**Montage et positionnement des aides techniques – un outil d’observation et d’analyse**

Traduction en français du document MAT-DOC Version 2.2 par S. VERMANDEL – TechLab APF France handicap

[Section 1 – Renseignements préalables 2](#_Toc172274176)

[Section 2 – Informations relatives à LA BASE DE FAUTEUIL ROULANT 5](#_Toc172274177)

⬜ [Section 3.1 – SUPPORT pour fauteuil roulant 6](#_Toc172274178)

⬜ [Section 3.2 – SUPPORT POUR bureau / table 11](#_Toc172274179)

⬜ [Section 3.3 – Support POSÉ au SOL 12](#_Toc172274180)

[Section 4 – Identification des dangers et gestion des risques 14](#_Toc172274181)

[Section 5 – Informations sur la mise en service 20](#_Toc172274182)

[ANNEXE 1 –tests de stabilité statique des fauteuils roulants 21](#_Toc172274183)

[ANNEXE 2 – Évaluation de la conduite 22](#_Toc172274184)

Observations réalisées pour M. / Mme [Entrez le nom du patient dans la rubrique "Sujet" des propriétés]

|  |
| --- |
| Section 1 – Renseignements préalables**INFORMATIONS GENERALES** |
| **Nom du patient** | **Date de l’évaluation** | **Evaluation réalisée par** |
| [Entrez le nom dans les propriétés] |  |  |
| **Organisation** | **Adresse courriel** | **Numéro de téléphone** |
| [Entrez le nom du service dans les propriétés] |  |  |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT** |
| **Poids du client** | kg | **Un changement de poids est-il attendu ?** | 🞏 Diminution🞏 Pas de changement de poids🞏 Augmentation |
| 🞏 Estimé🞏 Mesuré (Date : ) |
| **Méthode de transfert** | 🞏 Lève-malade🞏 Passage par la station debout🞏 Côté (Gauche / Droite) 🞏 Autre | **Mode de transport** | 🞏 Aucun🞏 Taxi🞏 Véhicule adapté aux fauteuils roulants🞏 Autobus scolaire / Transport public |
| **Commentaires et observations supplémentaires** |  |

|  |
| --- |
| **CARACTERISTIQUE DE L’ÉQUIPEMENT** |
| **Appareils et accessoires**  | **Modalité(s) d'accès** | **Plaque de montage** | **Poids total** |
|  |  | 🞏 Daessy🞏 REHAdapt🞏 Universel🞏 Autre | kg |

|  |
| --- |
| **CONSIDÉRATIONS ENVIRONNEMENTALES**Considérez une semaine typique dans la vie de l'utilisateur de l'appareil et l’ensemble des lieux où l'appareil est susceptible d'être utilisé. |
| **Domicile** | **Où le dispositif doit-il être utilisé et pendant combien de temps ?** |  |
| **Quels sont les fauteuils roulants/systèmes d'assise utilisés ?** |  |
| **L'appareil devra-t-il être accessible depuis le lit ?** |  |
| **École / Travail** | **Où le dispositif doit-il être utilisé et pendant combien de temps ?** |  |
| **Quels sont les fauteuils roulants/systèmes d'assise utilisés ?** |  |
| **L'appareil sera-t-il accessible à partir de n'importe quel bureau ?** |  |
| **Extérieur/****Loisirs** | **Où le dispositif doit-il être utilisé et pendant combien de temps ?** |  |
| **Quelle est la nature du terrain ? p. ex. pentes / irrégularités** |  |
| **Quels sont les fauteuils roulants/systèmes d'assise utilisés ?** |  |
| **Autre** | **Décrivez les autres lieux où l’appareil pourrait être utilisé.** |  |
| **Y a-t-il d'autres équipements à considérer (matelas, verticalisateur ou déambulateur par exemple) ?** |  |

|  |
| --- |
| **PHOTOS** |
| **Vue d'ensemble** | **Dispositif maintenu à la main dans sa position idéale** |
| [Insérer une photo de la vue d'ensemble ici] | [Montrez l'appareil et les dispositifs d'accès maintenus en place] |
| **Solution(s) de montage finale(s)** |
|  |  |
|  |  |

# Section 2 – Informations relatives à LA BASE DE FAUTEUIL ROULANT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **BASE 1** | **BASE 2** | **BASE 3** |
| **S'il est manuel, comment le fauteuil est-il propulsé ?** | 🞏 en autonomie🞏 par un aidant | 🞏 en autonomie🞏 par un aidant | 🞏 en autonomie🞏 par un aidant |
| **S'il est électrique, comment le fauteuil est-il contrôlé ?** | 🞏 Joystick 🞏 Contacteurs | 🞏 Joystick 🞏 Contacteurs | 🞏 Joystick 🞏 Contacteurs |
| **Localisation du joystick et des contacteurs** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **BASE 1** | **BASE 2** | **BASE 3** |
| **Propriétaire de la base** |  |  |  |
| **Numéro de téléphone du propriétaire** |  |  |  |
| **Identifiant du propriétaire** |  |  |  |
| **Le matériel doit-il être renouvelé dans les 6 prochains mois** |  |  |  |
|  | **BASE 1** | **BASE 2** | **BASE 3** |
| **Fabricant** |  |  |  |
| **Modèle** |  |  |  |
| **Numéro de série** |  |  |  |
| **Poids maximum de l'utilisateur (kg)** |  |  |  |
|  | **BASE 1** | **BASE 2** | **BASE 3** |
| **Y a-t-il des obstacles au montage (par exemple, joystick ou tablette) ?**  |  |  |  |
| **Inclinaison dans l'espace ?** |  |  |  |
| **Position couchée** |  |  |  |
| **Hauteur variable ou verticalisation ?** |  |  |  |

[[1]](#footnote-1)

# Section 3.1 – Support pour fauteuil roulant

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Des problèmes ont-ils été identifiés lorsqu'on a considéré...** | **O / N** | **Notes** |
| …les types de terrain sur lesquels le fauteuil sera utilisé (à l'intérieur, à l'extérieur, irrégulier, lisse) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …la position souhaitée de l'équipement (en tenant compte de l'utilisateur et de son installation/environnement) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …la méthode de transfert du patient, et cette méthode est-elle susceptible de changer à l'avenir ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …la position du dispositif, sera-t-il dans une position fixe ou nécessitera-t-il un réglage de l'inclinaison ou de l'angle ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …que le dispositif doit être plié ou basculé sur le côté ou derrière le fauteuil lorsqu'il n'est pas utilisé ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …que la position du dispositif doit être modifiée pour la conduite ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …qu’il peut être nécessaire de retirer rapidement le dispositif du fauteuil ou du bras ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …que le dispositif sera déplacé, ajusté ou retiré par l'utilisateur ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …la compatibilité du système de fixation avec les systèmes existants ? (autres chaises, supports de sol ou de bureau) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …que le fauteuil doit être utilisé à un bureau ou à une table ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … que certaines activités de soin (par exemple, l'alimentation ou l’accès à la trachéo) sont effectuées spécifiquement d'un côté ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … la rigidité du fauteuil roulant d'accueil / de la base ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |

**TABLEAU DE DÉCISION : Support pour fauteuil roulant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wheelbase** **1** | **Wheelbase** **2** | **Wheelbase** **3** |
| Fabricant et type de support | 🞏 Daessy (Standard)🞏 Daessy (M-Series)🞏 Daessy (Lite Mount)🞏 REHAdapt (M3D)🞏 REHAdapt (L3D)🞏 Manfrotto🞏 Autre🞏 Bespoke / Hybrid🞏 Repli latéral🞏 Repli vers l'arrière🞏 Fixe | 🞏 Daessy (Standard)🞏 Daessy (M-Series)🞏 Daessy (Lite Mount)🞏 REHAdapt (M3D)🞏 REHAdapt (L3D)🞏 Manfrotto🞏 Autre🞏 Bespoke / Hybrid🞏 Repli latéral🞏 Repli vers l'arrière🞏 Fixe | 🞏 Daessy (Standard)🞏 Daessy (M-Series)🞏 Daessy (Lite Mount)🞏 REHAdapt (M3D)🞏 REHAdapt (L3D)🞏 Manfrotto🞏 Autre🞏 Bespoke / Hybrid🞏 Repli latéral🞏 Repli vers l'arrière🞏 Fixe |
| Point de fixation (avec l'utilisateur comme référence) | 🞏 Gauche🞏 Droite🞏 Central | 🞏 Gauche🞏 Droite🞏 Central | 🞏 Gauche🞏 Droite🞏 Central |
| Liste des composants du support |  |  |  |
| Poids total des composants du support |  |  |  |
| Notes |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si le fauteuil roulant / la base présente l'une des caractéristiques suivantes, des problèmes ont-ils été identifiés lors de l'examen...** | **Base 1** | **Base 2** | **Base 3** | **Notes** |
| …un plateau / une tablette ? | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A |  |
| … de la fonctionnalité de bascule et/ou d'inclinaison ? | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A |  |
| … de la fonctionnalité de réglage de la hauteur de la base ou de verticalisation ? | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A |  |
| …des cale-pieds ? | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A |  |
| …des freins ? | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A |  |
| … de la possibilité de plier le fauteuil ou la base ? | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A |  |
| … des points d'arrimage pour le transport dans un véhicule ? | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A | 🞏 Oui🞏 Non🞏 N/A |  |

Sur la base des décisions ci-dessus, assurez-vous que la capacité disponible est supérieure à 0 à l'aide du tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Référence de la base (voir la Section 2)** | **Limite de poids****(A)** | **Poids de l’aide technique considérée et de tout autre équipement \*****(B)** | **Poids du support****(C)** | **Poids du patient****(D)** | **Capacité disponible****(A – B – C – D) \*\*** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

\* Il s'agit notamment de l'équipement monté et de tout autre élément nécessaire à des fins médicales ou de soins personnels qui ajoute un poids supplémentaire au fauteuil. Ces éléments peuvent être fixés de manière permanente ou amovibles.

\*\* Assurez-vous que la capacité disponible est supérieure à zéro. Si la capacité disponible est inférieure à 10 % de la limite de poids total du fauteuil, procédez avec prudence et consultez le fabricant du fauteuil.

|  |  |
| --- | --- |
| **Commentaire :** |  |

**EVALUATION RAPIDE DE LA STABILITÉ DU FAUTEUIL ROULANT - À TITRE INDICATIF SEULEMENT**Les conseils donnés par cet outil d’évaluation ne sont pas basés sur des données empiriques, mais sur l'expérience et le jugement professionnel du groupe de travail MAT-DOC. Cet outil ne doit être utilisé qu'à titre indicatif et n'est pas destiné à remplacer une évaluation complète des risques ou un programme de gestion des risques.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Base 1 Score** | **Base 2 Score** | **Base 3 Score** |
| **Type de base** | **Fauteuil roulant électrique** | **Fauteuil roulant manuel** | **Fauteuil avec verticalisateur** |  |  |  |
| **1** | **3** | **5** |
| **Lieux d’usage** | **Intérieur seulement** | **Intérieur et extérieur** | **Sol escarpé** |  |  |  |
| **1** | **2** | **5** |
| **Mouvements de l'utilisateur** | **Déplacements à l'intérieur de l'empreinte de la base** | **Déplacements à l'extérieur de l'empreinte de la base 1** | **Déplacements importants en dehors de l'empreinte de la base 2** |  |  |  |
| **1** | **3** | **5** |
| **Poids du kit 3** | **< 2kg** | **2 – 5kg** | **> 5kg** |  |  |  |
| **1** | **2** | **3** |
| **Position du kit** | **Dans l'empreinte** | **< 20cm à l’extérieur de l’empreinte** | **> 20cm à l’extérieur de l’empreinte** |  |  |  |
| **1** | **2** | **5** |
| **Assise du fauteuil roulant** | **Siège standard du fabricant uniquement** | **Assise / coussin de pression in situ** | **Assise spéciale** | **Assise spéciale en position atypique 4** |  |  |  |
| **1** | **2** | **3** | **5** |
| **TOTAL** |  |  |  |
| 1 Le centre de gravité reste à l'intérieur de la base  | 3 Poids de l’aide technique et du support lui-même |
| 2 Le centre de gravité de l'utilisateur se déplaçant à l'extérieur de la base | 4 Si l’assise spéciale est montée en position avant ou arrière. |
| **SCORE** | **ACTION** | **DECISION ARGUMENTEE[[2]](#footnote-2)** |
| **<= 9** | Une gestion des risques standard est requise |  |
| **10 - 18** | Une gestion plus détaillée des risques doit être envisagée |
| **19 +** | Une gestion détaillée des risques doit être effectuée, approuvée et documentée – envisager un contrôle complet de la stabilité (annexe 1) |

# Section 3.2 – Support pour bureau / table

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Des problèmes ont-ils été identifiés lors de l'examen des points suivants ?** | **O / N** | **Notes** |
| … la taille et la stabilité de la surface sur laquelle le support sera placé ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … la position souhaitée du dispositif de CAA (en tenant compte de l'utilisateur et de son installation/environnement) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … la possibilité que le support soit placé dans une position ou un emplacement dangereux ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … le dispositif sera-t-il dans une position fixe ou devra-t-il être réglé en inclinaison ou en angle ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …le dispositif doit être déplacé ou sa position ajustée par l'utilisateur ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … le système de fixation est compatible avec les systèmes existants ? (supports de chaise, de sol ou de bureau) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … le support gêne-t-il d'autres activités ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … le support gêne-t-il les activités de soins (comme l'alimentation) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Support pour table / bureau[[3]](#footnote-3)** |
| Fabricant et type de support | 🞏 Support de bureau Daessy🞏 Monture Daessy Lite🞏 REHAdapt Support de bureau 🞏 REHAdapt L3D🞏 Manfrotto🞏 Autre | Poids total de l'équipement |  |
| Notes |  |

# Section 3.3 – Support posé au sol

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Des problèmes ont-ils été identifiés lors de l'examen...** | **O / N** | **Notes** |
| … de l'environnement dans lequel la fixation au sol sera utilisée ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … de la maniabilité ou des obstacles à la position souhaitée du support? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … de l'endroit où le support de sol sera stocké lorsqu'il n'est pas utilisé ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … de la taille et de la stabilité de la surface sur laquelle le support sera placé ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … de la position souhaitée de l'appareil de CAA (en tenant compte de l'utilisateur et de son installation/environnement) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … de la possibilité que le support soit placé dans une position ou un emplacement dangereux ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … si d'autres personnes dans l'environnement présentent un risque accru ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …si le dispositif sera dans une position fixe ou s‘il devra être réglé en inclinaison ou en angle ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … si le dispositif doit être déplacé ou sa position ajustée par l'utilisateur ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| … si le système de fixation est compatible avec les systèmes existants (supports de FR, posé au sol ou de bureau) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …si le support gêne d'autres activités ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …si le support gêne le fonctionnement d'autres équipements (tels que des lits ou des fauteuils) ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Support posé au sol** |
| Fabricant et type de support | 🞏 Support à roulettes Daessy🞏 Daessy Mini- / Midi- 🞏 REHAdapt Classic 🞏 REHAdapt Pentalock🞏 REHAdapt Mini🞏 Autre | Poids total de l'équipement |  |
| Notes |  |

# Section 4 – Identification des dangers et gestion des risques

Cette section est destinée à faciliter l'identification des dangers susceptibles de survenir en raison de la mise en place d'un support de montage et à fournir des suggestions pour la gestion des risques. Les dangers doivent être identifiés et notés à l'aide de la matrice des risques ci-dessous (ou de son équivalent local, le cas échéant). Cette section utilise les définitions énoncées dans la norme BS EN ISO 14971 Dispositifs médicaux - Application de la gestion des risques aux dispositifs médicaux, qui sont les suivantes :

**Danger** - une source potentielle de dommages

**Risque** - combinaison de la probabilité d'occurrence d'un dommage et de la gravité de ce dommage.

Le risque doit être calculé avant et après la gestion afin de démontrer que les procédures de gestion mises en place ont réduit la probabilité qu'un danger identifié se produise. La formule suivante est suggérée pour ces calculs :

G - Gravité

P - Probabilité

T - Total (T = G x P)

En cas d'utilisation d'un support sur mesure ou hybride, un dossier technique complet et une documentation sur la gestion des risques doivent être conservés, conformément aux politiques locales.

|  |
| --- |
| **EXEMPLE DE MATRICE DE RISQUE 5 x 5** |
| **P**robabilité | **G**ravité |
| **1 (Négligeable)** | **2 (Mineure)** | **3 (Modérée)** | **4 (Sévère)** | **5 (Majeure)** |
| **1 (Lointaine)** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **2 (Improbable)** | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| **3 (Possible)** | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 |
| **4 (Probable)** | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 |
| **5 (Certaine)** | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 |

|  |
| --- |
| **DÉFINITIONS DES COULEURS** |
| **VERT** | Tenir un registre des risques pour démontrer que l'on est conscient des risques |
| **ORANGE** | Il faut s'efforcer de réduire le risque et de mettre en œuvre des mesures de réduction du risque si possible dans un délai défini. Une évaluation plus poussée peut s'avérer nécessaire pour établir plus précisément la probabilité d'un dommage afin de déterminer la nécessité d'améliorer les mesures de contrôle. |
| **ROUGE** | Une évaluation très détaillée des risques doit être effectuée et les risques doivent être réduits. |

|  |
| --- |
| **DEFINITIONS** |
| **Probabilité** | **Gravité** |
| **1 (Lointaine)** | Extrêmement peu probable au cours de la durée de vie de l'équipement | **1 (Négligeable)** | Très peu probable de subir des blessures |
| **2 (Improbable)** | Peu probable au cours de la durée de vie de l'équipement | **2 (Mineure)** | Blessure mineure (premiers soins non requis), réparation non requise |
| **3 (Possible)** | Pourrait survenir | **3 (Modérée)** | Premiers soins pour blessures mineures nécessaires, certains dommages qui devront être réparés |
| **4 (Probable)** | Susceptible de se produire | **4 (Sévère)** | Blessure importante possible nécessitant un traitement hospitalier |
| **5 (Certaine)** | Se produira dans la durée de vie de l'équipement | **5 (Majeure)** | Blessures graves ou décès |

Si le support envisagé doit être fixé sur le fauteuil roulant, poursuivez votre lecture.

S’il doit être fixé sur une table ou un bureau ou s’il doit être posé au sol, rendez-vous à la page 18

|  |
| --- |
| **Support pour Fauteuil-Roulant** |
| **Réf** | **Danger** | **Score avant mise en œuvre de la gestion des Risques** | **Notes et gestion**(supprimer / modifier si nécessaire)Les solutions incluses dans cette colonne ne sont que des suggestions et doivent être utilisées à titre indicatif  | **Score après mise en œuvre de la gestion des Risques** |
| **G** | **P** | **T** | **G** | **P** | **T** |
| **1** | Basculement de la chaise en raison de changements dans la répartition du poids. |  |  |  | Recommander au patient d’ôter l’appareil lorsqu'il se déplace dans des environnements présentant un risque de basculement (par exemple, terrain accidenté, terrain non familier, pentes ou collines). |  |  |  |
| **2** | Lésions par pression (escarres) ou contusions dues à des mouvements involontaires ou à une position de repos entraînant un contact ou un choc avec l'appareil ou son support. |  |  |  | Ajuster la position de l'appareil ET / OUPlacer un coussin entre le support ou l'appareil et le patient pour réduire le risque. |  |  |  |
| **3** | Blessure subie si le moyen de propulsion du fauteuil (manuel ou électrique) est bloqué par l’appareil ou son support, quelle que soit leur position. |  |  |  | Identifier un moyen alternatif de propulsion du fauteuil roulant lorsque l’appareil est fixé. ET / OUFournir des instructions écrites n’autorisant les déplacements du fauteuil que lorsque l’appareil est dans une position spécifiée qui minimise le risque de blocage. |  |  |  |
| **4** | Blessure subie si l'utilisateur déplace le fauteuil (manuel ou électrique) et que son champ de vision est gêné par l’appareil ou son support, quelle que soit leur position. |  |  |  | Fournir des instructions écrites et orales pour que les conducteurs soient conscients des angles morts et en tiennent compte lorsqu'ils conduisent. ET / OUInsister sur la nécessité de superviser la conduite ou de retirer l'appareil dans des situations à haut risque, par exemple dans des environnements très fréquentés ou peu familiers. |  |  |  |
| **5** | Le fauteuil est impliqué dans une collision parce que le système de fixation dépasse les dimensions du fauteuil roulant à l'avant, à l'arrière ou sur les côtés, ce qui nuit à la sécurité. |  |  |  | S'il n'est pas possible d'éviter de modifier les dimensions globales, il est indispensable de fournir des instructions écrites et orales pour que les utilisateurs soient conscients des dimensions nouvelles du FR. |  |  |  |
| **6** | Blessure du patient ou dommages causés à l'appareil en raison du basculement du fauteuil lorsque l'appareil et son support sont laissés en position basculée vers l’arrière ou repliée sur le côté. |  |  |  | Envisager une autre solution de montage, à savoir l'installation d'un support statique. OUFournir des instructions écrites et orales pour que l'appareil soit toujours retiré si l'on est amené à laisser le support dans une position dangereuse. |  |  |  |
| **7** | Blessures dues au pincement de parties du corps entre l’appareil ou son support et le fauteuil roulant, ou dans les parties mobiles du support. |  |  |  | Prévoir un espace minimum de 2 cm entre les composants dans toutes les positions. OU Indiquer clairement la zone à risque dans la documentation ou lors de la mise en place de l'équipement. OU Fournir des avertissements écrits et oraux à propos des zones de danger de piégeage et former les soignants à la mise en place et au retrait en toute sécurité de l’appareil et de son support. |  |  |  |
| **8** | Blessure subie si l’appareil et son support sont laissés en place pendant un transport et se déplacent lorsqu'ils sont soumis aux aléas de la route. |  |  |  | Donner des instructions écrites et orales pour que l'appareil et son support soient systématiquement retirés et rangés en toute sécurité avant le transport. ETFournir une méthode de communication alternative, No ou Low Tech, à utiliser pendant le transport OU Procéder à une évaluation détaillée des risques liés au transport. |  |  |  |
| **9** | Blessure du patient ou dommages causés à l'appareil par des écrous, des boulons ou d'autres accessoires qui se desserrent au fil du temps ou dont le montage est défectueux. |  |  |  | Donner des instructions écrites et orales pour vérifier régulièrement les différents éléments du support et préciser les mesures à prendre en cas de défaut constaté. |  |  |  |
| **10** | Blessure du patient ou dommages causés à l'appareil en cas de montage incorrect et/ou de non-verrouillage de l'appareil. |  |  |  | S'assurer que le patient et/ou la personne qui s'occupe de lui sont compétents pour retirer l’appareil et son support ETFournir des instructions écrites accompagnées de photographies et de schémas. |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Support pour table / bureau ou à poser au sol** |
| **Réf** | **Danger** | **Score avant mise en œuvre de la gestion des Risques** | **Notes et gestion**(supprimer / modifier si nécessaire)Les solutions incluses dans cette colonne ne sont que des suggestions et doivent être utilisées à titre indicatif  | **Score après mise en œuvre de la gestion des Risques** |
| **G** | **P** | **T** | **G** | **P** | **T** |
| **A** | Blessure du patient ou dommages causés à l'appareil en raison d'un montage incorrect et/ou d'un mauvais verrouillage de l'appareil. |  |  |  | Fournir une formation et s'assurer que le patient et les aidants sont compétents pour la mise en place et le retrait de l’appareil. ETConseiller de ne pas retirer le dispositif si la situation le permet. ET / OUEnvisager un système de fixation différent pour faciliter la mise en place. |  |  |  |
| **B** | Lésions par pression (escarres) ou contusions dues à des mouvements involontaires ou à une position de repos entraînant un contact ou un choc avec l'appareil ou son support. |  |  |  | Ajuster la position de l'appareil ET / OUPlacer un coussin entre le support ou l'appareil et le patient pour réduire le risque. |  |  |  |
| **C** | Blessure du patient ou dommages causés à l'appareil en raison du basculement du fauteuil lorsque l'appareil et son support sont laissés en position basculée vers l’arrière ou repliée sur le côté. |  |  |  | Fournir des instructions orales et écrites pour retirer l’appareil avant de replier le support. ET / OUS’assurer que les mouvements autorisés par le support ne permettent pas de placer l'appareil en dehors du polygone de sustentation du support. |  |  |  |
| **D** | Blessure du patient ou dommages causés à l'appareil en raison du poids de l'appareil qui entraîne une défaillance de la fixation, en particulier si la fixation est utilisée en dehors des recommandations du fabricant en matière de poids et de positionnement. |  |  |  | Veiller à ce que le poids du support soit adapté à celui de l'appareil à monter. ET S’assurer de rester dans le polygone de sustentation du support. ETRecommander à l’oral et par écrit au patient et à ses aidants de ne pas positionner l’appareil en dehors du polygone de sustentation du support. |  |  |  |
| **E** | Blessures causées par d'autres personnes trébuchant ou entrant en collision avec le support. |  |  |  | Fournir des avertissements oraux et écrits pour mettre en évidence les risques de chute. ETAppliquer du ruban adhésif de marquage de danger sur la base et les pieds du support au sol. ET / OUIdentifier l'endroit où ranger l'appareil lorsqu'il n'est pas utilisé. ET / OUEnvisager une gestion des risques plus poussée dans les contextes où il y a beaucoup d'autres personnes ou usagers, notamment s’ils présentent une déficience visuelle ou des troubles du comportement. |  |  |  |
| **F** | Blessures subies par les aidants en raison du déplacement ou du levage inapproprié de l'appareil ou de son support. |  |  |  | Réduire au minimum la nécessité de déplacer le support et les distances sur lesquelles il doit être déplacé - envisager la fourniture de supports supplémentaires si cela est possible. ET / OUVeiller à ce que les aidants aient reçu une formation pertinente et récente en matière de manutention. ET / OUProposer une formation spécifique au support utilisé. |  |  |  |
| **G** | Blessure du patient ou dommages causés à l'appareil en raison du blocage d'une ou plusieurs parties mobiles d'un lit ou d'un fauteuil médical par l’appareil ou son support. |  |  |  | Fournir des avertissements oraux et écrits soulignant le risque de blocage et les positions à éviter lors de l'utilisation de l'appareil et du support. |  |  |  |
| **H** | Dommages causés au support par un stockage inapproprié quand il n'est pas utilisé |  |  |  | Fournir des instructions orales et écrites quant aux conditions appropriées de stockage. ET / OUVeiller à ce qu'une zone de stockage appropriée et définie soit bien présente dans chaque lieu où le support sera utilisée. |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Section 5 – Informations sur la mise en service

|  |
| --- |
| **Détails de la mise en service** |
| **Date de la mise en service** | **Lieu de la mise en service** | **Mis en service par** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **COORDONNÉES** |
|  | **Nom** | **Organisation** | **Téléphone** | **Email** |
| **Fournisseur** |  |  |  |  |
| **Personne destinataire désignée** |  |  |  |  |
| **Service après vente / support** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **NOTES** |
|  |

# ANNEXE 1 –tests de stabilité statique des fauteuils roulants

|  |  |
| --- | --- |
| **Référence de la base ou du fauteuil (from main MAT-DOC):** |  |
| **Empattement roues avant :** |  |
| **Empattement roues arrière :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RÉSUMÉ** | **DONNÉES DE LA PLATEFORME DE PESAGE (LE CAS ÉCHÉANT)** |
| **Ref** | Test 1 |  |  | Gauche (kg) | Droite (kg) |
| **Configuration** | Avant l'installation | Avant vers le haut | Avant |  |  |
| **Notes** |  | Niveau | Avant |  |  |
| Arrière |  |  |
| Avant vers le bas | Arrière |  |  |
| **RÉSULTATS** |
| **Montée** | **Descente** | **Latéralement (vers la gauche)** | **Latéralement (vers la droite)** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SUMMARY** | **DONNÉES DU CAPTEUR DE PESAGE (LE CAS ÉCHÉANT)** |
| **Ref** | Test 2 |  |  | Gauche (kg) | Droite (kg) |
| **Configuration** | Après l'installation | Avant vers le haut | Avant |  |  |
| **Notes** |  | Niveau | Avant |  |  |
| Arrière |  |  |
| Avant vers le bas | Arrière |  |  |
| **RÉSULTATS** |
| **Montée** | **Descente** | **Latéralement (vers la gauche)** | **Latéralement (vers la droite)** |
|  |  |  |  |

# ANNEXE 2 – Évaluation de la conduite

|  |  |
| --- | --- |
| **Référence de la base ou du fauteuil (from main MAT-DOC):** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS GÉNÉRALES** |
| **Brève description de l'environnement et des conditions dans lesquels l'évaluation se déroule** |  |
| **Brève description des capacités de conduite de l'utilisateur avant la fourniture du montage** |  |
| **Y a-t-il des considérations particulières, liées à la conduite, identifiées au cours du processus de pré-évaluation ?** |  |

|  |
| --- |
| **VÉRIFICATIONS PRÉALABLES À L'ÉVALUATION** |
| **Le patient peut-il voir par-dessus l’appareil monté ?** | 🞏 Oui🞏 Non |
| **Le patient peut-il voir par-dessous l’appareil monté ?** | 🞏 Oui🞏 Non |
| **Y a-t-il des dommages visibles dans l'environnement du patient qui pourraient indiquer des accidents ou des collisions antérieurs ?** | 🞏 Oui🞏 Non |
| **Y a-t-il des dommages visibles sur le fauteuil roulant qui pourraient indiquer des accidents ou des collisions antérieurs ?** | 🞏 Oui🞏 Non |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS** |
| **Des problèmes ont-ils été observés lors** | **Sans appareil** | **Avec appareil** | **Commentaires** (y compris des détails sur la façon dont les éléments ont été évalués, les risques cernés au cours de l'évaluation et la façon dont ces risques seront gérés) |
| …du franchissement d'ouvertures étroites ? | 🞏 Oui 🞏 Non | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …de manœuvres dans des zones où l'espace est limité ? | 🞏 Oui 🞏 Non |  🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …de la détection et de l'évitement des obstacles ? | 🞏 Oui 🞏 Non | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …de la détection et de l'évitement de personnes présentes dans l’environnement ? | 🞏 Oui 🞏 Non | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …de l'approche et de l'arrêt à côté d'un bureau ou d'une table sans les heurter ? | 🞏 Oui 🞏 Non | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …du suivi d’instructions simples données pendant la conduite sans être distrait (par ex, “Stop”) ? | 🞏 Oui 🞏 Non | 🞏 Oui 🞏 Non |  |
| …d’autres évènements notoires (préciser) | 🞏 Oui 🞏 Non | 🞏 Oui 🞏 Non |  |

1. Si le support envisagé doit être fixé sur le fauteuil roulant, poursuivez votre lecture avec la Section 3.1 – Support pour fauteuil roulant

S’il doit être fixé sur une table ou un bureau, rendez-vous à la page 13, Section 3.2 – Support pour bureau / table

S’il doit être posé au sol, rendez-vous à la page 14, Section 3.3 – Support posé au sol [↑](#footnote-ref-1)
2. Poursuivez votre lecture à la page 14 avec la Section 4 – Identification des dangers et gestion des risques [↑](#footnote-ref-2)
3. Poursuivez votre lecture à la page 14 avec la Section 4 – Identification des dangers et gestion des risques [↑](#footnote-ref-3)