

- ▷ privilégier la prise des repas par le patient lui-même ;
- ▷ position de tête en légère antéflexion ;
- ▷ bonne hygiène dentaire.

Constipation

Elle est fréquente chez le sujet alité. La stase colique et rectale à l'origine de la constipation favorise le météorisme (gaz dans l'intestin, ballonnements). La constipation est aggravée par la prise de certains médicaments, en particulier antalgiques, et certaines conditions neurologiques (paraplégie...). En prévention :

- ▷ surveillance du nombre de selles hebdomadaires ;

- ▷ verticalisation précoce ;
- ▷ apport hydrique suffisant.

DSI Élaboration

L'élaboration d'une démarche de soins infirmiers (DSI) à domicile est adaptée à la prise en charge d'« un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente » (article 11 de la NGAP). Une DSI est prescrite pour trois mois au maximum, renouvelable jusqu'à cinq fois par an pour un même patient. La première DSI est cotée DI 1,5, soit 15 euros, les suivantes, pour un même patient, sont cotées DI 1, soit 10 euros.

Soins de prévention

Les soins infirmiers visent à préserver l'autonomie du patient. Le médecin prescrit une DSI. L'Idel fait un bilan des besoins du patient et de son environnement, puis élabore un programme de soins personnalisés. Dans le cadre de la DSI, l'Idel peut coter des séances de soins en AIS 3 (toujours jugée déconnectée de la réalité par nombre d'Idels), la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé en AIS 3,1, des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention en AIS 4. Chaque acte est différencié et certains peuvent se cumuler. À l'avenir, un bilan de soins infirmiers devrait remplacer la DSI. ✚

Manutention: prendre soin des autres... et de soi

Vous rencontrez Mme K., 65 ans, qui sort de l'hôpital avec une prothèse de hanche. Vous avez une prescription pour une aide à la toilette et l'administration d'un traitement anticoagulant préventif. Elle est dans son lit personnel et vous dit qu'elle ne tient pas à faire installer un lit médicalisé.

Vous l'interrogez sur ses réticences et vous lui dites que vous comprenez l'image de maladie que renvoie le lit médicalisé et le chamboulement que cela va entraîner dans son appartement, mais qu'il faut qu'elle comprenne l'intérêt du lit médicalisé pour avoir une position ergonomique et éviter les complications délétères que peut occasionner un alitement prolongé. Vous ajoutez que le lit médicalisé sert aussi à protéger votre propre dos et qu'il favorise la qualité des soins.

MANUTENTION DE PATIENT Acte de soin

La manutention de patient est un acte courant pour les Idels qui n'est pas toujours considéré comme un soin. Or si, comme l'a écrit Pascale Molinier⁽¹⁾, professeur de psychologie, la manutention de patients semble souvent restreinte à une tâche ingrate, coûteuse physiquement, et ne suscitant que peu de reconnaissance, elle reste un acte essentiel de la prise en charge, adapté à la pathologie ou la déficience d'un patient dont l'autonomie est limitée. C'est particulièrement dans la sollicitation des capacités disponibles du patient lors de la manutention qu'interviennent deux dimensions du soin : diminuer le risque de dépendance et limiter les conséquences d'une perte d'autonomie pouvant aller jusqu'à un syndrome de glissement.

Acte du rôle propre

Comme tous les actes du rôle propre de l'infirmière, la manutention du patient amène à identifier les risques et à assurer son confort et sa sécurité ainsi que son information et celle de son entourage. L'article R.4311-5 du Code de la santé publique énonce trois types d'actes relatifs à la manutention des patients :

- ▷ soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- ▷ installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- ▷ lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation.

Lorsque ce soin est réalisé par une aide-soignante, il est alors exécuté sous la responsabilité de l'infirmière dans le cadre d'une délégation des tâches (par exemple dans les services de soins infirmiers à domicile).

En coopération avec le patient

Lors de la manutention, la mobilisation des capacités du patient par le soignant les place tous deux en

situation de coopération. La réalisation de la manutention met en jeu les moyens physiques et cognitifs du soignant et du patient. Le rôle du soignant est d'évaluer les capacités du patient puis de guider son "partenaire" de manutention tout en détectant les difficultés et en anticipant les défaillances en vue de l'objectif à atteindre. On parle parfois de "manutention bien-traitante" pour désigner la manutention qui consiste à adapter l'aide apportée sans rendre le patient dépendant. C'est une attitude gagnant-gagnant car, « pour le soignant, la sollicitation du patient se traduit à terme par un gain de temps et une diminution de la pénibilité », souligne Dan Yi, ergonome et kinésithérapeute, enseignant auprès des étudiants et des personnels soignants. « Par exemple, solliciter les mouvements du membre inférieur accessibles au patient évite au soignant de porter la jambe, environ 12-15 kilos, tout en contribuant à développer la force musculaire du patient. »

MISE EN ŒUVRE (2)

Le soignant observe d'autant plus facilement les principes de la manutention qu'il en respecte la chronologie de mise en œuvre.

Temps de préparation

Monique Autissier, kinésithérapeute et formatrice en manutention, propose de préparer la mise en œuvre d'une manutention par le biais d'un protocole mémorisable grâce au verbe AIDER.

➤ Analyser l'état général du patient et sa situation (état de conscience, morphologie, port de plâtre ou de drain...) pour en déduire ses capacités de participation et la surveillance qu'elles impliquent.

➤ Inventorier les éléments qui peuvent aider ou gêner le bon déroule-

ment de la manœuvre. Enlever les objets inutiles et arranger correctement ceux qui peuvent l'être (alèse...).

➤ Déterminer les détails de la manœuvre choisie.

➤ Expliquer la manœuvre au patient et éventuellement aux aidants en précisant son organisation en deux mouvements synchrones : soulever d'abord, poser ensuite.

➤ Rassurer le patient et les autres participants pour agir dans le calme.

Trois grands principes de la manutention

Les lois physiques et physiologiques du corps humain induisent trois grands principes à appliquer par le soignant lors de la manutention :

➤ garder le tronc droit ;

➤ faire corps avec le patient. Le soignant bloque son corps contre celui du patient, soit en totalité, soit au niveau du tronc, des jambes ou des bras. L'équilibre homogène du "corps à corps" permet d'effectuer des effets de bascule ou de levier ;

➤ agir avec les jambes. C'est le procédé obligatoire pour optimiser le soulèvement du poids du patient et pour éviter les attitudes pernicieuses à l'origine du "mal de dos".

INTÉRÊT D'UNE FORMATION

En pratique, « la manutention à domicile relève plus du bon sens et de l'adaptation que d'une réelle technique appliquée », estime une Idel interrogée pour ce dossier. Pourtant férue de formations, cette professionnelle reconnaît que les formations en ergonomie ne sont pas prioritaires dans ses choix. D'ailleurs, les connaissances des infirmières en matière de manutention relèvent le plus souvent d'un enseignement initial complété par les différentes expériences hospitalières rencontrées au cours de leur carrière. « Il

faut environ deux journées de sept heures pour aborder l'ensemble des manutentions de transfert », explique pourtant Dan Yi. « Il est conseillé de renouveler la formation dans les trois années qui suivent pour vérifier ce qui est acquis et ce qui ne l'est pas », ajoute le kinésithérapeute spécialisé en ergonomie. Qui modère l'intérêt des différents supports d'information. « Il est possible de voir un transfert très bien fait en vidéo, mais il n'est pas aisé de le reproduire s'il n'est pas pratiqué avec un conseil et un guidage. Car il s'agit de développer un schéma corporel nouveau pour optimiser la réalisation d'un geste. Un placement de rachis, de colonne vertébrale, avec une cyphose dorsale trop prononcée au moment du transfert, ne peut être corrigée qu'avec un regard extérieur. Le soignant ne s'en rend pas compte lui-même. » En dehors des formations, l'Idel peut aussi trouver des informations auprès des professionnels intervenant à domicile.

EXPERT À DISPOSITION

« L'Idel peut tout à fait demander des conseils au kinésithérapeute, qui est spécialisé en matière d'ergonomie et de manutention, comme cela se fait régulièrement dans les établissements de soins. À domicile, il reste alors à faire coïncider les visites des soignants, ce qui n'est pas toujours facile », suggère Dan Yi. L'Idel peut alors demander conseil sur une manipulation qui pose problème, par exemple s'il y a une possibilité de la réaliser seule ou s'il faut envisager une aide supplémentaire. L'infirmière peut aussi réaliser la manutention devant le kinésithérapeute qui la conseillera pour éviter les risques liés à une manœuvre insuffisamment maîtrisée du point de vue ergonomique. À noter que l'ergothérapeute est aussi formé à la

manutention, plus particulièrement dans la prévention des accidents de l'aidant (ou du soignant). De même, les aides-soignants ont un module d'ergonomie de 35 heures en formation initiale (plus que les infirmières). Ils peuvent également être source de conseils.

AIDES TECHNIQUES

La manutention des patients pose la question de l'utilité et de l'utilisation des outils d'aide comme les lève-personnes. Dans certaines situations, le recours aux aides techniques est nécessaire pour concilier sécurité et respect du patient et préservation de la santé du personnel.

Présentation

Une aide technique correspond à tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, et acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel. La présentation de l'aide technique et son intégration dans le soin en coopération avec le patient sont primordiales pour éviter de rompre la dimension relationnelle de l'acte de manutention. Dans ces conditions, l'utilisation d'une aide technique est bénéfique pour le patient qui n'a pas l'impression de n'être qu'une masse à soulever, comme pour le soignant qui s'épargne une manœuvre parfois risquée pour sa santé.

Choix de l'aide adaptée

Les Idels sont généralement satisfaites de la disponibilité des aides techniques à domicile. Les médecins généralistes sont assez réactifs sur ce point et n'hésitent pas à prescrire le matériel proposé par l'Idel pour la prise en charge à domicile. Certains relèvent toutefois que ni les

infirmières, ni les médecins prescripteurs ne sont formés au choix ou à l'utilisation des aides techniques adaptées à la situation (*lire l'interview ci-dessous*). Ce que souligne un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), décrivant⁽³⁾ « des médecins généralistes qui pres-

crivent un fauteuil roulant, un lit médicalisé, un élévateur, etc., sans définir précisément les différents modules du fauteuil ou le modèle du lit, très distincts en pratique selon l'aménagement de la chambre dans lequel il doit être utilisé, le profil de la personne ou des aidants, etc. »

Interview



« Adapter l'aide technique à la situation du patient et aux actes du soignant et de l'aidant »

Laurence Koch, ergothérapeute auprès de la société La Kléh à Clamart (Hauts-de-Seine)

■ À quel moment de la prise en charge intervient l'ergothérapeute ?

Il peut être sollicité lors d'un retour à domicile pour une évaluation du besoin d'aménagement du domicile, de la nécessité d'aides techniques, voire d'une amélioration du bâti. La prescription est alors faite par le médecin spécialisé en charge du patient. La visite de l'ergothérapeute peut aussi avoir lieu une fois que les soins sont mis en place et que les intervenants ont pris leurs marques pour un regard et des conseils de l'ergothérapeute. Il peut aussi être sollicité à l'occasion d'une dégradation de l'état du patient à domicile pour lequel il faut ajuster la prise en charge. Dans ce cas, la prescription est faite par le médecin traitant interpellé par l'Idel ou le service de soins qui a détecté les difficultés. Elle n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale.

■ Comment sont choisies les aides techniques ?

En collaboration avec l'infirmière, et éventuellement l'aidant professionnel ou naturel, en charge du patient. Car l'aide technique doit être adaptée à la situation du patient et aux actes du soignant ou de l'aidant. Lorsqu'un patient nous dit que c'est l'infirmière qui le lave, il faut recueillir la façon de faire de l'infirmière pour répondre à la situation. Comment le soin est-il effectué ? Qu'est-ce qu'il engendre pour le patient et pour le soignant ou l'aidant ? Y a-t-il des notions de fatigue, de douleur du patient ou de l'aidant (mal au dos) ? Est-ce que l'acte de soin est réalisé de cette façon par choix ou par obligation ? Y a-t-il d'autres difficultés ?

■ Comment cela se concrétise-t-il pratiquement ?

Prenons l'exemple d'un fauteuil de douche qui existe soit avec quatre petites roues, soit deux grandes roues derrière et deux petites à l'avant. Ils n'ont pas tous le même empiètement au sol, ni le même encombrement dans les circulations. Qui va se servir du fauteuil de douche ? Si l'infirmière ou l'auxiliaire de vie accompagne le patient dans la douche où le patient se lave, un modèle avec quatre petites roues est préférable. Si le patient va seul dans la douche où il est aidé pour la toilette, le modèle avec deux grandes roues derrière et deux petites à l'avant est recommandé. Il faut tenir compte des interventions des uns et des autres.

Aides au financement de l'ergothérapie

Les maisons départementales des personnes handicapées peuvent accorder certaines allocations ou augmentations d'allocation pour le financement total ou partiel de la prise en charge en ergothérapie par le biais de l'allocation éducation enfant handicapé ou de la prestation de compensation du handicap. L'allocation personnalisée d'autonomie peut participer au financement d'actes d'ergothérapie. L'Agence nationale de l'habitat accorde des subventions pour l'amélioration de l'habitat, notamment dans le cadre d'aménagements de logement devenu inaccessible à la personne en situation de handicap.

Le spécialiste de l'aide technique

L'ergothérapeute est le spécialiste des aides techniques, mais la non-prise en charge par la Sécurité sociale des séances d'ergothérapie effectuées dans le cadre libéral freine leur développement à domicile. Peu sollicité dans le cadre de problèmes mécaniques et temporaires de type fracture, sauf en cas de prescription d'une rééducation après une chirurgie orthopédique, l'ergothérapeute voit son activité mieux identifiée dans un contexte de pathologie neurologique. « L'insuffisance des compétences spécialisées en ergothérapie limite l'identification des besoins en aides techniques », souligne le rapport de l'Igas.

Lorsqu'il est présent à domicile, l'ergothérapeute est une source de conseils pour la prise en charge, comme cela se passe dans les services où il intervient (hôpital, services spécialisés, hospitalisation à domicile). L'intervention de l'ergothérapeute prescrite en médecine de ville n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale.

■ L'aide technique à la manutention

« Le choix du matériel d'aide à la manutention doit prendre en compte globalement l'état du patient et son environnement, et l'acte envisagé par le soignant », explique Laurence

Koch, ergothérapeute auprès de la société La Kléh à Clamart (Hauts-de-Seine). « Connaître l'existence des aides techniques ne suffit pas, il faut aussi trouver le modèle qui convient le mieux à l'activité et à la personne », ajoute la spécialiste à qui il arrive d'intervenir à domicile lorsque l'organisation des soins est trop difficile. À l'exemple d'un siège de douche conseillé par un travailleur social mais inadapté à la situation, notamment en termes de dimension du siège et de poids du patient. Le rôle de l'ergothérapeute est de trouver où se trouve la difficulté dans la réalisation de l'activité, sachant qu'il est possible qu'aucun siège de douche n'apporte la solution. « Dans ce cas précis, quelques travaux d'aménagement auraient été plus efficaces. Ce n'est pas le même coût, mais il faut expliquer que ces coûts peuvent être pris en charge », estime l'ergothérapeute qui travaille toujours en collaboration avec l'Idel (lire l'encadré page précédente).

■ L'aide technique de support

L'ergothérapeute est aussi formé à la prévention des complications du décubitus. Il peut intervenir sur le choix des aides techniques (choix du matelas, du coussin, du fauteuil et de son réglage, choix du dossier...), et sur l'apprentissage du soulagement des points d'appui au patient et à son entourage.

Autres sources d'information

➤ **Les pharmaciens d'officine.** Déjà sollicités par les infirmières libérales, ils se forment de plus en plus aux aides techniques.

➤ **Le kinésithérapeute.** « À domicile, le kinésithérapeute est le plus souvent sollicité pour de la rééducation mais il peut aussi apporter des conseils pour l'aménagement et les aides techniques, même si c'est davantage le rôle de l'ergothérapeute », indique Dan Yi.

➤ **Les catalogues des fabricants d'aides techniques.** « Quelques rares laboratoires nous ont démarchés au cabinet mais c'est surtout à l'occasion des formations que l'on peut se procurer les catalogues auprès des représentants des laboratoires présents en marge des formations », rapporte Céline Ruelle, Idel à Toulouse (Haute-Garonne).

➤ **La collaboration avec l'hospitalisation à domicile (HAD).** « Lorsque nous collaborons avec l'HAD ou les prestataires de service, ceux-ci fournissent le matériel, nous le présentent et nous forment à son utilisation », ajoute l'Idel.

Prise en charge des aides techniques

Lorsque l'aide technique appartient à la liste des produits et des prestations remboursables (LPPR ou LPP) et fait l'objet d'une prescription médicale par le spécialiste ou le médecin traitant du patient, la Sécurité sociale couvre une partie des frais. Le montant de remboursement est fixe, il peut donc laisser un ticket modérateur plus ou moins élevé à la charge du patient selon les options et les marques de matériel choisies. ♦

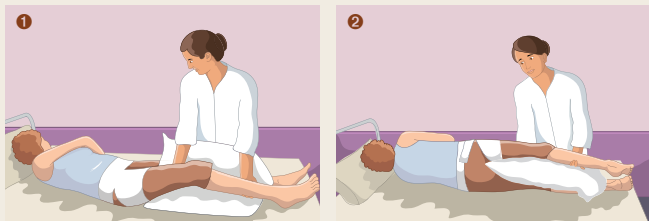
(1) Pascale Molinier, *Les enjeux psychiques du travail*, Éditions Payot & Rivages, 2006.

(2) Monique Autissier, *D'après Ergonomie. Techniques de manutention*, 4^e édition, Éditions Lamarre, 2011.

(3) Igas, "Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées", avril 2013 (à consulter via le lien raccourci bit.ly/1hCg5Z8).

Exemples de manutention

RETOURNEMENT DANS LE LIT AVEC UNE PROTHÈSE DE HANCHE



- 1 Le soignant place un coussin entre les jambes du patient pour éviter les risques de luxation par adduction, flexion ou rotation interne. Le patient attrape le matelas avec la main du côté opposé à la prothèse et dirige son regard derrière le soignant.
- 2 Le soignant tient le membre inférieur opéré au niveau de la cuisse et du mollet. Au signal du soignant, le patient se retourne en tirant sur le matelas pendant que le soignant accompagne sa jambe.

RÉHAUSSEMENT AU FAUTEUIL

PATIENT VALIDE



- 1 Le soignant se place derrière le fauteuil roulant et réalise une "fente avant" (flexion de la jambe avant et extension de la jambe arrière, pieds écartés). Le genou de la jambe avant prend appui sur le dossier du fauteuil. Le soignant incline légèrement le buste du patient vers l'avant et lui demande de croiser ses bras et de les maintenir fermement dans cette position. Le soignant saisit les avant-bras du patient en passant sous ses aisselles (les mains au-dessus des avant-bras).



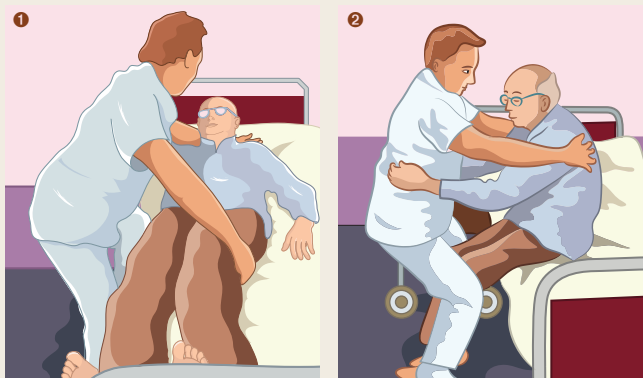
- 2 Le soignant se redresse en ramenant le poids de son corps sur sa jambe arrière et glisse le patient au fond du fauteuil en maintenant ses avant-bras. Pendant le transfert, le soignant reste le plus proche possible du patient et lui demande de pousser sur ses jambes pour emmener ses fesses vers l'arrière.

PATIENT AVEC UN BRAS INVALIDE

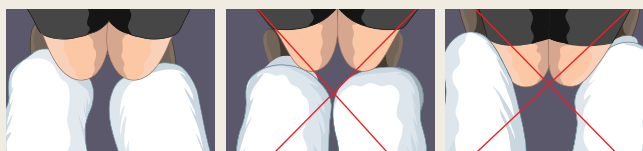


- Le patient recule ses pieds sous le fauteuil. Le soignant tient le patient par l'omoplate du côté du bras invalide et par la fesse du côté opposé. Le soignant fléchit ses jambes et bloque les genoux du patient avec les siens. Le patient attrape l'épaule du soignant avec son bras valide. Au signal, le patient et le soignant poussent sur leurs jambes. Le soignant penche le patient vers lui jusqu'à ce que ses fesses décollent du fauteuil. À ce moment, le soignant pousse les genoux du patient avec les siens et le fait reculer au fond du fauteuil.

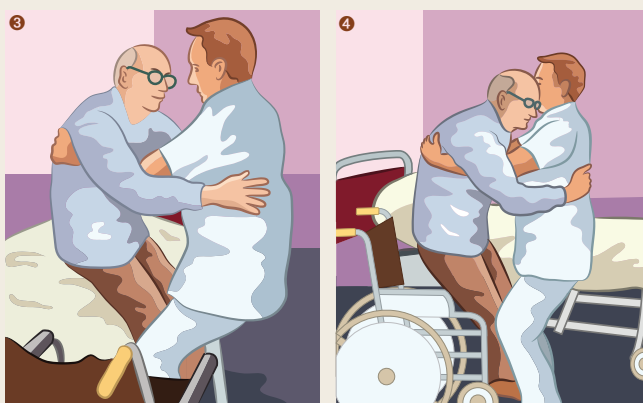
TRANSFERT LIT-FAUTEUIL



- 1 Le soignant se place au bord du lit, du côté vers lequel le patient doit se lever. Il demande au patient de croiser les bras et de superposer les jambes l'une sur l'autre, sauf en cas de prothèse totale de hanche (PTH). Il glisse un bras derrière les épaules du patient, la main posée à plat sur l'omoplate ou l'épaule opposée. L'autre bras passe au-dessus des jambes du patient, la main venant saisir le genou opposé. En cas de PTH : mettre le fauteuil côté opéré pour éviter l'adduction.
- 2 Le patient est assis au bord du lit, les pieds posés au sol. Il tient le soignant par la taille. Le soignant se positionne face au patient, les membres inférieurs fléchis. Ses genoux viennent encadrer ceux du patient pour l'empêcher de s'affaisser au cours du transfert. Il peut tenir le patient par les épaules ou par la taille. Ses mains viennent, si possible, se crocheter à l'arrière.



Les genoux du soignant sont positionnés au niveau du côté externe des rotules. Le patient veille à ne pas appuyer ses genoux trop sur les côtés des genoux du patient qui risque de glisser entre les jambes du soignant, ni trop frontalement au niveau des rotules car l'appui est douloureux.



- 3 Le soignant effectue un contrepoids. Il amène le poids de son corps vers l'arrière et "décolle" le patient du plan du lit. Il fait pivoter le patient d'un quart de tour pour l'amener dos au fauteuil. En cas de prothèse de hanche : mettre le fauteuil au niveau de la tête du lit pour faire pivoter le patient du côté opéré et éviter une rotation externe au cas où la jambe opérée ne tourne pas.
- 4 Le soignant utilise à nouveau le contrepoids pour asseoir le patient dans le fauteuil, en contrôlant le transfert au niveau des genoux.