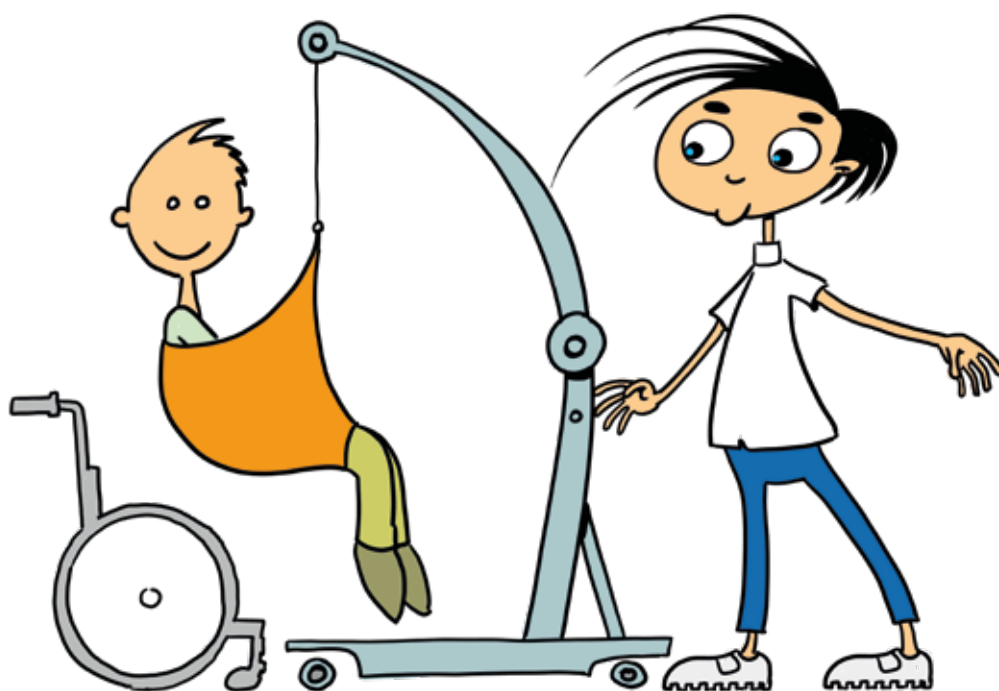


Directives pratiques sur le déplacement de personnes



Une publication de l'association professionnelle d'ergonomie VerV



**« Employé sain,
soins de santé sains »**

Contenu

1	Introduction	5
2.	Sommaire	6
3.	Consensus.....	7
3.1	Principe 1 : Cinq niveaux de mobilité	7
3.2	Principe 2 : Draps de glisse	10
3.3	Principe 3 : Lève-personnes	11
3.4	Principe 4 : Les systèmes réglables en hauteur	13
3.5	Principe 5 : Le VerV Thermomètre de Levage	14
3.6	Autres principes	15
	Consensus sur les enfile-bas de type « slide »	15
	Consensus sur les chariots d'hôpital	15
4.	Législation et normes	15
4.1	Titre 3 du Livre VIII du code du bien-être au travail : Manutention manuelle de charges	15
4.2	ISO-TR 12296 : Déplacement manuel de patients	16
5.	VerV Thermomètre de Levage	17

1. Introduction

Le groupe de travail « soins » de l'association flamande d'ergonomie (VerV) a élaboré une directive de pratique sur le déplacement manuel de personnes. Les principes peuvent être appliqués aux différents secteurs des soins de santé : le secteur hospitalier, les maisons de repos et de soins, les soins à domicile et le secteur des personnes handicapées.

La directive pratique est le résultat d'une réunion de concertation sur les charges physiques dans les soins de santé. Les directives pratiques des Pays-Bas ont servi de point de départ. Celles-ci se fondent sur plusieurs limites biomécaniques et se traduisent par des déplacements ou des transferts qui sont typiques pour les soins de santé. Une recommandation de dispositifs spécifiques en fonction des capacités du bénéficiaire de soins en est le résultat.

Un accord a été conclu sur les principes suivants :

1. Les personnes peuvent être réparties en cinq niveaux de mobilité
2. Les transferts dans le lit nécessitent toujours un drap de glisse à partir du niveau de mobilité C
3. Les transferts en dehors du lit nécessitent un lève-personne à partir du niveau de mobilité C
4. Les soins, bains/douches et l'assistance nécessitent toujours un système réglable en hauteur
5. Le « VerV Thermomètre de Levage » est un outil pour évaluer les risques liés au déplacement de personnes

En outre, le VerV Thermomètre de Levage, un outil pour évaluer les risques liés au déplacement de personnes, a été développé. Il s'agit d'une version Excel qui est facile à employer et dans laquelle sont remplis des paramètres comme le niveau de mobilité et les dispositifs employés par bénéficiaire de soins. Au niveau de l'unité, c'est l'un des paramètres pour déterminer le besoin de soins.

Pour étayer ces directives pratiques, le groupe de travail « soins » a réalisé une étude de fiabilité portant sur les niveaux de mobilité. Cette étude a examiné comment différents prestataires de soins, formés ou non, estiment le degré de mobilité fonctionnelle chez un bénéficiaire de soins à l'aide d'une description standardisée.

2. Sommaire

Les personnes peuvent être réparties en cinq niveaux de mobilité

Lors du déplacement de personnes, il faut utiliser autant que possible les capacités restantes du bénéficiaire de soins. À cette fin, on répartit les personnes en cinq niveaux de mobilité (A-E) en fonction de ce qu'elles peuvent encore faire elles-mêmes. Le prestataire de soins choisit les dispositifs et les techniques de transfert appropriées en fonction de cette mobilité fonctionnelle.

Les transferts dans le lit nécessitent toujours un drap de glisse à partir du niveau de mobilité C

Lors des déplacements dans le lit, le prestataire de soins doit toujours employer un drap de glisse et commencer le mouvement lentement. Si le bénéficiaire de soins est de niveau de mobilité C, sa coopération est souvent insuffisante, même s'il utilise la force de ses propres jambes ou la potence de lit.

Les transferts en dehors du lit nécessitent un lève-personne à partir du niveau de mobilité C

En cas de besoin d'aide supplémentaire au transfert couché/assis ou vice-versa, il faut employer un lève-personne ou dispositif équivalent. Un verticalisateur électrique renforce la coopération de la personne. Lorsque cela n'est plus possible, un lève-personne passif ou un lève-personne au plafond peut entièrement soulever un patient inactif.

Les soins, bains/douches et l'assistance nécessitent toujours un système réglable en hauteur

Les tâches de soins et les postures statiques vont souvent de pair. Ces postures deviennent rapidement fatigantes. Une posture droite peut être maintenue plus longtemps. C'est pourquoi un lit haut-bas est une exigence standard dans les soins de santé. Un environnement de travail ajustable (un bain, une chaise de douche, un siège ... qui sont réglables en hauteur) permet d'adopter une bonne posture droite en faisant des tâches périphériques.

Le VerV Thermomètre de Levage est un outil pour évaluer les risques liés au déplacement de personnes

Réduire la charge physique dans les soins de santé se fait par étapes. Pour évaluer dans quelle mesure ces principes sont déjà respectés, le VerV Thermomètre de Levage donne un aperçu rapide. Pour chaque sous-tâche, la présence des dispositifs nécessaires est vérifiée en fonction du niveau de mobilité.

3. Consensus

3.1 Principe 1: Cinq niveaux de mobilité

Consensus

Lors du déplacement manuel de personnes, il est important d'utiliser autant que possible la mobilité fonctionnelle restante du bénéficiaire de soins. Cela réduit non seulement la charge pour le prestataire de soins, mais ça garantit également que ce dernier reste le plus mobile possible. Il existe cinq niveaux de mobilité qui décrivent les capacités d'une personne. Ils évoluent de A (patient pleinement actif) à E (patient totalement inactif).



Copyright Mobilitätsklassen: LOCOmotion (Knibbe & Knibbe, 2018).

- A : Pleinement actif, la personne peut se déplacer indépendamment.
- B : Actif, la personne peut se déplacer avec un dispositif d'aide ou après avoir reçu des instructions.
- C : Partiellement actif, la personne a besoin d'aide pour se déplacer, a un équilibre assis et peut tenir debout.
- D : Semi-passif, la personne a besoin d'aide pour se déplacer, a un équilibre assis médiocre, mais ne peut plus se lever ou tenir debout, malgré une force résiduelle dans les jambes et/ou bras.
- E : Totalement inactif. La personne n'a plus aucune force dans les bras et jambes, ni d'équilibre assis et peut (à la limite) encore bouger sa tête.

Contexte

Les niveaux de mobilité jouent un rôle important dans cette directive, car elles déterminent les dispositifs d'aide les plus appropriés pour le déplacement d'une personne. C'est pourquoi les définitions des niveaux de mobilité doivent être simples et suffisamment claires, afin de permettre au soignant de faire une classification correcte.

Le groupe de travail « soins » de la VerV a mis en place une étude de fiabilité portant sur les niveaux de mobilité. Le groupe a recueilli 54 cas, qui ont tous été évalués par cinq personnes. Les réponses des évaluateurs ont été examinées pour déterminer dans quelle mesure elles étaient cohérentes. Dans 92,7 % des cas, les évaluateurs tombaient d'accord sur le niveau de mobilité. Un pourcentage de 80 % était l'objectif. L'étude a été réalisée en collaboration avec des experts et des employés du secteur hospitalier, des maisons de repos et de soins, du secteur des personnes handicapées et des soins à domicile.

Ensuite, on a fait une distinction entre les experts et les profanes. Les résultats montrent que l'évaluation est fiable, tant en combinaison avec des experts (92,7 %) qu'en l'absence d'experts (93,2 %). Les définitions des niveaux de mobilité sont assez claires pour obtenir une correcte évaluation de la capacité résiduelle des personnes.

Résultats

Total	Sans experts	Hôpitaux	Maisons de repos et de soins	Soins à domicile	Secteur des personnes handicapées
92,7 %	93,2 %	90,1 %	99,0 %	86,4 %	90,0 %



A

Le bénéficiaire de soins peut exécuter l'action lui-même, avec ou sans dispositifs ou modifications (spéciales).



B

Le bénéficiaire de soins n'est pas en mesure d'exécuter la manipulation de manière autonome, mais le prestataire de soins ne risque pas d'être surchargé physiquement par son assistance. Il peut s'agir des instructions verbales ou aider le patient à se lever. Le soignant peut aussi employer des dispositifs et/ou des adaptations (p. ex. une potence de lit).



C

Le bénéficiaire de soins n'est pas en mesure d'exécuter la manipulation de manière indépendante. Le prestataire de soins risque d'être surchargé physiquement et il doit employer un dispositif qui lui facilite la tâche physiquement. Toutefois, le bénéficiaire de soins peut y contribuer physiquement lui-même. Le patient peut tenir debout sur minimum une jambe et contrôler la tête et le tronc, il a un équilibre assis et éventuellement de la force dans ses bras. Le patient doit être encouragé à employer au mieux sa mobilité fonctionnelle. Parmi les dispositifs d'assistance que les patients doivent employer activement pour se déplacer, on trouve un verticalisateur électrique, une aide à la montée ou un drap de glisse.

D

Le bénéficiaire de soins ne peut pas effectuer la procédure de manière indépendante. Le patient n'a pas assez de force dans les jambes pour se tenir droit. Les muscles des bras et des jambes ont encore une force résiduelle, l'équilibre assis ainsi que le contrôle de la tête sont médiocres. Sans dispositifs spéciaux, le prestataire de soins risque de se blesser physiquement pendant son assistance. Il doit donc employer des aides qui s'occupent (au moins d'une partie) de la charge et lui facilitent physiquement la tâche. Un lève-personne est un exemple d'un tel dispositif.



E

Le bénéficiaire de soins ne peut pas effectuer la procédure de manière indépendante. Le prestataire de soins risque de se blesser physiquement pendant l'assistance. Le patient n'a plus de force dans les jambes, les bras et le tronc. Le patient peut éventuellement encore contrôler la tête. Le soignant doit employer des dispositifs d'aide pour rendre ses tâches physiquement acceptables. L'objectif n'est pas de favoriser ou de maintenir la mobilité. Par exemple, il peut s'agir des patients qui sont en phase terminale, qui n'ont aucun contrôle moteur ou qui sont si fatigués qu'il est important pour eux d'économiser leur énergie pour par exemple, pouvoir recevoir des visiteurs et/ou lire.

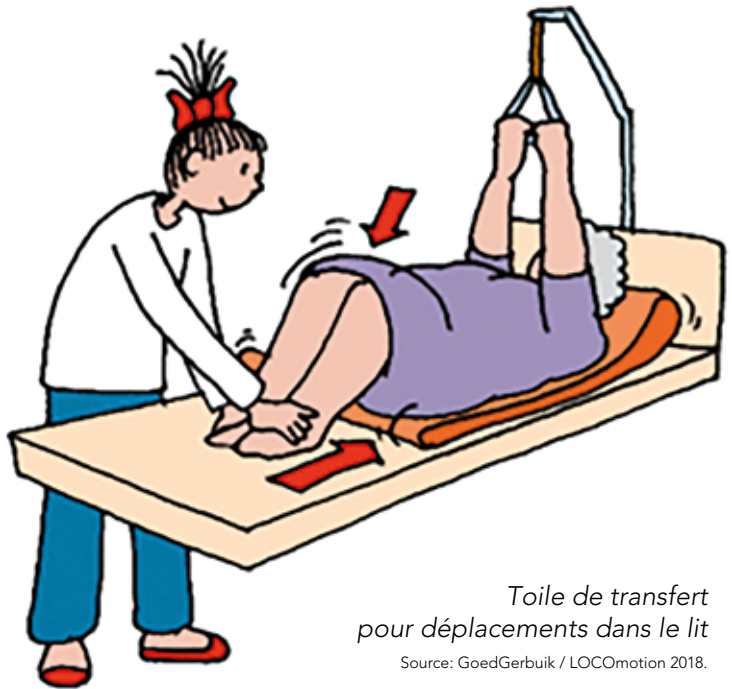
À ce niveau, le soignant peut employer un lève-personne pour effectuer le transfert. Dans ce cas, le patient n'est pas encouragé à coopérer. Le plus important est de fournir des soins optimaux de confort et de prévenir les complications de l'immobilité comme les escarres.

3.2 Principe 2: Draps de glisse

Consensus

Lorsqu'un patient à partir du niveau de mobilité C n'est plus en mesure d'effectuer un transfert dans les limites du lit et de manière indépendante, un drap de glisse est toujours nécessaire.

Le principe est basé sur la limite biomécanique : la force de traction à deux mains ne doit pas dépasser 25 kg. Pour une main, la limite est de 15 kg. C'est la valeur pour les hommes. La force de traction peut être mesurée au moyen d'un dynamomètre, un ressort de tension qui mesure le nombre de kg de force nécessaire pour déplacer une personne. Il est impossible de rester en dessous de cette limite sans employer un drap de glisse lorsque le patient ne coopère plus activement.



Toile de transfert
pour déplacements dans le lit

Source: GoedGerbuik / LOCOmotion 2018.

Contexte

Lieven Maertens, membre du groupe de travail « soins de santé » de la VerV, a étudié l'effet d'un drap de glisse. Il a mesuré les forces de traction nécessaires pour aider un patient à se redresser ou à se déplacer latéralement dans le lit. Pour cela, il a combiné différents paramètres tels que le type de draps de glisse, la taille de le drap de glisse, la vitesse de départ du mouvement, le type de matelas, le poids du bénéficiaire de soins, la position des jambes et la position du lit avec *Trendlenburg*. Les résultats montrent clairement qu'un drap de glisse se révèle un outil essentiel pour déplacer un patient dans le lit.

Les techniques de déplacement ont pris la place des techniques de levage. Les patients sont remontés dans le lit au lieu d'être soulevés du matelas. Cela est déjà une amélioration considérable. Cependant, le déplacement d'un patient dans son lit peut toujours générer beaucoup de force. Un drap de glisse est une solution efficace dans ce cas, réduisant les forces nécessaires de 40 %, et même de 60 % lorsque le mouvement est lent.

Cette étude montre clairement la nécessité d'un drap de glisse. Le transfert doit toujours se faire lentement. Plus le matelas est mou, plus il faut de force de traction. C'est pourquoi le mode « soins » doit être actif chez un matelas anti-escarres. En cas de bénéficiaires de soins plus lourds, vous pouvez également réduire la force requise en plaçant le lit en position *semi-Fowler* ou *Trendlenburg*.

La position de le drap de glisse est également importante. Un drap de glisse qui a été placé trop bas résulte en 33 % de force de traction supplémentaire lors du déplacement. Il est donc préférable d'employer un grand drap de glisse ou une double couche.

La différence entre un drap de glisse et un drap de transfert est qu'un drap de transfert n'est composé que d'une seule couche. Un drap de glisse par contre, est toujours un « tunnel », c'est-à-dire deux couches lisses l'une sur l'autre.

Les mesures effectuées avec différents types de draps de glisse montrent que leur emploi réduit la force de traction nécessaire. Un seul drap de transfert pose encore un risque résiduel. Une valeur saine ne peut être obtenue qu'avec deux couches lisses.

3.3 Principe 3: Lève-personnes

Consensus

Le soutien d'un lève-personne ou d'un autre dispositif approprié est nécessaire lorsqu'une aide supplémentaire est requise pour passer du lit au siège ou vice-versa. Un verticalisateur électrique renforce la coopération de la personne. Lorsque cela n'est plus possible, un lève-personne ou un lève-personne au plafond peut entièrement soulever un patient inactif.

À la base, il y a la limite biomécanique de 23 kg pour le levage dans des conditions optimales. Les normes internationales parlent d'une limite de 25 kg. Appliqué aux soins de santé, cela signifie que les personnes sont toujours considérées comme « lourdes ». Sans dispositif d'aide au transfert, il est très difficile, même impossible, de déplacer les bénéficiaires de soins de niveau de mobilité C, de manière saine, en dehors du lit.

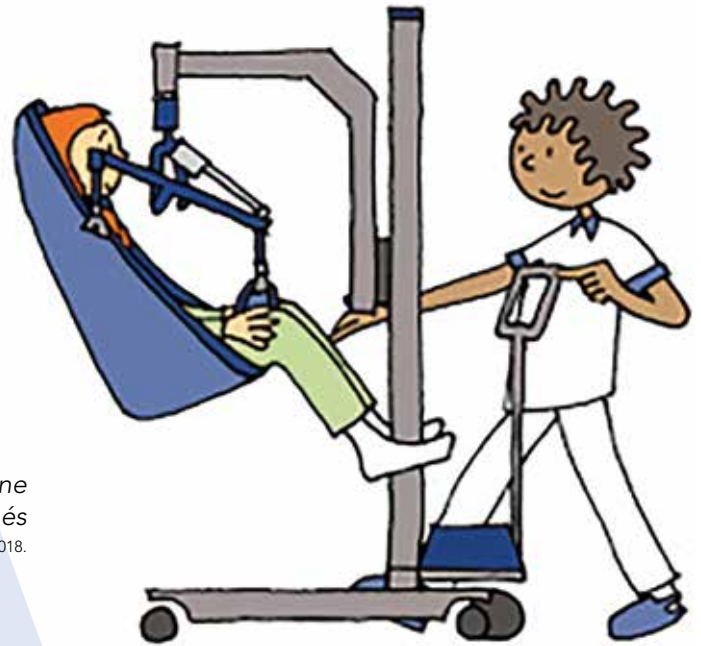
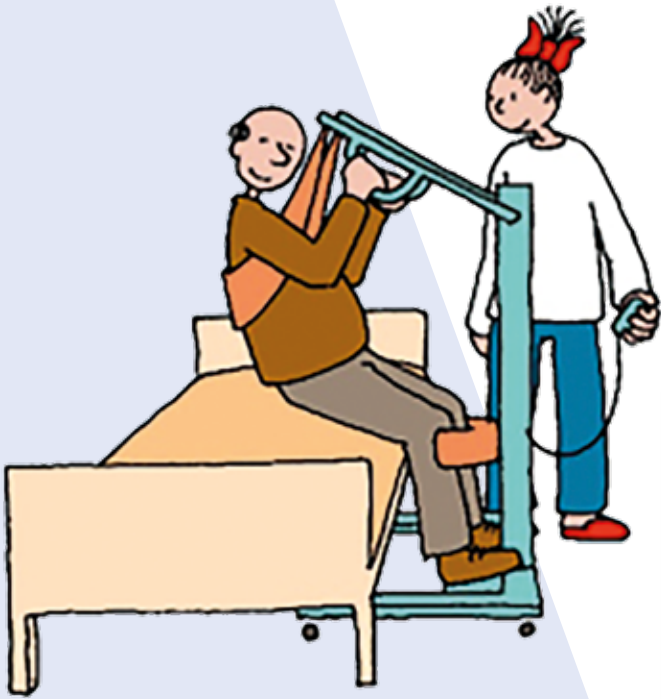
Contexte

Le poids maximum de levage de 23 kg vient de la méthode NIOSH. Pour mesurer la charge du dos, cette méthode utilise la pression intradiscale ou la pression sur les disques intervertébraux, qui ne peut pas dépasser 3400 N. Cela correspond à un levage de 23 kg, ce qui est une charge acceptable sur le dos pour 99 % des hommes. Mais un grand nombre de prestataires de soins sont des femmes. Si nous voulons que 99 % des femmes puissent également faire leur travail sans surcharger leur dos, nous devons réduire le poids maximum de levage à 17 kg.

La méthode NIOSH ne peut cependant pas être employée pour le levage de charges instables, comme les personnes. C'est pourquoi différents algorithmes pour les différents déplacements ou transferts ont été développés. Il s'agit d'une sorte d'arbre de décision pour déterminer l'outil le plus approprié pour un transfert.

Pour les transferts hors du lit, l'algorithme comprend quatre critères :

- La personne est-elle en mesure de soutenir son poids sur ses jambes ?
- La personne est-elle en mesure de comprendre des instructions ?
- La personne a-t-elle de la force dans ses bras ?
- Le soignant doit-il soutenir plus de 17 kg ?



*Verticalisateur(électrique) et lève-personne
pour les transferts assis/couchés*

Source: GoedGerbuik / LOCOmotion 2018.

Dans chaque protocole, l'algorithme vérifiera en dernière étape si le soignant doit soulever plus de 17 kg. C'est le poids de levage maximum au-delà duquel un lève-personne est toujours nécessaire. C'est également le cas lorsque le bénéficiaire de soins ne peut pas comprendre des instructions et manque de force dans les membres supérieurs et inférieurs.

L'algorithme ne fait aucune distinction entre un verticalisateur et un lève-personne. Le premier principe dans cette directive de pratique est que le bénéficiaire de soins doit employer au maximum sa mobilité fonctionnelle. Cela signifie qu'une personne qui possède une fonction de soutien partielle peut toujours employer cette force résiduelle. Nous recommandons un verticalisateur pour ces personnes. Cela correspond au niveau de mobilité C. En cas d'absence de fonction de soutien (niveaux de mobilité D et E), l'emploi d'un lève-personne est recommandé.

La présente directive considère les lève-personnes au plafond comme des lève-personnes. Ils constituent une bonne solution pour le confort tant du prestataire que du bénéficiaire de soins. Comparé à un lève-personne, un lève-personne au plafond est plus rapide, moins stressant pour le dos et nécessite moins de force musculaire. En trois ans, l'investissement dans les lève-personnes au plafond pourrait être remboursé.

3.4 Principe 4: Les systèmes réglables en hauteur

Consensus

Les tâches de soins et les postures statiques vont souvent de pair. Ces postures deviennent rapidement fatigantes. Un lit haut-bas est une nécessité pour maintenir une posture de travail optimale. Un environnement de travail ajustable (un bain, une chaise de douche, un siège ... qui sont réglables en hauteur) permet d'adopter une bonne posture droite pour faire des tâches périphériques.

À la base, il y a la limite biomécanique, qui limite le travail avec un dos tordu ou courbé ($> 30^\circ$) à 1 minute maximum. La première condition pour une posture neutre est une bonne hauteur de travail. Des solutions ajustables sont nécessaires du fait que les soignants et les patients n'ont pas tous la même taille.

Contexte

Un lit électrique réglable en hauteur devrait être la norme dans le secteur des soins de santé. Il est donc conseillé de prendre en compte quelques critères minimaux d'ergonomie lors de l'achat d'un lit d'hôpital :

- Lit électrique réglable en hauteur : assez bas pour les transferts assis
- Roue directionnelle : une ou deux roues pivotantes avec système de freinage ou cinquième roue
- Grandes roues avec système de freinage
- 15 cm d'espace vide sous le lit
- Position semi-Fowler : angle et inclinaison réglables au niveau du dos et des genoux
- Position Trendelenburg et anti-Trendelenburg
- Barrières latérales, barrières de lit réglables
- Accessoires faciles à attacher : potence de lit, pied à perfusion
- Pieds repliables

Optionnellement :

- Draps de transfert électriques sur le côté du lit
- Poignées réglables en hauteur, pour pousser
- Lit inclinable



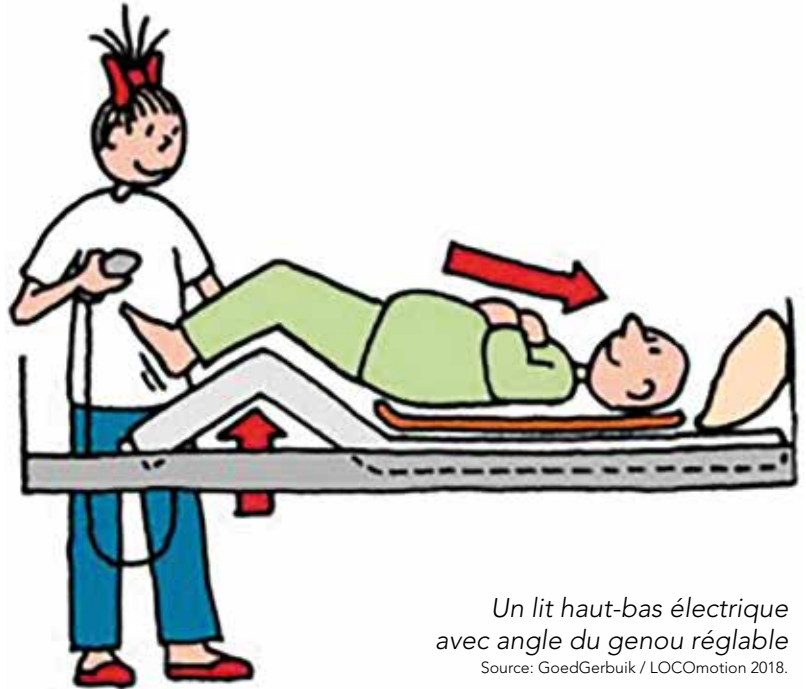
Siège de douche réglable en hauteur

Source: GoedGerbuik / LOCOmotion 2018.

Une roue directionnelle aide le lit à rouler plus facilement droit en avant. Le prestataire de soins doit moins souvent corriger la direction du lit. Cela devient particulièrement évident chez les patients lourds (120 kg). Subjectivement, un lit d'hôpital avec une roue pivotante fixe est plus facile et moins stressant.

Des poignées réglables en hauteur permettent d'ajuster la hauteur de poussée du lit. Cela réduit la charge sur les épaules de 30 % que si vous poussez le lit à une hauteur de 110 cm. Une bonne hauteur pour la poignée est à la hauteur du coude.

En ajustant l'angle au niveau du dos et des genoux, le lit d'hôpital peut être mis dans différentes positions. Le patient glissera moins vers le bas lorsque le dossier du lit est régulièrement relevé. Par conséquent, le soignant devra moins souvent déplacer ou repositionner le patient dans son lit.



Un lit haut-bas électrique avec angle du genou réglable
Source: GoedGerbuik / LOCOmotion 2018.

3.5 Principe 5: Le VerV Thermomètre de Levage

Consensus

Le VerV Thermomètre de Levage est un outil pour évaluer les risques liés au déplacement de personnes. Réduire la charge physique dans les soins de santé se fait par étapes. Pour évaluer dans quelle mesure ces principes sont déjà respectés, le VerV Thermomètre de Levage donne un aperçu rapide. Pour chaque transfert, la présence des dispositifs nécessaires est vérifiée en fonction du niveau de mobilité.

Contexte

Il existe déjà un TilThermometer aux Pays-Bas. Il est basé sur les directives pratiques des Pays-Bas. Actuellement, un consensus a été obtenu sur les mêmes principes en Flandre. Suite à ce consensus, les dispositifs d'aide au transfert requis en fonction de la mobilité du patient sont identifiés. Le TilThermometer permet au soignant d'évaluer si les dispositifs d'aide appropriés sont employés. Le VerV Thermomètre de Levage est basé sur la version des Pays-Bas et a été complété et adapté en matière de terminologie, de directives et de méthodes de travail.

D'abord, le nombre de patients par unité est classé par niveau de mobilité. Ce niveau détermine les dispositifs d'aide à employer par transfert. Ensuite, on examine le pourcentage de bénéficiaires de soins dans un certain niveau de mobilité pour lesquels la classification était correcte. Cela détermine le besoin de soins.

Le TilThermometer permet de suivre l'évolution du besoin de soins, qui est une mesure de la charge physique.

3.6 Autres principes

Consensus sur les enfile-bas de type « slide »

Mettre ou enlever des bas de contention est une tâche difficile, car ils doivent être bien serrés. C'est pourquoi il faut toujours employer un enfile-bas de contention de type « slide ». Un tel enfile-bas augmente également le confort du patient.

Consensus sur les chariots d'hôpital

En ce qui concerne le matériel roulant, les 6 conditions suivantes doivent être remplies :

- les roues doivent bien tourner
- le diamètre (des roues) doit être supérieur à 12 cm
- le poids (du chariot) doit être inférieur à 300 kg
- le sol doit être plat, dur et horizontal
- il n'y a pas de seuils absents
- les poignées doivent être réglables

Les 6 conditions susmentionnées doivent être remplies pour pouvoir parler d'une charge de travail sûre. Si ce n'est pas le cas, la situation devra être analysée plus en profondeur et des mesures supplémentaires seront nécessaires.

4. Législation et normes

4.1 Titre 3 du Livre VIII du code du bien-être au travail : Manutention manuelle de charges

La législation sur le bien-être est décrite dans le code du bien-être au travail. Livre VIII Contraintes ergonomiques – Titre 3 traite spécifiquement la manutention manuelle de charges. L'employeur est tenu de prévenir le risque autant que possible. Si le risque ne peut pas être évité, il doit être évalué au moyen de mesures appropriées. Les employés qui sont exposés au risque doivent en être informés. Des formations sur les méthodes adéquates de travail sont obligatoires dans certaines situations.

Le déplacement de personnes est un type de manutention manuelle de charges qui est couvert par cette législation. On veut éviter autant que possible les transferts manuels pour le prestataire de soins et employer au maximum la capacité résiduelle ou la mobilité fonctionnelle du patient. Les aides médicales peuvent donc être considérées comme des mesures appropriées. Les normes internationales contiennent des

informations plus concrètes qui permettent de concrétiser l'analyse des risques. Lors de la réunion de concertation, le VerV Thermomètre de Levage a été choisi comme une bonne méthode d'analyse, ce qui n'exclut toutefois pas d'autres méthodes.

4.2 ISO-TR 12296: Déplacement manuel de patients

La manutention manuelle de charges est l'une des principales causes de douleurs dorsales liées au travail. Le document ISO-TR 12296 propose une approche scientifique pour analyser et contrôler les risques. Il s'agit de quatre étapes : inventaire, analyse, gestion et évaluation des risques.

La littérature offre diverses méthodes d'analyse pour évaluer le risque de déplacement de personnes. Les quatre méthodes les plus employées sont l'approche de Dortmund, TilThermometer, MAPO et PTAI.

L'approche de Dortmund

Cette approche de l'Allemagne est basée sur les charges biomécaniques sur le bas du dos. Dans des recherches en laboratoire, les forces de pression sur le bas du dos ont été calculées pour différents transferts. Des valeurs-limites spécifiques, en fonction du sexe et de l'âge, déterminent si un transfert manuel est acceptable ou non.

Tilthermometer

Le Tilthermometer des Pays-Bas examine, en fonction de la mobilité du patient, les dispositifs nécessaires pour effectuer un transfert manuel avec une charge acceptable.

Index MAPO

L'index MAPO de l'Italie est une indication du niveau de risque de toute une unité. Tous les déterminants qui peuvent contribuer au niveau du risque d'une unité sont pris en compte : mobilité des patients, nombre de soignants, aides au levage (lèves-personne), petits appareils (draps de glisse), fauteuils roulants, environnement et infrastructure, formation des soignants.

PTAI

Le PTAI (*Patient Transfer Assessment Instrument*) de la Finlande est un instrument d'évaluation des risques au niveau individuel et spécifique à chaque transfert. 15 facteurs en total sont évalués, suivant le modèle de feux de signalisation. La moyenne pondérée des critères positifs détermine la charge totale.

5. VerV Thermomètre de Levage

Le VerV Thermomètre de Levage est un outil d'évaluation numérique (en Excel) au niveau de l'unité. Il s'agit d'une variante du TilThermometer des Pays-Bas avec des adaptations en matière d'approche individuelle et de terminologie.

La première page du VerV Thermomètre de Levage est un aperçu avec une évaluation de chaque patient individuel. En sélectionnant la classe de mobilité du bénéficiaire de soins, l'outil affiche automatiquement les aides nécessaires lors des différents transferts ou déplacements pour le patient évalué. Si les outils sont employés, le processus se termine ici. L'évaluateur doit donc seulement cocher les cas où les principes ne sont pas respectés.

En faisant cela individuellement pour chaque patient, on obtient une vue d'ensemble du besoin de soins pour toute l'unité, le nombre de dispositifs nécessaires et le nombre de dispositifs effectivement employés.

En regroupant les résultats de ces analyses individuelles, une évaluation objective du besoin de soins et du risque de surcharge des soignants est possible. Sur cette base, on peut déterminer les mesures préventives à prendre pour réduire davantage ce risque. Le VerV Thermomètre de Levage peut servir de point de départ pour adapter la politique de prévention.

Les résultats sont automatiquement convertis en chiffres et en graphiques. Les points faibles qui nécessitent une intervention deviennent immédiatement visibles. Les barres rouges indiquent où les outils requis sont manquants et/ou non employés. Si, par exemple, seulement 40 % des déplacements « dans les limites du lit » présentent un bon score, ce point mérite une attention particulière.

À l'avenir, le VerV Thermomètre de Levage évoluera vers un logiciel convivial qui pourra être rempli en ligne. Actuellement, on examine également les possibilités d'intégration dans le dossier médical électronique existant.

Membres de la réunion de concertation

Brion Pieter, Mediwet
Buckens Filip, UZ Gent, VerV
Costers Ruth, Mensura
Cox Maarten, Securex, VerV
Decommere Philip, UZ Brussel, VerV
Deconinck Heidi, UZ Gent, VerV
De Saegher Jan, AZ SOLV Aalst, VerV
De Vusser Matthias, AZ Alma, VerV
Everaert Anja, AZ Sint-Jan Brugge
Goderis Tania, AZ Alma, VerV
Hensen Sven, CLB, VerV
Holderbeke Cindy, Mediwet
Knibbe Nico, LOCOmotion (NL)
Maertens Lieven, AZ Delta, VIVES, VerV
Motmans Roeland, Colruyt Group, VerV
Paulussen Kristof, Jessa Ziekenhuis
Pitteljon Hilde, Dominiek Savio, VerV
Scherrrens Joke, Familiezorg West-Vlaanderen, VerV
Slagmulder Carla, Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen
Stofs Jan, AZ Turnhout, VerV
Tomlow Stephan, Liantis, VerV
Van Cauwelaert Karlien, IDEWE
Van Hoornweder Jean, OCMW Brugge, VerV
Vanmontfort Brenda, Premed
Van Pamel Jolien, Attentia, VerV
Weygaerts Koen, Supergoed, PXL Hogeschool

Sources:

Alamgir H, Li OW, Yu S, Gorman E, Fast C, Kidd C. 2009 Evaluation of ceiling lifts: transfer time, patient comfort and staff perceptions. *Injury* 40 (9): 987-92.
Douglas ea 2014. Should my patient use a mechanical lift? Part2: algorithm and case application. *Home Healthcare Nurse* 32 (3): 172-180.
ISO-TR 12296:2012 Ergonomics – manual handling of people in the healthcare sector
Maertens Lieven. 2010 Trekkrachten bij gebruik glijzeil: ergonomische benadering bij procedure “hogerop in bed”. Eindwerk technicus ergonomie.
Mehta RK. 2011 Ergonomic evaluation of hospital bed design features during patient handling tasks. *Int J Ind Erg* 2011; 41: 647-652.
www.goedgebruik.nl
www.ergonomiesite.be

Références pour les niveaux de mobilité, TilThermometer et directives pratiques :

Knibbe JJ, Knibbe NE, Boomgaard, J, Klaassen A, Mol I. Het GebruiksBoekje. LOCOmotion, Bennekom NL, 2012.
Hignett, S., M. Fray, N. Battevi, E. Occhipinti, O. Menoni, L. Tamminen-Peter, E. Waaijer, H. Knibbe, M. Jäger. CEN/ISO TR 12296-2013 Ergonomics – Manual Handling of People in the Healthcare sector *International Journal of Industrial Ergonomics*, Volume 44, Issue 1, January 2014, Pages 191-195.
Knibbe JJ, Knibbe NE, Waaijer E. Assessments of patients with a 5-category or a 3-category practical classification system: validity and practicality. *Work* 41 (2012) 5655-5656. DOI: 10.3233/WOR-2012-0909-5655.
Knibbe JJ, Knibbe NE. An international validation study of the care thermometer: a tool supporting the quality of ergonomic policies in health care. *Work* 41 (2012) 5639-5641 DOI: 10.3233/WOR-2012-0903-5639 IOS Press.
Knibbe JJ, Friele RD. The use of logs to assess exposure to manual handling of patients, illustrated in an intervention study in home care nursing. *International Journal of Industrial Ergonomics* 24, 445-454, 1999.
Knibbe JJ, Friele RD. Backing home care. Back pain prevention in home care: a controlled prospective trial. Second international conference on occupational health for health care workers. NIOH ICOH, Stockholm, 1994.
Knibbe JJ, Knibbe NE. Handle with care, impact of a structural ergonomic approach to prevent back pain among nurses in institutional care. Second international conference on occupational health for health care workers. NIOH ICOH, Stockholm, 1994.
Knibbe JJ, Knibbe NE, RD Friele et al. Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen. NIVEL, 1995.
Knibbe JJ, Knibbe NE, Beune E, Keijzers J, van Ooijen J, Vogelaar T, van den Bosch A. De zorg, een last? Fysieke en psychische belasting in de sector verzorgingshuizen. AWOB, Bunnik, 1995.
Knibbe H, Van Panhuys W, Van Vugt W, Handboek Transfers, 1e druk 1998, LOCOmotion, GDWW, Den Haag.



VerV

www.verv.be