

## MODÈLE DE CODE DE DIRECTIVES PRATIQUES POUR LE DÉPLACEMENT DE CLIENTS

Entreprise :
Adresse du lieu de travail :

### Introduction

Le présent code établit les exigences que l'entreprise doit respecter pour réduire le nombre de lésions musculo-squelettiques liées au déplacement de clients à ce lieu de travail.

### Application du code de directives pratiques

Administrateur du code de directives pratiques :	
N° de téléphone :	Courriel :

L'employeur autorise l'administrateur du code de directives pratiques à gérer le code de directives pratiques pour le déplacement des clients et à s'assurer que les salariés obtiennent une formation relativement à ce qui suit :

- la prévention des lésions musculo-squelettiques
- la bonne façon de bouger pour éviter de se pencher et de se tordre (bonne mécanique corporelle)
- les exercices d'échauffement et d'étirement appropriés
- les bienfaits de la rotation des emplois
- les techniques de déplacement et de repositionnement des clients
- la maximisation des capacités du client
- l'utilisation sécuritaire du matériel de déplacement des clients fourni, comme un lève-personne à station debout, un lève-personne fixé au plafond, une ceinture de déplacement, un drap de glissement, etc.
- un système interne de déclaration d'incidents

Les salariés sont responsables de signaler tout problème de santé et de sécurité lié au déplacement de clients à leur surveillant et au besoin, à l'administrateur du code de directives pratiques, conformément au processus de déclaration des incidents de l'entreprise. Tous les salariés doivent collaborer avec l'administrateur qui agit dans le cadre de ses fonctions.

### Procédez aux étapes suivantes :

- Étape 1** – Détermination des dangers
- Étape 2** – Détermination des risques (inclure toute procédure ou tout autre document pertinent avec ce code de directives pratiques)
  - Formulaire de recommandations concernant la mobilité au lit de clients  
ou
  - Formulaire de recommandations en matière de soulèvement et de déplacement

### Évaluation annuelle

- Étape 3** – Évaluation
- Étape 4** – Suivi

## Étape 1 – Détermination des dangers

Remplir cette section pour CHAQUE tâche qui s'applique.											
Administrateur :					Date de l'évaluation :						
Personnes à risque :											
Tâche et description :											
		<input checked="" type="checkbox"/>					Réel		Objectif		
Analyse de la blessure		<input type="checkbox"/>	Fréquence des incidents								
			Interruption de travail								
			Tous les incidents								
			Nombre d'incidents								
			Commentaires :								
Préoccupations du salarié ou du surveillant telles qu'elles ont été signalées lors du processus de déclaration des incidents		<input type="checkbox"/>	Liste des préoccupations :								
Le <i>Questionnaire sur l'inconfort physique</i> a été administré.		<input type="checkbox"/>	Commentaires :								
<i>Remarque : Tout résultat supérieur à 5 au Questionnaire sur l'inconfort physique devrait être considéré un risque élevé de blessure.</i>											
Partie du corps		Cou	Épaule gauche	Épaule droite	Coude gauche	Coude droit	Main ou poignet gauche	Main ou poignet droit	Dos	Genou gauche	Genou droit
Résultat moyen du <i>Questionnaire sur l'inconfort physique</i>		Réel									
		Objectif									

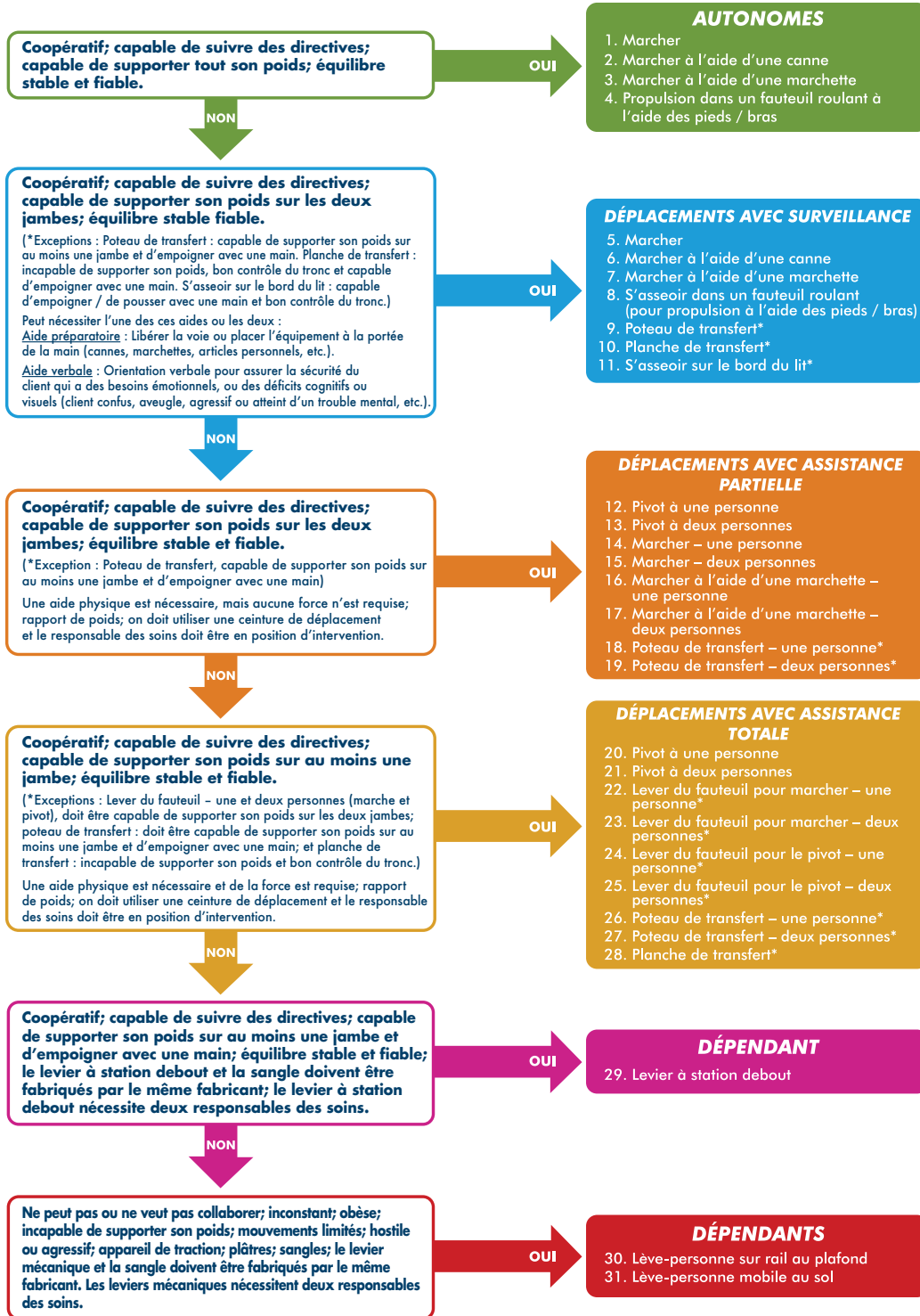
**Sommaire des résultats :**

## Étape 2 – Formulaire de recommandations concernant la mobilité au lit de clients

Nom du client / de la technique :		N° de chambre (s'il y a lieu) :
Évalué par :		Date :
Recommandations concernant la mobilité au lit de clients		
Technique	Capacités du client	Mesures de déplacement du client <i>(Cochez les cases qui s'appliquent et encerclez le nombre de responsables des soins nécessaires.)</i>
<input type="checkbox"/> Remontée au lit	<input type="checkbox"/> Capable de se redresser dans le lit sans assistance <input type="checkbox"/> Capable de se redresser dans le lit avec assistance partielle <input type="checkbox"/> Incapable de se redresser dans le lit, mais peut aider le responsable des soins (en bougeant un membre, en se retournant, etc.) <input type="checkbox"/> Incapable de se redresser dans le lit et ne peut pas aider le responsable des soins	<input type="checkbox"/> Fournir une stimulation verbale <input type="checkbox"/> Appliquer une légère pression aux pieds pour retenir le client pendant qu'il se redresse dans le lit <input type="checkbox"/> Fournir et utiliser des aides de repositionnement à réduction de friction <input type="checkbox"/> Régler la tête ou le pied du lit pour faciliter le mouvement à l'aide de la force de gravité <input type="checkbox"/> Remontée au lit à deux personnes – 1 (deux responsables des soins) <input type="checkbox"/> Remontée au lit à deux personnes – 2 (deux responsables des soins) <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Tourner le client sur le côté	<input type="checkbox"/> Capable de se redresser dans le lit sans assistance <input type="checkbox"/> Capable de se tourner dans le lit avec assistance partielle <input type="checkbox"/> Incapable de se tourner dans le lit, mais peut aider le responsable des soins (en tenant les barreaux latéraux, etc.) <input type="checkbox"/> Incapable de se tourner dans le lit et ne peut pas aider le responsable des soins	<input type="checkbox"/> Fournir une stimulation verbale <input type="checkbox"/> Déplacer les membres pour le client (croiser les jambes, replier les bras, etc.) <input type="checkbox"/> Lever les barreaux afin que le client puisse les saisir et aider le responsable des soins <input type="checkbox"/> Tourner le client sur le côté (un ou deux responsables des soins) <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Déplacer d'un côté à l'autre du lit	<input type="checkbox"/> Capable de se déplacer vers le côté du lit sans assistance <input type="checkbox"/> Capable de se déplacer vers le côté du lit avec assistance partielle <input type="checkbox"/> Incapable de se déplacer vers le côté du lit, mais peut aider le responsable des soins <input type="checkbox"/> Incapable de se déplacer vers le côté du lit et ne peut pas aider le responsable des soins	<input type="checkbox"/> Fournir une stimulation verbale <input type="checkbox"/> Fournir et utiliser des aides de repositionnement à réduction de friction <input type="checkbox"/> D'un côté à l'autre (un ou deux responsables des soins)
<input type="checkbox"/> Étendre sur le lit	<input type="checkbox"/> Capable de s'étendre sur le lit sans assistance <input type="checkbox"/> Capable de s'étendre sur le lit avec assistance partielle <input type="checkbox"/> Incapable de s'étendre sur le lit, mais peut aider le responsable des soins <input type="checkbox"/> Incapable de s'étendre sur le lit et ne peut pas aider le responsable des soins	<input type="checkbox"/> Fournir une stimulation verbale <input type="checkbox"/> Relever la tête du lit pour faciliter le mouvement <input type="checkbox"/> Couché (un ou deux responsables des soins)
<input type="checkbox"/> S'asseoir sur le bord du lit	<input type="checkbox"/> Capable de s'asseoir sur le bord du lit sans assistance <input type="checkbox"/> Capable de s'asseoir sur le bord du lit avec assistance partielle <input type="checkbox"/> Incapable de s'asseoir sur le bord du lit, mais peut aider le responsable des soins <input type="checkbox"/> Incapable de s'asseoir sur le bord du lit et ne peut pas aider le responsable des soins	<input type="checkbox"/> Fournir une stimulation verbale <input type="checkbox"/> Relever la tête du lit pour faciliter le mouvement <input type="checkbox"/> Asséoir (un ou deux responsables des soins)
<b>Commentaires et suivi :</b>  <i>Signature de l'évaluateur :</i> _____ <i>Date inscrite dans le dossier du client :</i> _____ <i>Original annexé au dossier du client (initiales) :</i> _____		

# COLONNE EN FORME

## DIAGRAMME DE L'ÉVALUATION DU CLIENT



## Étape 2 – Formulaire de recommandations en matière de soulèvement et de déplacement (suite)

Nom du client / de la technique :		N° de chambre (s'il y a lieu) :
Évalué par :		Date :
Recommandations en matière de soulèvement et de déplacement		
Le client peut / est :	Utilisez le diagramme de l'évaluation du client au moment de remplir cette section.	
	État du soulèvement et du déplacement	Mesures de déplacement du client <i>(Cochez les cases qui s'appliquent et encerclez le nombre de responsables des soins nécessaires.)</i>
<input type="checkbox"/> Coopératif <input type="checkbox"/> Suivre des directives <input type="checkbox"/> Supporter tout son poids en maintenant un équilibre stable et fiable	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Marcher à l'aide d'une canne <input type="checkbox"/> Marcher à l'aide d'une marchette <input type="checkbox"/> Propulsion dans un fauteuil roulant à l'aide des pieds / bras
<input type="checkbox"/> Coopératif <input type="checkbox"/> Suivre des directives <input type="checkbox"/> Supporter tout son poids sur ses deux pieds en maintenant un équilibre stable et fiable <input type="checkbox"/> Empoigner avec une main (poteau de transfert) Nécessite l'une de ces aides : <input type="checkbox"/> Aide préparatoire <input type="checkbox"/> Aide verbale	<input type="checkbox"/> Déplacement avec surveillance	<input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Marcher à l'aide d'une canne <input type="checkbox"/> Marcher à l'aide d'une marchette <input type="checkbox"/> S'asseoir dans un fauteuil roulant (pour propulsion à l'aide des pieds / bras) <input type="checkbox"/> Poteau de transfert (empoigner avec une main et supporter son poids sur un pied) <input type="checkbox"/> Planche de transfert (incapable de supporter son poids, bon contrôle du tronc, capable d'empoigner avec une main) <input type="checkbox"/> S'asseoir sur le bord du lit (rapport de poids : haut du torse)
<input type="checkbox"/> Coopératif <input type="checkbox"/> Suivre des directives <input type="checkbox"/> Supporter tout son poids sur ses deux pieds en maintenant un équilibre stable et fiable <input type="checkbox"/> Empoigner avec une main (poteau de transfert) <input type="checkbox"/> Exige une aide physique, mais <b>aucune force n'est requise</b>	<input type="checkbox"/> Déplacement avec assistance partielle	<input type="checkbox"/> Pivot – un ou deux responsables des soins (rapport de poids) <input type="checkbox"/> Marcher – un ou deux responsables des soins (rapport de poids) <input type="checkbox"/> Marcher à l'aide d'une marchette – un ou deux responsables des soins (rapport de poids) <input type="checkbox"/> Poteau de transfert – un ou deux responsables des soins <b>On doit utiliser une ceinture de déplacement.</b>
<input type="checkbox"/> Coopératif <input type="checkbox"/> Suivre des directives <input type="checkbox"/> Supporter son poids sur au moins un pied en maintenant un équilibre stable et fiable <input type="checkbox"/> Empoigner avec une main (poteau de transfert) <input type="checkbox"/> Exige une aide physique, mais <b>aucune force n'est requise</b>	<input type="checkbox"/> Déplacement avec assistance totale	<input type="checkbox"/> Pivot – un ou deux responsables des soins (rapport de poids) <input type="checkbox"/> Lever du fauteuil pour marcher – un ou deux responsables des soins (rapport de poids) <input type="checkbox"/> Lever du fauteuil pour le pivot – un ou deux responsables des soins (rapport de poids) <input type="checkbox"/> Poteau de transfert – un ou deux responsables des soins <input type="checkbox"/> Planche de transfert <b>On doit utiliser une ceinture de déplacement.</b>
<input type="checkbox"/> Coopératif <input type="checkbox"/> Suivre des directives <input type="checkbox"/> Supporter son poids sur au moins un pied <input type="checkbox"/> Empoigner avec une main	<input type="checkbox"/> Dépendant <i>(a toujours besoin de deux responsables des soins)</i>	<input type="checkbox"/> Levier à station debout
<input type="checkbox"/> Ne peut pas ou ne veut pas collaborer <input type="checkbox"/> Incapable de supporter son poids <input type="checkbox"/> Mouvements limités	<input type="checkbox"/> Dépendant <i>(a toujours besoin de deux responsables des soins)</i>	<input type="checkbox"/> Lève-personne sur rail au plafond <input type="checkbox"/> Lève-personne mobile au sol
<b>Commentaires et suivi :</b>  Signature de l'évaluateur : _____ Date inscrite dans le dossier du client : _____ Original annexé au dossier du client (initiales) : _____		

## Étape 3 – Évaluation

**Remplir cette évaluation au moins une fois par an pour CHAQUE tâche.**

Administrateur / Évaluateur :					Date de l'évaluation :					
Personnes à risque :										
Nom ou description de la tâche :										
	<input checked="" type="checkbox"/>		Initial	Réel	Objectif	Objectif atteint (Oui / Non)				
Analyse de la blessure	<input type="checkbox"/>	Fréquence des incidents								
		Interruption de travail								
		Tous les incidents								
		Nombre d'incidents								
		Commentaires :								
Préoccupations initiales du salarié ou du surveillant telles qu'elles ont été signalées lors du processus de déclaration des incidents	<input type="checkbox"/>	Liste de préoccupations :								
Préoccupations actuelles du salarié ou du surveillant telles qu'elles ont été signalées lors du processus de déclaration des incidents	<input type="checkbox"/>	Liste de préoccupations :								
Le <i>Questionnaire sur l'inconfort physique</i> a été administré de nouveau.	<input type="checkbox"/>	Commentaires :								
<i>Remarque : Tout résultat supérieur à 5 au Questionnaire sur l'inconfort physique devrait être considéré un risque élevé de blessure.</i>										
Partie du corps	Cou	Épaule gauche	Épaule droite	Coude gauche	Coude droit	Main ou poignet gauche	Main ou poignet droit	Dos	Genou gauche	Genou droit
Résultat moyen du Questionnaire sur l'inconfort physique	Initial									
	Réel									
	Objectif									

**Sommaire des résultats :**

## Étape 4 – Suivi

Si les résultats sont satisfaisants :

- Évaluer la tâche.
- Remplir le *Questionnaire sur l'inconfort physique* au moins une fois par an.
- Autre \_\_\_\_\_

Si les résultats ne sont pas satisfaisants, on devrait suivre les étapes suivantes :

				Commentaires
<b>1</b>	Des stratégies de contrôle ont-elles été mises en œuvre?	<input type="checkbox"/> Oui	Passer au n° 2.	
		<input type="checkbox"/> Non	Mettre en œuvre des stratégies de contrôle.	
<b>2</b>	Les stratégies de contrôle fonctionnent-elles bien?	<input type="checkbox"/> Oui	Passer au n° 4.	
		<input type="checkbox"/> Non	Passer au n° 3.	
<b>3</b>	Les stratégies ou les mesures de contrôle peuvent-elles être modifiées?	<input type="checkbox"/> Oui	Modifier les mesures de contrôle au besoin.	
		<input type="checkbox"/> Non	Passer au n° 4.	
<b>4</b>	Déterminer les nouvelles stratégies à être appliquées et mises en œuvre.	<input type="checkbox"/>	Détails :	
<b>5</b>	Réévaluer les nouvelles stratégies.	<input type="checkbox"/>	Passer à l'étape 3 – Évaluation à la page 6.	