

Le concept de lit Progressa™

Favoriser la mobilité. Accélérer le rétablissement.



Enhancing outcomes for patients and their caregivers:

Hill-Rom

D'année en année,
l'environnement de la
réanimation et des soins
intensifs est devenu
plus complexe et
plus exigeant.



Les challenges

Où qu'elles soient dans le monde, les réanimations font face aux mêmes difficultés et ont les mêmes besoins fondamentaux : améliorer la qualité des soins et maîtriser les coûts, réduire la durée d'hospitalisation et le nombre de réadmissions, et éviter les chutes prévisibles ou les complications telles que les infections nosocomiales, l'atrophie musculaire ou les escarres.

La solution

La théorie selon laquelle une mobilité sécurisée et précoce permet aux patients de se rétablir plus vite est étayée par des preuves cliniques publiées dans la littérature.¹⁻⁶ Hill-Rom est le seul à pouvoir fournir une gamme complète de solutions et une assistance clinique favorisant la mobilité précoce et facilitant l'administration de soins efficaces en toute sécurité.



Notre concept

Le concept Mobility is Life™ constitue la base sur laquelle Hill-Rom s'appuie pour développer et élaborer des solutions ayant pour mission d'améliorer les résultats pour les patients et les soignants en proposant de nouvelles façons d'accélérer le rétablissement.

Les conséquences de l'immobilité

Système neurologique

Le délire survient chez 80% des patients en réanimation, ce qui correspond à un coût annuel des soins pouvant atteindre 44 512 €²⁵



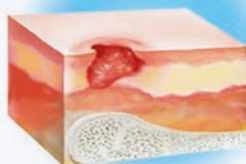
Système respiratoire

La PAVM* peut prolonger de 10 à 12 jours la durée du séjour en réanimation et coûter de 8 902 à 18 547 € par patient⁹



Système cutané

Le coût moyen des soins pour une escarre de stade III ou IV en soins de courte durée est de 31 900 € et la durée d'hospitalisation est rallongée de 4 jours¹³



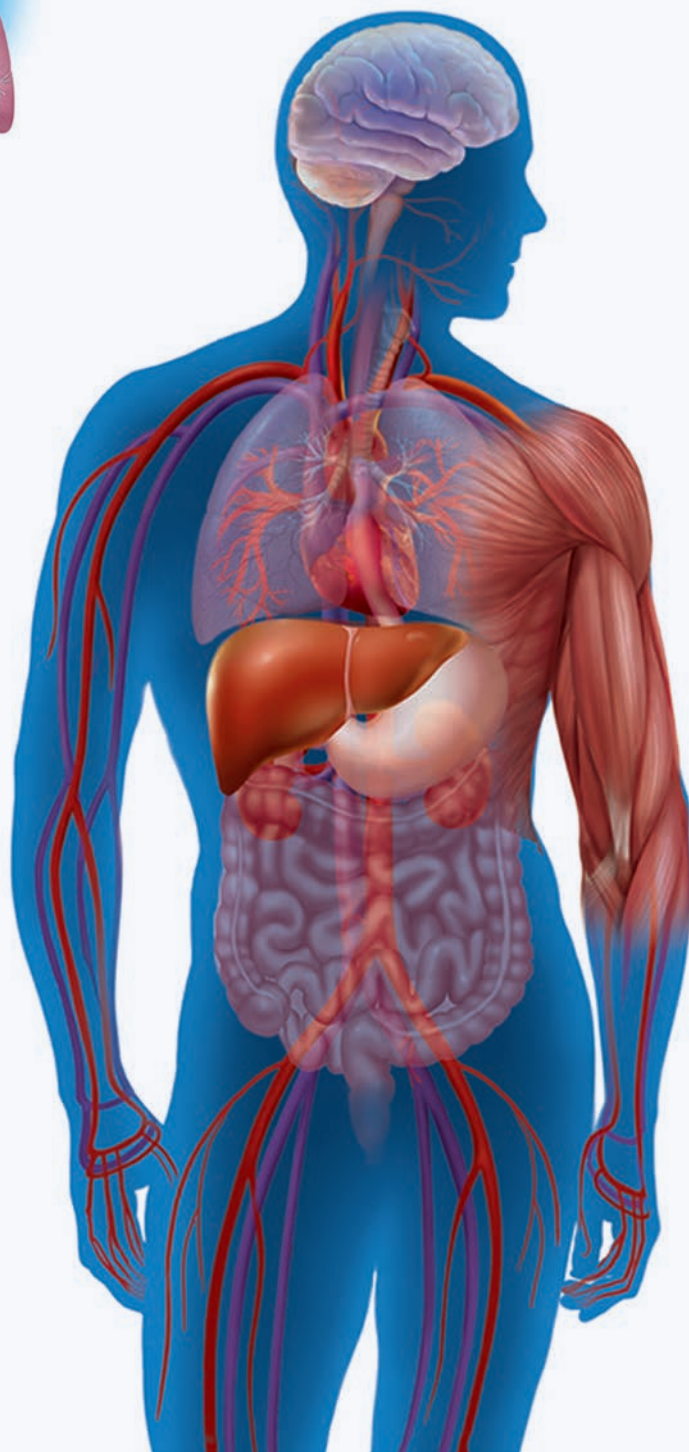
Système cardio-vasculaire

Intolérance orthostatique, déconditionnement cardiaque et perte de 15% du volume plasmatique¹⁹



Système métabolique

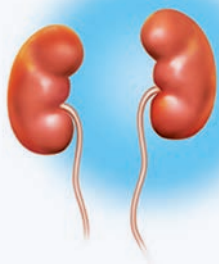
Résistance à l'insuline et bilan azoté négatif





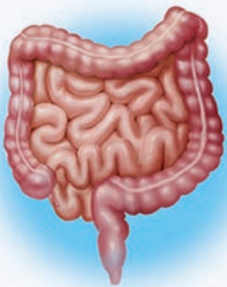
Système musculo-squelettique

Perte de 50% de sa force musculaire au cours des 3 à 5 premières semaines, avec une récupération de seulement 6% par semaine en rééducation^{3, 26, 27}



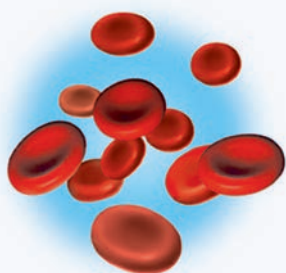
Système rénal

Rétention urinaire, stase et/ou calculs rénaux



Système gastro-intestinal

Constipation et fécalome



Système hématologique

Anémie

L'immobilité augmente le risque de développement de complications engageant le pronostic vital ainsi que des problèmes psychologiques, et a des répercussions négatives sur les résultats des patients.

Les problèmes cliniques liés à l'absence de mobilité sont exacerbés dans les environnements de soins intensifs prenant en charge des patients très sensibles, tels que les réanimations.

Pourquoi une mobilité précoce ?

Parmi les conséquences de l'immobilité, citons le prolongement de la durée d'hospitalisation et l'augmentation du coût du traitement, et pour le personnel soignant, un risque accru d'accidents du travail.¹¹

L'immobilité peut entraîner les situations suivantes :

- Une durée de ventilation plus longue
- Une durée de séjour en réanimation prolongée
- Une durée prolongée d'hospitalisation
- Des taux de mortalité plus élevés

Les faits montrent que la mise en œuvre d'un programme de mobilité précoce en réanimation, tel que le programme de mobilité progressive Progressive Mobility™ de Hill-Rom, peut permettre de réduire la durée d'hospitalisation, de réduire les coûts et d'améliorer l'état de santé et le bien-être du patient.¹⁻⁶

L'impact économique d'un programme de mobilité progressive et de l'utilisation de nouvelles technologies est significatif

L'atrophie musculaire peut être mesurée au bout de trois à cinq jours d'alitement, aussi bien chez les patients en bonne santé que chez ceux en phase critique. Dans les faits, jusqu'à 50% des patients connaissent un déclin fonctionnel entre leur admission à l'hôpital et leur sortie.³

Les complications respiratoires imputables à l'immobilité constituent le principal motif de réadmission en réanimation. Résultat : une durée moyenne d'hospitalisation deux fois plus longue et une augmentation du taux de mortalité pouvant atteindre 10%.¹² Par ailleurs, le coût et la prévalence des escarres nosocomiales sont élevés. Le taux d'escarres nosocomiales dans les réanimations est d'environ 4,5% et le coût moyen d'une escarre de stade III-IV dépasse les 31 900 €.^{13,14}

La mise en œuvre d'un programme de mobilité progressive avec des technologies de pointe permet d'obtenir de meilleurs résultats cliniques et financiers.



Quels sont les avantages ?

L'« étude du Dr Winkelman » a évalué l'impact, sur les résultats des patients en réanimation, d'un programme de mobilité progressive comprenant des lits thérapeutiques technologiquement avancés et des solutions de lève-personnes.⁶

- La durée moyenne du séjour en réanimation a été **réduite de 5 jours**
- La durée moyenne sous ventilation a **diminué de 3 jours**
- Le premier exercice physique réalisé a été réalisé **3,5 jours plus tôt**

Impact économique de la mobilité précoce en réanimation

Les économies réalisées sur la durée du séjour en réanimation s'élevaient à 8 537 € (sur la base d'un coût moyen journalier de 2 847 €).

- Les économies réalisées grâce à la diminution de la durée du séjour en réanimation s'élevaient à près de 9 652 €
- Les économies réalisées grâce à la réduction du temps passé sous ventilation s'élevaient à environ 8 161 € pour les patients ayant pu se mobiliser plus tôt

Économies réalisées grâce à la mise en œuvre d'un programme de mobilité précoce en réanimation¹

Économies réalisées par jour en réduisant la durée de séjour en réanimation, dans une unité accueillant 500 patients en moyenne par an		Économies réalisées par jour en réduisant les journées de ventilation mécanique dans une unité accueillant 200 patients sous ventilation en moyenne par an	
Durée du séjour réduite en réanimation	1 jour	Nombre de jours en moins sous ventilation mécanique	1 jour
Coût du séjour réanimation/jour	2 363 €	Coût de la ventilation mécanique/jour	2 945 €
Économies réalisées sur le séjour en réanimation/patient	2 363 €	Économies réalisées sur la ventilation mécanique/patient	2 945 €
Nombre de patients en réanimation par an	500	Nombre de patients sous ventilation mécanique par an	200
Économies annuelles réalisées sur la durée du séjour en réanimation	1 181 546 €	Économies réalisées chaque année sur la ventilation mécanique	589 010 €

Économies combinées potentielles par an : 1 770 836 €



Votre programme de mobilité précoce est-il aussi efficace qu'il le pourrait ?

Les patients dans l'impossibilité de quitter leur lit d'hôpital et de pratiquer une activité physique régulière risquent de développer de graves problèmes physiques et psychologiques, tels qu'une maladie nosocomiale acquise en réanimation, une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM), des escarres, une dégradation de la masse musculaire et un délire.^{3,7-10}

Maladie nosocomiale acquise en réanimation

La polyneuropathie ou myopathie de réanimation est un trouble neurologique qui touche les patients atteints d'une maladie grave aiguë nécessitant une durée d'hospitalisation en réanimation supérieure à 24 heures. Elle touche les nerfs et les muscles.

- Retarde le sevrage et compromet fortement la rééducation du patient
- Augmente considérablement la durée du séjour en réanimation, la durée d'hospitalisation, ainsi que le taux de mortalité⁷

Les facteurs de risque sont les suivants :

- Septicémie
- Réponses inflammatoires
- Défaillance de plusieurs organes
- Glycémie élevée
- Usage de stéroïdes/d'inhibiteurs neuromusculaires, qui contribuent au développement d'une maladie nosocomiale

Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM)

La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique constitue l'une des principales complications pouvant survenir au niveau pulmonaire en raison de l'immobilité.

- En moyenne, le taux de PAVM avoisine les 15,8 pour mille jours sous ventilation, ce qui prolonge de 12 jours la durée d'hospitalisation
- Le taux de mortalité augmente d'environ 15%⁹
- L'augmentation du coût des soins correspond à environ 29 710 à 66 850 € par patient²⁸

Utilisation du protocole de mobilité progressive (PUMP) et de la technologie dans une réanimation neuro-chirurgicale⁵

PUMP :

- Une boîte à outils dédiée à l'approche de mobilité a été mise au point. Elle comprend le protocole PUMP, un protocole en 11 étapes suivant la progression ci-contre : inclinaison à 45° du relève-buste -> position « fauteuil » partielle -> position FullChair -> position debout -> rotation et installation sur une chaise -> transferts -> déplacement sur des distances de plus en plus grandes et autonomie croissante
- Des dispositifs d'aide à la mobilité supplémentaires ont été acquis
- Une formation interdisciplinaire a été lancée

Résultats obtenus grâce à la mise en œuvre d'un programme de mobilité⁵ :

La mobilité s'est améliorée de 300% parmi les patients en réanimation neuro-chirurgicale

La durée du séjour en réanimation neuro-chirurgicale a été raccourcie de 13%

La durée d'hospitalisation a considérablement diminué. Elle est passée de 12 à 8,6 jours

Le nombre d'infections nosocomiales a baissé de 60%

Le nombre de cas de PAVM a considérablement chuté. Il est passé de 2,14 pour 1 000 jours à zéro

D'année en année, l'environnement des réanimations devient de plus en plus complexe et exigeant.

Aujourd'hui, le personnel soignant doit relever le défi de faire toujours plus avec moins de moyens. Les ressources étant souvent limitées, les soignants ont besoin des outils adéquats pour être plus efficaces et effectuer davantage de tâches pendant leur garde. Des charges de travail plus lourdes incitent les soignants à passer de plus en plus de temps sur d'autres tâches que les soins aux patients.

Gérer le déplacement des patients est une tâche éprouvante sur le plan physique, et qui demande également beaucoup de temps. Ces conditions difficiles pour les soignants entraînent des risques de blessures notamment des lésions musculo-squelettiques.^{21,22} Pour le soignant, l'aide au lever des patients représente jusqu'à la moitié des accidents du travail.¹¹ Les soignants doivent trouver le juste équilibre entre efficacité et conformité aux protocoles de sécurité au sein de l'environnement des soins intensifs.

L'amélioration du processus de mobilisation a un impact positif sur le rétablissement des patients

- Amélioration significative sur le plan ergonomique pour les soignants, diminution du temps nécessaire de 84,7%¹⁵
- Fréquence de mobilisation accrue de 48,5%¹⁵
- Nombre de soignants nécessaires pour une verticalisation réduit de 45% par rapport aux procédures standard de mobilisation
- Durée entre l'extubation et la mobilisation complète hors du lit réduite de 38%¹⁶

Les soins cliniques prodigués aux patients en phase critique sont complexes et exigeants tant du point de vue physique que juridique

Les soignants sont confrontés à un nombre croissant de difficultés :

- La population de patients vieillit, est plus fragile et a plus de mal à se mouvoir
- Le nombre d'équipements dans une zone de travail limitée augmente
- Les soignants ont la responsabilité de réduire les risques pour les patients de contracter une infection nosocomiale
- Les soignants doivent décrire avec une grande précision le traitement et les soins dispensés

Obstacles à la mobilisation des patients en réanimation, perçus au niveau des patients et de l'environnement³

Les patients doivent comprendre que la mobilité précoce est primordiale pour leur rétablissement. Si le patient souffre, un médicament peut lui être administré, mais la mobilisation est essentielle. La formation est l'une des clés de la réussite.

Obstacles perçus à la mobilisation des patients en réanimation :

- Les patients en réanimation sont trop fortement sédatisés
- Les patients en réanimation ne se sentent pas bien pendant la mobilisation
- Les tubulures risquent de se débrancher
- Les moyens humains et technologiques sont insuffisants
- Les patients peuvent présenter une instabilité hémodynamique



Programme de mobilité progressive

L'immobilité augmente le risque de développer des complications engageant le pronostic vital, ce qui a une incidence sur les résultats des patients, la durée d'hospitalisation et le coût du traitement.

Le programme de mobilité progressive, disponible uniquement chez Hill-Rom, se base sur des études de méthodologies de mobilité précoce des patients, sans compromettre la sécurité de ces derniers ni celle des soignants.

- Il assure la sécurité des patients et des soignants par le biais de fonctionnalités intégrées et de systèmes de lève-personne ^{23,24}
- Il permet aux soignants de conserver un positionnement thérapeutique optimal, d'administrer des thérapies référencées, et de rétablir la mobilité des patients
- Il contribue à réduire les risques de troubles cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques et musculaires, ainsi que les risques de délire

Le programme de mobilité progressive - Hill-Rom



Respirer

Veille à ce que les patients puissent bien respirer et ne développent pas de complications liées à l'immobilité pendant cette phase critique

Relève buste (RB) > 30° / Alarme du relèvement buste

Conserve un angle de relèvement buste optimal conformément aux protocoles de prévention de la PAVM

Traitement par rotation latérale continue

Permet l'évacuation des sécrétions pulmonaires et accroît la circulation sanguine pour éviter toute complication pulmonaire²

Traitements par percussion et vibration

Améliorent l'amplitude respiratoire



Incliner

Prépare le patient, au niveau physiologique, aux positions assise et debout, grâce à l'utilisation d'un seul bouton

Alarme de relèvement buste/relèvement buste > 45°

Conserve un angle de relèvement buste optimal conformément aux protocoles de prévention de la PAVM

Position proclive/inclinaison du plan du lit à 18°

Permet un entraînement orthostatique



S'asseoir

Cette position favorise la respiration et aide les patients à s'adapter physiologiquement à la position debout

Position « chaise » partielle

Facilite les échanges gazeux

FullChair® Egress – Position fauteuil avec sortie par l'avant

Permet l'expansion pulmonaire

StayInPlace™

Empêche le déplacement du patient, ce qui réduit le besoin de repositionnement

*Favoriser la mobilité des patients
en phase critique peut les aider à
se rétablir plus vite.³*



Se lever

Permet aux patients de tenter de se mettre debout tout en leur apportant un soutien supplémentaire le cas échéant

FullChair® Egress – Position fauteuil avec sortie par l'avant

Aide le patient à reconstituer ses forces

Lève-personnes pour verticalisation

Offre un appui partiel



Marcher

Les patients à ce stade sont faibles, mais en mesure de coopérer et de se lever, en fonction des prescriptions du médecin

FullChair Egress + Lève-personnes pour verticalisation

Réussir les levers des patients

Solutions de verticalisation et de lève-personnes Liko®

Facilite la marche des patients sur des distances de plus en plus grandes

Les avantages d'un programme de mobilité progressive

En bref, la mise en œuvre d'un programme de mobilité progressive accompagné par les dernières technologies permet d'obtenir de meilleurs résultats cliniques et financiers.

Les études font état d'une réduction du temps passé sous ventilation mécanique, d'une diminution des cas de PAVM, d'une diminution des risques de lésions cutanées, ainsi que d'une baisse des cas de délire.

Résultats chez des patients ayant survécu après un séjour en réanimation, moyenne (IC 95 %)	Sans mobilité précoce**	Avec mobilité précoce**	Amélioration (jours hors du lit)
Nombre de jours avant le premier lever du patient*	11,3	5,0	6,3
Durée de séjour en réanimation, en jours*	6,9	5,5	1,4
Durée d'hospitalisation, en jours*	14,5	11,2	3,3

* Ajusté en fonction de l'IMC, du score APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), et des agents vasopresseurs

** Seuls les patients ayant survécu après leur sortie de l'hôpital ont été inclus dans l'analyse des résultats. DMS = Durée Moyenne de séjour

Le concept de lit Progressa

Aujourd'hui, le personnel soignant doit relever le défi de faire toujours plus avec moins de moyens.

Le concept de lit Progressa, mis au point en collaboration avec du personnel infirmier, des médecins et des thérapeutes, répond aux besoins en constante évolution des soignants, des patients et des établissements de soins, et contribue à la mise en œuvre du programme de mobilité progressive de Hill-Rom.

Grâce aux fonctionnalités intégrées et aux systèmes de lève-personnes du lit Progressa, les soignants peuvent maintenir un positionnement thérapeutique optimal, administrer des traitements basés sur des études cliniques et favoriser le rétablissement de la mobilité des patients afin de minimiser les risques de troubles cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques et musculaires, ainsi que les risques de délire.

Le concept de lit Progressa est bien plus qu'un lit : c'est un dispositif thérapeutique qui agit comme un prolongement direct de l'équipe de soins.

En outre, la flexibilité de la plateforme du lit Progressa vous permet de configurer le lit pour qu'il réponde à vos besoins actuels et s'adapte à l'évolution de ces besoins.



Avec Progressa, il est possible de mettre en œuvre plus efficacement la mobilisation précoce pour éviter les complications nosocomiales, qui sont un poids pour le patient, ses proches et les soignants.



À droite : Mark Verhagen, infirmier en réanimation
À gauche : Pieter Vaes, infirmier en réanimation
St. Elisabeth Hospital – Tilburg, Pays-Bas

Le lit Progressa propose diverses surfaces thérapeutiques au choix

Pour plus de détails, veuillez consulter la brochure des caractéristiques techniques.



Progressa Prevention Surface

(Matelas Mousse et Air (non alimenté))



Progressa Therapy Surface

(Matelas Air)



Progressa Pulmonary Surface

(Matelas Air)



Efficacité



Système de transport IntelliDrive**

Un seul soignant suffit pour déplacer aisément et en toute sécurité le lit avec un contrôle facilité d'arrêt et de rotation.



Interface graphique du soignant (GCI)®

Pour une plus grande ergonomie, l'interface GCI articulée peut être préprogrammée ou personnalisée pour ajuster les traitements.



Commande mains libres HandsFree® CPR

La pédale permet d'abaisser les parties tête et genoux, et soulève le repose-pieds en un mouvement. Elle permet également d'avoir les mains libres pour administrer au plus tôt les soins dont a besoin le patient.



Aide à la sortie latérale

Aide le patient à s'asseoir dans le cadre du programme de mobilité progressive.

Sécurité



Alarme du relèvement-buste

Envoie une alerte lorsque l'angle de la tête de lit passe en dessous de 30° ou 45°.



Système de détection d'obstacles

Obstacle Detect®

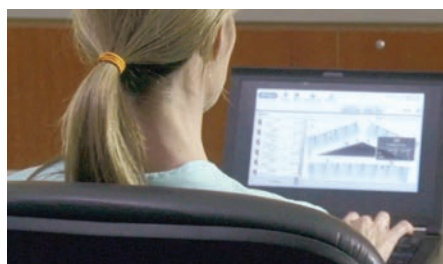
Empêche le lit de se baisser et le soulève si un objet est détecté entre le châssis et la base du lit.



Alarme de sortie de lit à 3 modes

Pour la sécurité du patient, 3 niveaux d'alarme en fonction de son état.

Connectivité



Le lit Hill Rom Progressa présente une fonction intégrée de connexion à un poste d'infirmier distant** pour la transmission des informations.

Cette fonction inclut :

- La transmission à distance des alarmes de sortie de lit
- Les alarmes d'appel infirmier

* En option

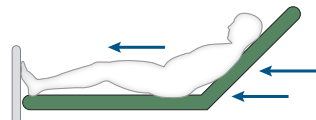
** Selon le modèle choisi, le marché géographique et l'établissement de soins de santé

Gérer le déplacement des patients est une tâche éprouvante sur le plan physique, et qui demande également beaucoup de temps. Des conditions difficiles pour les soignants, qui risquent de se blesser et de présenter des lésions musculo-squelettiques.^{21,22}



La technologie StayInPlace est disponible uniquement avec le lit Progressa

Sans la technologie StayInPlace, l'angle du relève-buste peut appuyer sur le bas du dos du patient, ce qui peut le faire descendre vers le pied du lit.

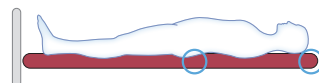


Avec la technologie StayInPlace, le cadre du lit Progressa et son matelas s'allongent et grandissent au fur et à mesure que le relève-buste se soulève.

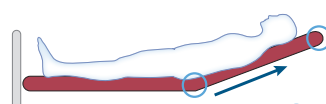
La fonction clé innovante StayInPlace est une technologie pionnière qui empêche la migration du patient vers le pied du lit, ce qui réduit le besoin de repositionner ce dernier. Étant donné qu'elle répond dynamiquement à l'angle du relève-buste, la technologie StayInPlace est conçue pour aider à réduire la charge pour le soignant ; et éviter ainsi qu'il se blesse au dos, et éviter toutes les douleurs inutiles au patient lors du repositionnement. Elle apporte en plus l'avantage de réduire le risque d'escarres.

StayInPlace

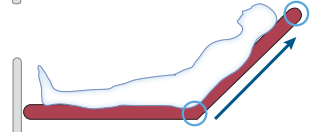
- Permet de réduire le déplacement du patient, ce qui réduit le besoin de le repositionner
- Répond dynamiquement à l'angle du relève-buste du patient
- Conçue pour réduire la charge pour le soignant et pour réduire le risque d'escarres
- En ayant moins souvent besoin de repositionner les patients, le personnel infirmier gagne du temps



La technologie StayInPlace n'est pas activée tant que le patient est en position de décubitus.



Au fur et à mesure que le relève-buste se redresse, la technologie StayInPlace augmente la surface de contact sous le buste du patient.



La technologie StayInPlace allonge simultanément la partie supérieure du cadre et la surface thérapeutique pour s'adapter à l'allongement naturel du corps lorsque le patient s'assied.



« La fonction StayInPlace est sans aucun doute l'un des principaux avantages. Lorsque le lit bouge, le patient ne glisse pas et se sent en sécurité et à l'aise, sans pression sur son dos. »

Flexibilité totale pour répondre aux besoins de toutes unités de réanimation

Le lit Progressa constitue la seule plateforme sur le marché à répondre aux besoins des patients en réanimation dans différentes disciplines, par sa capacité à évoluer et ses options configurables.

Le lit Progressa peut être configuré et adapté pour répondre à un maximum d'exigences au sein d'un hôpital, en offrant à l'utilisateur une qualité d'expertise à la fois constante et inégalée. Vous pouvez réduire le budget global en faisant appel à UN SEUL fournisseur pour réduire les coûts liés à la maintenance, aux pièces détachées et à la formation.

Le lit Progressa peut être configuré pour répondre aux besoins actuels de votre établissement, tout en apportant la flexibilité nécessaire au fur et à mesure de l'évolution de ces besoins.

- Mise à niveau ou reconfiguration pour répondre aux besoins changeants et au budget
- UN SEUL fournisseur réduit les coûts de maintenance et de formation pour faciliter la gestion du coût global

Des caractéristiques et fonctionnalités uniques pour une mobilisation en toute sécurité des patients en réanimation

La mobilité précoce est une stratégie approuvée qui améliore les résultats des patients et réduit la durée de séjour en réanimation. Le concept du lit Progressa propose des caractéristiques et fonctionnalités uniques qui permettent aux personnels soignants de faire progresser les patients en réanimation de la position couchée en décubitus dorsal à la sortie du lit en toute sécurité et en toute simplicité, à chaque seuil de tolérance.¹⁵⁻¹⁶

Efficacité clinique proposée par le lit Progressa :

- Facilite les étapes individuelles de la mobilité progressive à chaque seuil de tolérance du patient, en fonction de son état
- Permet de raccourcir significativement la durée de séjour en réanimation
- Permet la mobilité progressive tout en réduisant le risque d'événements indésirables tels que le déplacement de tubulures
- Réduit le délai avant le premier lever

Contrôle total et contribution au programme de mobilité progressive

Conçu en association avec des soignants, le concept du lit Progressa contribue à assurer la conformité des protocoles au programme de mobilité progressive et permet aux soignants de se conformer aux protocoles de sécurité. Il offre aux soignants un plus grand contrôle pour améliorer la sécurité, étendre la connectivité du système et améliorer l'efficacité.

Les fonctions de connectivité permettent aux soignants de réaliser la plupart de leurs tâches de documentation sans s'éloigner du chevet de leur patient.

- Documentation disponible dans l'interface graphique du lit
- Réduit les erreurs associées à la documentation

Hill-Rom est une entreprise de technologie médicale mondiale, leader sur le marché, qui emploie plus de 10 000 salariés dans le monde. Nous travaillons en étroite collaboration avec des professionnels de la santé dans plus de 100 pays et pour tous les environnements de soins. Nous nous focalisons sur les solutions de soins aux patients qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats cliniques et économiques dans cinq domaines clés : **Amélioration de la mobilité, Traitement et prévention des plaies, Surveillance et diagnostic patient, Sécurité et efficacité chirurgicales et Traitement et prévention des complications respiratoires.** Partout dans le monde, les employés, les produits et les programmes de Hill-Rom n'ont qu'un seul objectif : **améliorer chaque jour les résultats pour les patients et les soignants.**

mobility is life 

Hill-Rom est convaincu qu'une mobilisation précoce des personnes pour les aider à retrouver leur autonomie améliore leur qualité de vie à l'hôpital et au domicile.

Le lit Progressa peut être utilisé dans différents environnements de soins, y compris, mais sans s'y limiter, les établissements de soins de court séjour, notamment les services de réanimation, les unités de soins de suite/réadaptation, les services médicaux/chirurgicaux, les services de soins subaigus, les unités de soins post-anesthésie et certains services d'urgence.

Dispositif médical (93/42/CEE) : classe Im,

Classe IIa pour les surfaces Progressa Therapy et Progressa Pulmonary - Organisme notifié : Polskie Centrum Badan I Certyfikacji S.A. (PCBC) CE1434

Classification du système de pesée (EN 45501) : classe III

Fabricant : Hill Rom Holdings, Inc. - 1069 State Route 46 East - Batesville, IN 47006 - États-Unis
Représentant en Europe : Hill Rom S.A.S. - BP 14 ZI du Talhouët 56330 Pluvigner France

Ces appareils médicaux sont des produits de santé réglementés qui, conformément à ladite réglementation, portent un marquage CE. Hill-Rom recommande de lire attentivement les instructions détaillées relatives à l'utilisation adéquate et en toute sécurité des appareils, qui se trouvent dans les documents accompagnant les appareils médicaux. Le personnel des établissements de santé est responsable du bon usage et de l'entretien de ces appareils médicaux.

Hill-Rom se réserve le droit d'apporter des modifications à la conception, aux caractéristiques et aux modèles, sans préavis. La seule garantie consentie par Hill-Rom est la garantie écrite expresse sur la vente ou la location de ses produits.

©2019 Hill-Rom Services, Inc. TOUS DROITS RÉSERVÉS.

Doc. n° : 5FR126301-04, 14 October 2019

Certains produits/certaines options ne sont pas disponibles dans tous les pays. Pour plus d'informations sur ce produit ou sur un service, contactez votre représentant Hill-Rom local, ou consultez notre site Web à l'adresse suivante :

www.hill-rom.com

1. Dasta JF, et al. Daily cost of an intensive care unit day: the contribution of mechanical ventilation. *Crit. Care Med.* 2005; 33:1266-1271.
2. Bailey P, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit. Care Med.* 2007; 35:139-145.
3. Morris PE, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit. Care Med.* 2008; 36:2238-2243.
4. Schweickert WD, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet.* 2009; 373:1874-1882.
5. Titsworth WL, et al. The effect of increased mobility on morbidity in the neurointensive care unit. *J. Neurosurg.* 2012; 116:1379-1388.
6. Winkelman C. Bed rest in health and critical illness: a body systems approach. *AACN Adv. Crit. Care.* 2012; 20:254-266.
7. Hermans G, et al. Clinical review: critical illness polyneuropathy and myopathy. *Crit. Care.* 2008;12:238.
8. Nigam Y, et al. Effects of bed rest 3: musculoskeletal and immune systems, skin and self-perception. *Nurs. Times.* 2009;105:18-22.
9. Rosenthal VD, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 36 countries, for 2004-2009. *Am. J. Infect Control.* 2012;40:396-407.
10. Vasilevskis EE, et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. *Chest.* 2010;138:1224-1233.
11. Brophy et al. Reducing incidence of low-back injuries reduces cost. *Jul/Aug 2001.*
12. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs*: a systematic review of risk factors and outcomes. *Chest.* 2000; 118:492-502.
13. VanGilder C, et al. Poster. WOCN. 2012 (abstr. 6007).
14. CMS. Fed Regist. 2008; 73:48433-49084. CMS Office of Public Affairs. Fact sheet: CMS proposes additions to list of hospital-acquired conditions for fiscal year 2009. Baltimore, MD: Centers for Medicare & Medicaid Services; 4/14/08. CMS quality measurement programs characteristics. CMS website. Accessed 2/26/13. <http://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/qualitymeasures/downloads/cmsqualitymeasurementprogramscharacteristics.pdf>
15. Comparison of Caregiver time necessary for Patient positioning using the TotalCare® Bed vs. a Standard Bed, Tampa General Hospital, Tampa, FL.
16. Comparative study TotalCare Bed vs. Standard Bed: Analysis of physiological parameters in patients after coronary bypass procedures; Emory Hospital, Atlanta, Georgia.
17. Fortney SM, et al. Handbook of Physiology. Cpt. 39 - The Physiology of bed rest. 2011.
18. Graves N, et al. *Infect Control Hosp. Epidemiol.* 2005.
19. Knight J, et al. *Nurs Times.* 2009.
20. Scott RD. The Direct Medical Costs of HAIs. *CDC.* 2009.
21. U.S. Bureau of Labor Statistics: 2009 survey of occupational injuries and illnesses.
22. U.S. Bureau of Labor Statistics: Injuries, illnesses, and fatalities: frequently asked questions.
23. Nelson A, Baptiste A. Evidence-based practices for safe patient handling and movement. *Online J Issues Nurs.* 2006;4(1):55-69. doi:10.1385/BMM:4:1:55.
24. Dickerson D, Gruden M, Duck J, et al. Beyond Getting Started: A Resource Guide for Implementing a Safe Patient Handling Program in the Acute Care Setting. 2006.
25. AACN practice alert: delirium assessment and management. <http://www.aacn.org/WD/practice/docs/practicealerts/delirium-practice-alert-2011.pdf>. Accessed 2/25/13.
26. De Jonghe B, et al. Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA.* 2002;288:2859-2867.
27. De Jonghe B, et al. Respiratory weakness is associated with limb weakness and delayed weaning in critical illness. *Crit Care Med.* 2007;35:2007-2015.
28. Current Controversies in VAP :Pickett K: ICU Management, 2008.
Clinical and Economic Consequences of VAP: A Systematic review: Safdar N et al CCM 2005.

Enhancing outcomes for patients and their caregivers:

Hill-Rom