

## 1. Quelques définitions :

**L'ergonomie** c'est l'adaptation du travail à l'Homme

En grec : ergon= travail et nomos = lois, règles.

L'ergonomie est la science du travail donc l'adaptation du travail à l'homme → amélioration des conditions de travail.

Elle s'applique à tous les aspects du travail : physiologiques, psychologiques, facteurs sociaux ; une meilleure adaptation au travail améliore la satisfaction des hommes, le confort, la sécurité et l'efficacité de leur travail.

Il existe 2 types d'ergonomie :

- Physique : adaptation de l'outil aux caractéristiques physiologiques et morphologiques de l'homme
- Cognitive : adaptation de l'outil au fonctionnement cognitif de l'homme.

**La manutention**, c'est l'adaptation de l'homme au travail. La manutention c'est de la prévention. Elle nécessite une vision ergonomique plus large comprenant :

- Gestes et postures (prévention des lombalgies et des problèmes d'épaules)
- Adaptation du poste de travail
- Utilisation d'aides techniques
- Amélioration de l'organisation du travail.

### ***Gestes et postures :***

La prévention des lombalgies ne doit pas se limiter au travail. Il est important de :

- Connaître les principes de bases de manutention
- Connaître et savoir utiliser les aides techniques disponibles
- Connaître les facteurs de risques de la part du personnel
- Appliquer les techniques préventives même en cas de douleurs

### ***Postes de travail :***

Les plans de travail ne sont pas toujours à la bonne hauteur. Certains réglages sont faciles et ne sont pas chronophage une fois intégré dans nos pratiques (ex : monter le lit à sa hauteur avant de faire la réfection).

### ***Aides techniques → cf cours de Mme WELLER***

Elles limitent les manipulations. Elles aident :

- Au lever du patient
- Au transfert latéral
- Aux déplacements
- Au rehaussement
- Aux retournements
- Aux transferts.

Le matériel varie tout comme le coût : drap, ceinture, disque, planche ou guidon de transfert ; lève-malade, verticalisateur, ...

## 2. Installation au lit

L'installation au lit du patient est un critère essentiel de son confort.

Elle contribue à la prévention des complications de décubitus et des risques de chutes.

Le matelas joue un rôle important dans la prévention des escarres et doit être adapté au risque qui sera évalué par une échelle adaptée (échelle de Braden ou de Norton). Il existe différents types de matelas : simple, mémoire de forme, à air (ex : Nimbus : matelas à air à pression alternée par ajustement automatique des pressions d'appuis). Il faut être vigilant à l'adaptation des patients sur ces matelas (sentiment de flottaison, perte de repères stables, bruits...)

Une personne alitée, incapable de bouger, a besoin d'être bien installée. **4 positions de repos** peuvent être proposées en fonction de la pathologie ou du handicap de la personne. **Cf schéma.**

2 positions sont principalement proposées pour le sommeil

- Le décubitus dorsal
- Le décubitus latéral ;

Les 2 autres positions sont davantage proposées pour le repos diurne :

- La position demi-assise
- La position assise.

**Attention :** pour certains patients, la position au lit fait l'objet d'une prescription médicale stricte qui doit être scrupuleusement respectée.

Les préalables :

- Hygiène des mains, présentation, présence, information du patient

### Position en décubitus dorsal

- Un oreiller sous la tête pour la surélever.
- Parfois des coussins sous les membres supérieurs pour surélever les mains et éviter l'œdème.
- Bras un peu en abduction<sup>1</sup> sur les coussins (attention que l'épaule ne « tombe » pas).
- Les membres inférieurs en rotation neutre avec genoux et hanches en rectitude contre l'installation d'un flexum<sup>2</sup>.
- Lutte contre le varus équin du pied :
  - Supprimer le poids des ouvertures.
  - Mise en place d'un arceau, d'un coussin rectangulaire ou d'une botte anti-équin.
  - Maintenir la position fonctionnelle (cheville à 90 °)

### Position en décubitus latéral

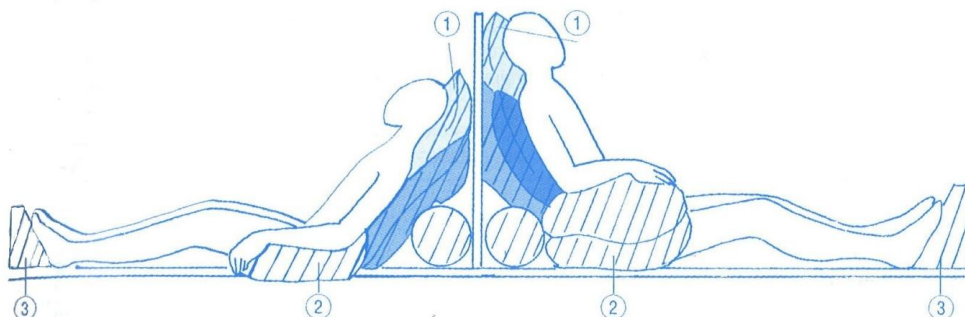
- La personne est couchée sur le côté comme si elle était debout sur une jambe (jambe du « dessous droite)
- L'autre genou est plié.
- Le dos est aligné avec la jambe allongée.
- Un oreiller sous la tête pour caler la nuque, un sous le bras du dessus qui est fléchi (coude à angle de 90 ° environ), un oreiller sous la jambe pliée.
- Un oreiller dans le dos pour éviter que le patient ne reparte en décubitus dorsal pendant son sommeil.

En position semi- assise ou en position assise dans le lit : cf schéma.

---

<sup>1</sup> L'**abduction** consiste à porter le membre vers l'extérieur, c'est-à-dire à l'éloigner de l'axe du corps dans un plan frontal.

<sup>2</sup> Un **flexum** est une limitation permanente, ou ponctuelle suite notamment à une hémorragie articulaire, de l'extension. Les termes "contracture" et "rétraction" en sont des synonymes. Il n'est pas rare qu'apparaisse un flexum de hanche suite à une blessure à ce niveau.

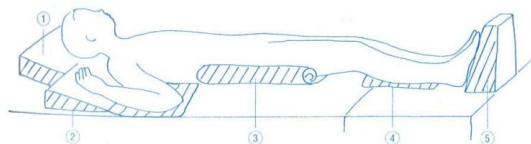


**a. Position demi-assise**

1. Deux oreillers : un pour la région lombaire et le dos, un sous les épaules et la tête.
2. Éventuellement un coussin sous chaque bras.
3. Un oreiller dur roulé ou un cale-pieds pour empêcher le malade de glisser au fond du lit.

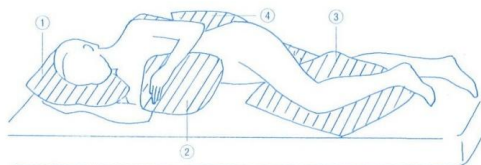
**b. Position assise**

1. Trois oreillers superposés pour la région lombaire, le dos, les épaules et la tête.
2. Un oreiller plié en deux ou un gros coussin sous chaque bras.
3. Un oreiller dur roulé ou un cale-pieds.



**c. Décubitus dorsal**

1. Petit coussin sous la nuque.
2. Petit coussin sous le bras.
3. Serviette enroulée pour caler hanches et cuisses une de chaque côté (maintien rectiligne de la colonne vertébrale du corps).
4. Petit coussin sous les mollets (détente des genoux).
5. Cale-pieds (évite chute des pieds).



**d. Décubitus latéral**

1. Petit coussin sous la tête (niveau de la courbure cervicale), sauf si le patient est inconscient : la tête est alors maintenue basse et en légère hyperextension pour éviter la chute de la langue en arrière et l'inondation des voies aériennes par la salive ou les vomissements.
2. Coussin replié maintenant le bras plié à l'angle droit et la main au même niveau que le coude. Ce coussin vise également à éviter que le poids du bras tire sur les ligaments de l'omoplate et comprime le thorax, entraînant ainsi une gêne respiratoire.
3. La jambe du dessus est fléchie. Un coussin l'empêche de se placer en abduction et maintient la hanche et le genou sur un même plan pour un meilleur relâchement musculaire.
4. Coussin roulé pour caler le dos.

Fig. 1.13 – L'installation au lit (les 4 positions du patient).

### 3. Installation en position assise au fauteuil ou à table

La position assise permet de

- Réduire la plupart des complications liées au décubitus.
- Améliorer le contact avec l'entourage, l'environnement
- Avoir une plus grande autonomie dans les activités de la vie quotidienne tant au niveau divertissement que pour les soins.

Les préalables :

- Hygiène des mains, présentation, présence, information du patient

Il existe plusieurs positions assises :

- Au lit,
- Au bord du lit
- Au fauteuil.

**La position est considérée comme bonne lorsque le patient est en sécurité**, ne manifeste pas de signe de douleur et semble avoir une posture normale.

- Assis bien droit au fond du fauteuil, le patient ne doit pas glisser en avant. Il est parfois nécessaire d'utiliser des systèmes de contention pour éviter que le patient ne glisse. La contention fait l'objet d'une prescription médicale et ne peut être mise en place sur l'initiative de l'AS.
- Veiller à ce que les pieds du patient reposent au sol ou sur le cale-pied.
- Les jambes ne doivent pas toucher les armatures du fauteuil.
- L'accoudoir est adapté au bras du patient.
- Veiller aux courbures naturelles du dos (= bosses dans le dos).
- Veiller à la température : lorsqu'on installe un patient sur un fauteuil ou une chaise, lui proposer, selon la température de la pièce et les souhaits du patient, de mettre une couverture sur les jambes si besoin.

**A expliquer rapidement car sera vu dans le cadre du module 4 :**

- Réinstallation du patient dans son lit à 2 avec et sans aide du patient
- Transfert lit fauteuil
- Transfert fauteuil lit

### 4. Le rôle de l'aide-soignant

Evaluation et réévaluation du risque à l'aide d'outils adaptés.

Mise en place, planifications des actions nécessaires au regard de ce risque (matelas anti escarres, botte anti-équin, soins d'hygiène, changement de position du patient à heures régulières pour décharger les points d'appuis, arceau de lit pour soulager du poids des couvertures...)

**Rappel : changement de position toutes les 2 à 3 heures maximum**

Soins d'hygiène et de confort adaptés à la personne (son autonomie, ses besoins, et les risques évalués) pour limiter les éventuelles macérations. Attention aux objets dans le lit ou sur le fauteuil.

Effleurage régulier des points d'appuis.

Observation et surveillance de l'état cutané

## Échelle de Norton : Évaluation des facteurs de risque d'escarre

Évaluation des facteurs de risque d'escarre avec l'Échelle de Norton

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE		SCORE TOTAL
Bonne	4	Bon, alerte	4	Ambulant	4	Totale	4	Aucune	4	
Moyenne	3	Apathique	3	Avec aide/marche	3	Diminuée	3	Occasionnelle	3	
Pauvre	2	Confus	2	Assis	2	Très limitée	2	Urinaire	2	
Très mauvaise	1	Inconscient	1	Totalement aidé	1	Immobile	1	Urinaire & fécale	1	

Un score élevé (de 14 à 20) indique un risque minimum alors qu'un score bas (14 ou moins) indique que le malade est à haut risque de développer une escarre.

Lexique de l'échelle de Norton adapté de Lincoln et al., 1986 (40)

### Condition physique :

Etat clinique et santé physique (considérer le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau).

-Bon : Etat clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri.

-Moyen : Etat clinique généralement stable, paraît en bonne santé.

-Pauvre : Etat clinique instable, en mauvaise santé.

-Très mauvais : Etat clinique critique ou précaire.

### Etat mental :

Niveau de conscience et orientation

-Alerte : Orienté, a conscience de son environnement.

-Apathique : Orienté (2 fois sur 3), passif.

-Confus : Orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois inappropriée.

-Inconscient : Généralement difficile à stimuler, léthargique.

### Activité :

Degré de capacité à se déplacer

-Ambulant : Capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne).

-Marche avec aide : Incapable de marcher sans aide humaine.

-Assis au fauteuil : Marche seulement pour aller au fauteuil.

-Totalement aidé : confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale.

### Mobilité :

Degré de contrôle et de mobilisation des membres

-Totale: Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser.

-Diminuée : Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position.

-Très limitée : Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures.

-Immobile : Incapacité de bouger, incapable de changer de position.

### Incontinence :

Degré de capacité à contrôler intestins et vessie

-Aucune : Contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire et aucune incontinence.

- Occasionnelle: A de 1 à 2 incontinences d'urine ou de selles par 24 heures, a une sonde urinaire ou pénilex mais a une incontinence fécale.

- Urinaire : A de 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 heures.

- Urinaire et fécale : Ne contrôle jamais intestins ou vessie, a de 7 à 10 incontinences par 24 heures.