

**Université René Descartes Paris V
Faculté Cochin-Port-Royal**

**LE ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR
DANS LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES
DE LA PERSONNE AGEE EN EHPAD**

Docteur Lydie WALTZING

**DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur
d'EHPAD**

LE ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR DANS LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES DE LA PERSONNE AGEE EN EHPAD

<u>I. INTRODUCTION</u>	2
<u>II. EPIDEMIOLOGIE</u>	2
1. Fréquence	2
<i>1.1. En fonction de l'âge</i>	
<i>1.2. En fonction du sexe</i>	
2. Lieux des chutes	3
3. Mortalité	3
4. Morbidité	3
<i>4.1. Conséquences traumatiques</i>	
<i>4.2. Conséquences psychomotrices</i>	
<i>4.3. Conséquences psychologiques</i>	
5. Conséquences socio-économiques	4
<u>III. EVALUATION DES RISQUES</u>	5
1. Facteurs prédisposants	6
2. Facteurs précipitants intrinsèques	7
3. Facteurs précipitants extrinsèques	9
<u>IV. LES ACTIONS DE PREVENTION EN EHPAD</u>	10
<u>V. LA PERMANENCE DES SOINS : ELABORATION DE PROTOCOLES</u>	13
<u>VI. RAPPORT D'ACTIVITE MEDICALE</u>	15
<u>VII. CONCLUSION</u>	16
<u>VIII. REMERCIEMENTS</u>	17
<u>IX. BIBLIOGRAPHIE</u>	18
<u>ANNEXES</u>	19

I. INTRODUCTION

La chute chez la personne âgée représente un problème de santé publique majeur, tant par la gravité de ses conséquences médicales souvent dramatiques qu'elle engendre, que par ses incidences sociales et économiques indéniables. La situation est d'autant plus préoccupante qu'en 2010, la France comptera plus de 10 millions de personnes âgées de plus de 65 ans.

L'organisation mondiale de la santé définit la chute comme « tout évènement qui fait tomber le sujet à terre contre sa volonté ».

Le risque de chute est multiplié par trois en institution. C'est dire l'importance de la prise en charge de leur prévention au sein des EHPAD. Et c'est là le rôle primordial que tient le médecin coordonnateur.

Nous rappellerons les aspects épidémiologiques (les conséquences économiques, sociales et médicales des chutes), puis nous aborderons les différentes missions du médecin coordonnateur face à la prise en charge des chutes de la personne âgées en institution. Nous décrirons successivement l'évaluation des facteurs de risque de chute lors d'une visite d'admission, l'élaboration de protocole dans le cadre du projet de soins, la mise en place d'un programme de prévention, la surveillance des chutes, et l'élaboration du rapport d'activité médicale.

II. EPIDEMIOLOGIE

1. Fréquence des chutes

La qualité de vie de nos aînés s'est considérablement améliorée depuis 50 ans, ce qui a eu pour effet d'augmenter l'espérance de vie de manière spectaculaire. Bien que de plus en plus d'individus « vieillissent en bonne santé », la vieillesse entraîne malgré tout une fragilisation physique et fonctionnelle. Ainsi, les personnes âgées présentent un risque accru de perte d'autonomie.

Les chutes sont fréquentes. On estime à 30 % le nombre de chutes dans l'année parmi les personnes de plus de 65 ans, pour atteindre plus de 50 % chez les plus de 85 ans. En France, 1,3 à 2 millions de sujets de plus de 65 ans chuteraient chaque année. Mais cette fréquence est vraisemblablement sous-estimée ; ces chiffres ne représentant sans aucun doute que la pointe de l'iceberg. En effet, les personnes âgées ne signalent pas toujours toutes leurs chutes à leur médecin ou à leur entourage, voire les cachent volontairement par peur d'être considérées comme incapables de vivre encore à leur domicile, mais aussi car les personnes âgées ont tendance à oublier facilement leurs chutes passées, surtout si celles-ci n'ont pas eu de conséquences graves.

On individualise deux formes de chutes :

➤ *La chute du senior actif* : elle est plus grave, avec un risque de fracture plus élevé. Le taux de fracture est plus important chez les personnes âgées d'un bon niveau d'activité, et qui tombent dehors en marchant vite.

➤ *La chute tardive du vieillard fragile* : elle est souvent le symptôme d'une fragilité générale et de troubles graves de l'équilibration. Sa gravité immédiate est peut-être moindre, mais elle est le baromètre d'un état qui se dégrade.

1.1. En fonction de l'âge

Le risque des chutes augmente dramatiquement avec l'avance de l'âge

1.2. En fonction du sexe

Les femmes âgées sont particulièrement plus vulnérables : elles tombent deux à quatre fois plus que les hommes. Cependant, après 85 ans, le nombre de chutes chez les hommes et les femmes est presque équivalent.

2. Lieux des chutes

La majorité des chutes se produit pour 30 % au domicile dans des endroits familiers (chambre, salle de séjour, cuisine, escalier, salle de bains...). Mais aussi un environnement mal adapté est responsable de plus de 50 % des chutes (éclairage insuffisant, obstacle au sol, mobilier inadéquat...).

Il faut souligner aussi que les chutes sont également très fréquentes en milieu institutionnel pour 60 %. Une étude a montré, en effet, que 45 % des sujets en maison de repos ont fait au moins une chute ; et plus de 40 % sont victimes de chutes à répétition.

Le risque de rechute est multiplié par 20 après une première chute.

C'est pourquoi, la chute doit être envisagée comme une véritable « maladie gérontologique ». Elle peut, à elle seule, devenir une pathologie autonome qui expose le sujet à la récurrence. Elle est sans équivalent dans les âges plus jeunes qui ne sont pas concernés par le syndrome de l'après-chute (un vieillard sur 3 en est atteint).

3. Mortalité

La chute représente la 1^{ère} cause de mort accidentelle. En France, cette mortalité est estimée à 12 000 – 13 000 décès par an. La mortalité attribuée aux chutes croît quand l'âge augmente. Le risque de décès dans l'année qui suit la chute est multiplié par 4 par rapport à une population du même âge.

4. Morbidité

Pour les individus qui survivent, les chutes sont associées à d'innombrables complications morbides. Seulement 20 à 60% des survivants retrouvent leur niveau initial de mobilité ou d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne un an après une fracture du col du fémur.

4.1. Conséquences traumatiques

Les traumatismes et fractures sont proportionnellement peu nombreux, mais leur gravité est très importante. Environ 10 % des chutes entraînent seulement une blessure physique nécessitant une prise en charge (entorses, plaies, brûlures).

5 % des chutes s'accompagnent de fractures osseuses dont la majorité d'entre elles concerne l'extrémité de l'avant-bras et pour 2 % le col du fémur.

La fracture du col du fémur a les plus graves conséquences : 20 % des personnes âgées meurent dans l'année de la blessure.

A noter que la rhabdomyolyse consécutive à la chute (avec insuffisance rénale, hypothermie, contusions multiples et surinfection) est souvent létale.

Sans oublier aussi les lésions physiques secondaires comme les surinfections broncho-pulmonaires, escarres de décubitus, déshydratation, hypothermie, pathologies liées à l'immobilisation comme la thrombophlébite et embolie pulmonaire.

Il ne faut pas cependant négliger une complication rare mais grave : l'hématome extra- ou sous-dural.

4.2. Conséquences psychomotrices

Elles sont les plus fréquentes des conséquences à moyen terme et les plus graves et sont dans la majorité des cas le résultat souvent inéluctable de la fracture du col du fémur. La chute peut être à l'origine d'une sidération des automatismes acquis avec perte des réactions d'adaptation posturale et difficulté à se maintenir en orthostatisme, et pouvant rapidement évoluer vers un état de dépendance. Cette perte d'autonomie touche environ 85 % des individus chuteurs qui deviennent dépendants pour la marche nécessitant une aide, et qui aboutit le plus souvent à une entrée en institution de longue durée, soit de façon temporaire, soit de façon permanente (40 %).

Toute fois, même si le plus souvent 85 % des chutes ne provoquent pas de lésions traumatiques, on assiste souvent à une perte d'autonomie dans 30 % des cas chez les patients sans fractures

4.3. Conséquences psychologiques

Une fois sur deux le sujet ne peut se relever seul et, par conséquent, peut rester au sol pendant une longue période, plusieurs heures, voire plusieurs jours. Ces chutes sont des expériences effrayantes et peuvent conduire les personnes âgées à perdre confiance dans leur capacité à se mouvoir en sécurité. Progressivement s'instaure alors la peur de retomber, elle-même responsable d'une diminution des activités, d'un repli sur soi, voire d'un authentique syndrome dépressif.

Ces différentes manifestations motrices et psychologiques secondaires à la chute sont regroupés sous le terme de syndrome de l'après-chute.

Le syndrome de l'après-chute est caractérisé sur le plan moteur par une marche à petits pas avec appui talonnier, un élargissement du polygone de sustentation, un fessum des genoux, un centre de gravité rejeté en arrière. Ce syndrome s'accompagne d'une peur de retomber avec anxiété, refus de la marche et perte progressive de l'autonomie. Ces signes traduisent volontiers l'intrication avec une pathologie organique, notamment avec une atrophie fronto-axiale. « La chute appelle souvent la chute. »

5. Conséquences socio-économiques

Les conséquences sociales, sont considérables. Dans 40% des cas, une chute peut compromettre l'autonomie de la personne âgée, pouvant rendre son maintien à domicile difficile et aboutir à une institutionnalisation parfois anticipée.

D'un point de vue économique, le coût financier est énorme. Il est estimé à 1% des dépenses de santé, soit en France pour l'année 2003 à 1,7 milliard d'euros. Mais le coût global est souvent sous-estimé. En effet au coût direct, il faut rajouter le coût indirect, comme le résume le tableau ci-dessous.

Structuration du coût de la chute de la personne de plus de 65 ans

	Tangibles	Intangibles
Coûts directs	Recours au médecin Médicaments prescrits Coût ambulance Coût hospitalisation	Anxiété et détresse Inconfort Souffrance, etc.
Coûts indirects	Placement en institution Prise en charge médicale, sociale, familiale Dépression, etc.	Peur de rechuter Enfermement sur soi Difficultés psychologiques avec l'entourage Détresse en institution, etc.

En pratique :



**Conséquences des chutes =
Lésions physiques
Impotence fonctionnelle
Institutionnalisation anticipée**

III. EVALUATION DES RISQUES

Le rôle du médecin coordonnateur dans la prise en charge des chutes chez la personne âgée commence lors de sa visite de pré-admission en institution.

En effet, le médecin coordonnateur lors de la visite de pré-admission doit impérativement repérer les personnes à haut facteur de risque de chute, ceci dans le but d'une meilleure prise en charge du résident par l'élaboration d'un projet de soins individuel spécifique et d'une adéquation des moyens mis en œuvre de l'institution.

Le médecin coordonnateur demande ainsi à toute personne âgée, si besoin à son entourage, si elle est tombée durant l'année voire les années précédentes.

Le simple fait de poser la question permet de parler de prévention, même s'il n'y a pas eu de chute. La plupart des personnes âgées ont comme souhait prioritaire de rester capables d'assumer leurs propres choix de vie, en toute indépendance. L'approche systématique et directe du risque de chute n'est pas contradictoire avec ce souhait si elle se fait dans le cadre de la promotion d'un « mieux vieillir ».

Les causes de chutes sont multiples et variées, et il est rare de pouvoir isoler une cause médicale ou environnementale unique. Le plus souvent la chute résulte de l'action combinée

du vieillissement, de diverses pathologies affectant la fonction d'équilibre, de la prise de certains médicaments et de facteurs environnementaux et comportementaux.

Le plus souvent les chutes sont accidentelles pour 34%, c'est-à-dire un évènement fortuit et soudain, indépendant de la volonté du sujet, non lié à une maladie mais fortement favorisé par l'inattention et l'environnement du sujet. Cependant, les diverses étiologies liées à une pathologie représentent ensemble 60% des causes des chutes.

La chute du vieillard nécessite, de ce fait, une approche diagnostique globale qui recherche conjointement des divers facteurs impliqués dans la chute. Certains facteurs pourront être identifiés lors de l'interrogatoire précis et orienté sur le risque éventuel de chute et la réalisation de quelques tests cliniques simples.

Le médecin coordonnateur s'appliquera donc à rechercher les facteurs de risque de chute, que nous allons détailler ci-dessous.

Les facteurs pouvant occasionner des chutes peuvent s'individualiser en facteurs intrinsèques prédisposants, en facteurs précipitants intrinsèques et précipitants extrinsèques.

1. Facteurs intrinsèques prédisposants = maladies chroniques

1) L'âge de plus de 80 ans

2) La santé et l'état fonctionnel du sujet : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes.

En effet, le vieillissement d'une personne est accompagné de modifications corporelles : une diminution de la masse musculaire et de la force, une augmentation relative de la masse grasseuse, une diminution de la quantité d'eau et une fragilisation des os. A ces modifications s'ajoutent souvent un ralentissement des réflexes, une baisse de la vue, une diminution de la mobilité et de l'équilibre. Les déplacements d'une personne âgée deviennent alors plus fatigants et difficiles, et les risques de chute plus importants.

C'est ainsi que, la réduction des réserves fonctionnelles secondaires au vieillissement est habituellement aggravée par l'ensemble des maladies chroniques surajoutées tout au long de la vie, listées ci-dessous.

3) Affections neurologiques

→ Affections neurologiques centrales :

- Maladie de Parkinson,
- Hydrocéphalie à pression normale
- Syndromes démentiels dégénératifs et vasculaires
- Atteinte du tronc cérébral, atteinte cérébelleuse et vestibulaire

→ Affections neurologiques périphériques :

- Canal lombaire ou cervical étroit
- Neuropathies périphériques
- Affections radiculaires ou tronculaires

4) Affections neuromusculaires

- Myopathies thyroïdienne, cortisonique,
- Ostéomalacique,
- Pseudopolyarthrite rhizomélique,
- Myasthénie

5) Affections ostéoarticulaires

- Arthrose
- Affection des pieds (cals, durillons, hallux valgus)

6) Affections sensorielles

- Atteintes visuelles : diminution de l'acuité ou du champ visuel (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge)

7) Affections psychiques

- Inhibition psychomotrice des syndromes dépressifs

8) Affections génito-urinaires

- L'adénome prostatique ou l'insuffisance rénale entraînent des mictions nocturnes qui peuvent augmenter fortement le risque de chutes

9) La dénutrition protéino-énergétique sévère

10) L'hypotension orthostatique, très fréquente chez la personne âgée, en raison de la diminution de sensibilité des barorécepteurs chez ces personnes.

2. Facteurs précipitants intrinsèques = pathologies aiguës

Ce sont les facteurs qui déclenchent la chute. Ils sont responsables à 50% des chutes. Ils sont souvent multiples et associés entre eux. Ils peuvent être mineurs lorsque les facteurs de risque chronique prédominent.

1) Causes cardiaques

Elles sont de loin les plus fréquentes.

- Troubles du rythme
- Infarctus du myocarde

2) Causes vasculaires

➤ L'hypotension orthostatique est impliquée dans 10 à 15% des chutes. Elle est habituellement multifactorielle (hypovolémie, insuffisance veineuse des membres inférieur, dysfonctionnement du système nerveux autonome et désadaptation à l'effort), et souvent plus marquée la nuit.

➤ Embolie pulmonaire

3) Causes neurologiques

- Accident vasculaire cérébral
- Etat confusionnel
- Hématome extra-dural et sous-dural
- Crise convulsive

4) Causes métaboliques

- Hypokaliémie, hyperkaliémie
- Hypoglycémie
- Hypercalcémie

5) Causes iatrogènes

Les médicaments pouvant provoquer une hypotension, particulièrement orthostatique, une baisse de la vigilance, des troubles visuels, une pollakiurie, représentent un facteur favorisant de chute.

- ✓ Dérivés nitrés
- ✓ Diurétiques
- ✓ Antiarytmiques, Cordarone, Digoxine
- ✓ Béta-bloquants
- ✓ Antihypertenseurs
- ✓ Neuroleptiques
- ✓ Antidépresseurs
- ✓ Benzodiazépines (somnifères)
- ✓ Antidiabétiques
- ✓ Laxatifs
- ✓ Dextropropoxyphène et autres morphiniques antalgiques
- ✓ L-Dopa
- ✓ Corticoïdes...

La prise concomitante de plus de 3 ou 4 médicaments de ces classes thérapeutiques (cardio-vasculaire, psychotrope, analgésique) augmente le risque de chute.

Médicaments et chutes
=
**Attention à la polymédication
et à l'automédication**

3. Facteurs précipitants extrinsèques

L'environnement est responsable pour 50% des chutes. La majorité des chutes ont lieu au domicile et surviennent au cours d'activités habituelles (marcher ou se lever d'une chaise). Une minorité de chutes (probablement autour de 5%) sont liées à des activités clairement dangereuses (monter d'une échelle...).

Les lieux où les risques de chute sont les plus élevés et/ou lieux les plus fréquents de chute, au domicile sont : les lieux où l'on séjourne longtemps (cuisine surtout), lieux qui présentent des dangers (cuisine, salle de bains, escalier), les lieux où l'on passe souvent (couloir, cour), les « terrains à risque » (jardin, escalier).

Les facteurs environnementaux imposent parfois une enquête « policière » auprès de l'entourage de la personne âgée.

✓ Habillement

- Chaussures inadaptées
- Vêtements trop longs
- Semelles glissantes

✓ Mobilier

- fauteuil, lit trop haut ou trop bas

✓ Obstacles au sol

- Inégalités du sol
- Fils électriques mal fixés
- Tapis mal fixés
- Objets ou matières tombées sur le sol (corps gras, ustensiles de cuisine, etc...)

✓ Conditions locales dangereuse ou inadaptées

- Eclairage insuffisant ou interrupteurs difficilement accessibles
- Sols humides et glissants
- Manque de points d'appui : rampe dans les escaliers, barre dans la douche, les toilettes, etc...
- Les escaliers encombrés d'objets
- Les objets encombrants dans les endroits de passage (plantes, boîtes, bouteilles...)
- Les appareils mobiles avec fil électrique placés au milieu d'une pièce, d'un couloir...
- L'utilisation d'échelle, d'escabeau peu sûrs
- La baignoire, la douche, la salle de bains, les WC...

Les causes des chutes peuvent donc être multiples. Il n'est pas douteux qu'une origine multifactorielle doive être incriminée quand survient une chute.

Le médecin coordonnateur peut être amené à compléter cet interrogatoire par la réalisation de tests simples cliniques pour confirmer ou infirmer le risque de chute, détaillés ci-après.

Tests de repérage

<p>Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ? (Timed up and go test)</p> <p>1 à 2 minutes /un chronomètre / 3 tests successifs, précédés d'un test d'apprentissage non comptabilisé</p>	<p>Le patient doit se lever d'un siège banal, faire environ 3 mètres, tourner, et revenir s'asseoir sans aide d'une autre personne (avec ou sans aide de type canne).</p> <p>Le déficit de mobilité commence au delà de 20 secondes, est important au-delà de 29 secondes (Se : 87 %, Sp : 87 %)</p>
<p>Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe ? (test unipodal)</p>	<p>Considéré comme anormal si la personne âgée ne réussit pas à tenir sur une jambe au moins 5 secondes (Se : 37%, Sp : 76 %)</p>
<p>Poussée sternale</p>	<p>Un déséquilibre à la poussée est prédicteur du risque de chute (Se : 38%, Sp : 94%)</p> <p>A rapprocher des sensations de déséquilibre yeux ouverts (Se : 17%, Sp : 97%) ou fermés (Se : 17%, Sp : 97%)</p>
<p>Que pensez-vous de... ?</p>	<p>Les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention, comme de réfléchir pour répondre à une question précise (Se : 48%, Sp : 98%)</p>

Se : sensibilité, Sp : spécificité

IV. LES ACTIONS DE PREVENTION EN EHPAD

1. Evaluation du risque de chute

Le médecin coordonnateur devra mettre en place un projet de soins individuel orienté sur la prévention des chutes pour l'élaboration d'un plan de stimulation. Cette prise en charge sera donc pluridisciplinaire et mettra en œuvre un réseau de soins coordonné entre les différents membres de l'équipe soignante, à savoir : le médecin traitant, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières, les aides-soignantes, les psychothérapeutes, le réseau gériatrique du secteur qui réalisera une évaluation gériatrique standardisée (MMS, ADL, IADL, statut nutritionnel, trouble de l'équilibre et de la marche), et même la famille.

Cette évaluation doit figurer dans le dossier médical et le dossier soins infirmier, car elle constitue une référence pour les évaluations ultérieures.

1.1. Examen médical (Annexe 1 page 19)

Si, lors de cet examen, il est constaté des troubles de l'équilibre, de perte de force musculaire, de troubles de la marche ou de difficultés de déplacement, une évaluation de l'autonomie et une évaluation des troubles de l'équilibre sont effectuées.

1.1.1. Evaluation de l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne par l'échelle I.A.D.L. (Annexe 2 page 21).

MMS: Mini Mental Statement ; ADL : Activities of daily Living ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living

1.1.2. Evaluation des troubles de l'équilibre ou de la marche ou des déplacements, par un kinésithérapeute par le Test de Tinetti (Annexe page 25).

1.2. Evaluation des risques liés à l'environnement effectuée par le médecin, l'infirmière, le kinésithérapeute ou l'aide familiale (Annexe 3 page24).

2. Les actions de prévention

La prise en charge doit être précoce, active, rapidement efficace, afin d'éviter les effets délétères d'une non utilisation sur le muscle et l'articulation, mais aussi sur le contrôle central de la posture et du mouvement. Elle doit être également globale dans les techniques utilisées, mais aussi par l'approche du patient dans son contexte psychosocial.

Il s'agit donc d'une approche multidisciplinaire qui suppose une coordination entre équipe soignante et rééducateur, médecins traitants et famille au sein des institutions.

Il est important de rappeler que les mesures de prévention doivent toujours être personnalisées en tenant compte à la fois des dangers de l'environnement, des comportements et des capacités de réaction propres à la personne concernée.

Les actions à mener du médecin coordonnateur sont multiples et il doit veiller à une harmonisation des différents acteurs :

2.1. Prise en charge médicale des facteurs de risque

- Stabilisation des pathologies à risque de chute
- Correction des troubles liés au vieillissement physiologique
- Correction des déficits sensoriels
- Assurer un bon équilibre nutritionnel et une supplémentation vitaminocalcique. Chez les personnes âgées active de plus de 80 ans ou en institution, la carence en vitamine D semble plus fréquente. Pour ce motif, et sans qu'il semble nécessaire de prouver la carence biologique, une supplémentation biologique avec au moins 800 UI/j de cholécalciférol (ou 100 000 UI tous les 4 mois) ou par calcitriol en cas d'insuffisance rénale est recommandée
- Faire un « toilettage » des ordonnances médicamenteuses, notamment en ce qui concerne les psychotropes, en lien avec le médecin traitant,

2.2. Rééducation et éducation

Elle se fait par l'équipe de kinésithérapie et d'ergothérapie visent à la pratique d'exercices physiques précoces dans la prise en charge des sujets chuteurs dans la prévention des récurrences.

- En prévention primaire, éviter le déconditionnement physique et inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (marche > 30 minutes 3 fois par semaine, groupe de gymnastique),

- En prévention secondaire ou tertiaire : un plan de stimulation est proposé qui consiste en un programme personnalisé de rééducation-réadaptation destiné à améliorer les capacités physiques et renforcer l'autonomie du sujet.

Les programmes ayant le mieux démontré leur efficacité intègrent les éléments suivants :

- rééducation de la force musculaire des muscles porteurs
- rééducation de l'équilibre et de la marche et apprentissage du relevé au sol
- correction des attitudes vicieuses
- apprentissage de l'usage approprié des matériels d'assistance (canne, déambulateur...)
- soins podologiques
- Réduire le temps d'alitement des personnes malades et les remettre rapidement à la marche

Les séances de rééducation de l'équilibre et de la marche sont efficaces à condition d'être proposées pour une période de plusieurs semaines.

La personne âgée doit adopter son nouvel environnement, les changements étant, en eux-mêmes, des facteurs de risque de chute.

2.3. L'usage des contentions physiques

L'usage des contentions physiques doit être limitées et codifiées et doit faire l'objet d'une procédure particulière (annexe contention physique page 25). Les contentions entraînent un déconditionnement physique et souvent une confusion mentale qui sont à l'origine d'un risque plus élevé de chute.

Chez les personnes âgées à risque élevé de fracture de hanche, il est recommandé d'utiliser des protecteurs de hanche. L'efficacité préventive des protecteurs de hanche n'est toutefois pas formellement démontrée et les résultats des études sont parfois contradictoires. Cependant, chez les personnes à risque élevé de chute, l'utilisation d'un protecteur de hanche peut éviter la mise parfois excessive de moyens de contention pouvant précipiter la perte d'autonomie, ceci au prix d'un encadrement important, d'une indication bien posée et d'un suivi régulier.

Les ridelles sont une alternatives moins traumatisantes et souvent mieux acceptées par les résidents et la famille.

Un autre mode de sécurité du couchage tout à fait innovant et original a vu récemment le jour : le « pyjadrapp ». Le pyjadrapp permet de sécuriser la personne désorientée, qui ne peut plus tomber de son lit ou fuguer. Par sa conception, il apporte au patient confort et liberté de mouvements, et contribue à améliorer sa qualité de sommeil et de repos. Simple et ergonomique, le pyjadrapp valorise le travail des soignants. Il maintient la dignité de la personne appréciée des familles. Mais ce mode de contention est à l'heure actuelle encore en cours d'évaluation.

Chez la personne démente, la prévention des chutes a toute son importance et revêt une attention toute particulière, car le risque de chute en institution est multiplié par 4 surtout la première semaine. On mettra un accent particulièrement à maintenir la déambulation, en faisant accepter à l'entourage familial et/ou soignant la prise de risque de la déambulation.

2.4. Eduquer les patients sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter.

Pour encourager la participation de la personne âgée aux programmes de prévention des chutes, il est indispensable de :

- Présenter toutes ces informations nécessaires en langage simple et s'assurer qu'elles ont bien été comprises,
- Définir avec la personne ce qu'elle souhaite et se sent spontanément capable de faire pour prévenir son risque de chute,
- Tenir compte de sa peur de tomber,
- Assurer une coordination efficace entre les différents intervenants, notamment par une formation pluridisciplinaire et le développement du fonctionnement en réseau.

Cette approche a pour but de solliciter la personne âgée dans toutes les activités de la vie quotidienne.

2.5. Aménager les locaux afin de réduire au minimum les facteurs de risque environnementaux.

- Espace de déambulation sans obstacle
- Eclairage suffisant
- Rampes dans les couloirs et les escaliers
- Sol non glissant, et anti-dérapant,
- Barres de maintien (siège WC, salle de bains)
- Réhausseur de WC
- Fauteuil et chaise stables munis d'accoudoirs et de hauteur d'assise adaptée au résident,
- Lit à hauteur variable,
- Bonne accessibilité des étagères
- Appel malade simple à utiliser et facilement accessible
- Signalisation visible.

2.6. Formation du personnel

Cette formation est destinée au personnel soignant et non soignant (le cuisinier a une place à part entière notamment dans la prévention de la dénutrition).

- Sensibiliser le personnel au problème des chutes par la mise en place par le médecin coordonnateur de programme de formation lors de réunions sur la prévention des chutes.
- Faire adopter par les soignants de bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche.

V. LA PERMANENCE DES SOINS : ELABORATION DE PROTOCOLES

Le médecin coordonnateur est tenu de s'assurer, à tout moment, de la permanence des soins jour, nuit et week-end. Pour cela, il établit un protocole de conduite à tenir en cas de chute qui s'inscrit dans le projet de soins et qui doit d'intégrer dans le projet de vie de l'établissement. Ce protocole est mis en place en partenariat avec les médecins généralistes traitants des patients de l'EHPAD et l'équipe soignante. Les actions décrites permettent aux personnels présents de donner les soins nécessaires en attente d'un avis médical ultérieur dans des conditions précises négociées à l'avance.

Il est indispensable de rappeler que le médecin coordonnateur n'est en aucun cas le substitut du médecin traitant et que son rôle est de coordonner les diverses actions entreprises au sein de l'EHPAD sans s'impliquer, sauf urgence absolue, dans des soins médicaux directs aux résidents. Il en va ainsi de la poursuite de bonnes relations avec ses confrères, ce qui demande évidemment beaucoup de diplomatie...

1. Conduite à tenir en cas de chute

Le personnel doit se reporter au protocole de chute établi par le médecin coordonnateur.

Il est daté, signé par le médecin coordonnateur et réévalué chaque année.

Ce protocole doit être largement diffusé à tout le personnel et accessible.

Le protocole décrira la procédure à suivre en cas de chute, à savoir les actions immédiates et celles ultérieures à suivre.

Les feuilles de déclaration de chute doivent figurer dans le dossier médical du résident ainsi qu'être répertoriées et archivées dans le registre des chutes. Ce registre constituera une référence pour les évaluations ultérieures pour la rédaction du rapport médical.

1.1 Au moment de la chute :

- 1) Le personnel recueille les renseignements fournis par les témoins éventuels de la chute et précise, autant que possible les mécanisme de la chute (ex : malaise, glissade, tentative de se lever,...).

- 2) On évalue les caractères de gravité :
 - Recherche de traumatisme avec impotence fonctionnelle +/- douleur
 - Recherche de plaie +/- hémorragie
 - Recherche de trouble de la conscience

- 3) L'infirmière présente effectue les diverses mesures qu'elle notera dans le dossier du résident :
 - Prise du pouls, de la tension artérielle et de la température
 - Dextro
 - Evaluation de la respiration, de la conscience, du comportement, de la coloration cutanée, de la douleurL'infirmière, ou en son absence l'aide soignante, remplit systématiquement un constat de chute (*exemplaire en annexe*)

- 4) L'infirmière, si elle le juge nécessaire, appelle le médecin traitant en urgence. Dans tous les cas, le patient ayant chuté devra être vu à terme par un médecin.

En l'absence d'infirmière, le personnel disponible, selon la gravité de la chute, se conformera au protocole « PROBLEMES MEDICAUX ET URGENCES MEDICALES ».

1.2. Les jours suivants

Toute chute, avec ou sans traumatisme, devra être réévaluée les jours suivants :

- 1- Refaire un examen clinique complet à la recherche de troubles passés inaperçus et examiner le patient à la marche
- 2- Corriger les facteurs favorisants, notamment faire le point sur les déficits neurosensoriels et visuel du patient
- 3- vérifier si l'environnement est adapté, si besoin mise en place de protecteurs de hanches (qui seront prescrits par le médecin traitant).
- 4- Réévaluation quotidienne (première semaine) puis selon prescription médicale :
 - De la douleur
 - De la capacité fonctionnelle
 - De la capacité de marcher
 - De la notion d'appréhension de la chute

2. Elaboration de protocoles

Le médecin coordonnateur doit s'assurer que la permanence des soins est assurée à tout moment et que les protocoles couvrent l'ensemble des situations (protocole de déclaration de chute annexe page 26, protocole en cas de problèmes médicaux et urgences médicales annexe page 27, protocole d'appel au centre 15 annexe page 28, protocole de transfert d'un résident et hospitalisation d'urgence annexe page 29). L'ensemble de ces protocoles doit être répertorié dans un classeur accessible à tout le personnel.

Dans tous les cas, on n'omettra pas d'informer la famille de la chute du résident, et d'expliquer les différentes procédures qui ont été mise en œuvre.

VI. RAPPORT D'ACTIVITE MEDICALE

Le médecin coordonnateur est tenu d'élaborer un rapport d'activité médicale chaque année. Il s'agit de l'une des 11 missions qu'il doit remplir.

Ce rapport s'intègre pleinement dans la démarche qualité. Il répertorie le nombre de chutes dans l'année, leurs causes et les moyens mis en œuvre pour éviter les risques de chute.

Pour cela, le médecin coordonnateur analyse le recueil des chutes, répertorié dans un dossier qui sert donc de référence à l'élaboration de statistiques.

VII. CONCLUSION

En raison du risque important des chutes en institution, le médecin coordonnateur a donc un rôle essentiel dans leur prévention. Les actions mises en oeuvre doivent donc s'intégrer pleinement dans le projet de soins, s'articulant lui-même avec le projet de vie de l'établissement. Elles visent à la mise en place d'un réseau de soins pluri-disciplinaire coordonné. Ces actions sont donc multifactorielles et passent par une prise en charge médicale (recherche et traitement des facteurs étiologiques, évaluation traumatique, limitation de la iatropathogénie), une prise en charge fonctionnelle (séances de kinésithérapie et ergothérapie), une prise en charge socio-environnementale, une prise en charge podologique et psychologique.

Véritable chef d'orchestre, le rôle du médecin coordonnateur exige donc un travail en concertation avec les équipes, une coordination efficace, une planification rigoureuse des opérations, une information claire auprès de l'ensemble du personnel sur le déroulement des opérations. En coordonnant les soins, il s'assure de leur bonne pratique et de leur qualité. Ainsi, par l'analyse du recueil des données lors de l'évaluation annuelle, le médecin coordonnateur élabore son plan d'action.

VIII. REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur Jean-Marie Guérin, Directeur de la Mutuelle Saint-Martin, de m'avoir permis de suivre la formation de ce diplôme interuniversitaire. Qu'il trouve ici toute ma gratitude,

Je remercie le Docteur Marie-Gabrielle Cord'homme, gériatre, mon maître de stage, pour sa disponibilité.

A mon Père, mon directeur de mémoire, pour sa perspicacité médicale.

Et je remercie mon mari de m'avoir conseillée et soutenu dans le choix de cette nouvelle orientation, sans compter son indéniable aide pour « le support informatique » !

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. L'équilibre ou en êtes-vous ? CRAM Bourgogne et Franche-Comté.
2. Réadaptation et perte de l'autonomie physique chez le sujet âgé, B.Tavernier-Vidal, F.Mourey.
3. Prévention des chutes chez les personnes âgées. Recommandations de bonnes pratiques. SSMG-IRE 2000.
4. Le pyjadrapp : couchage de sécurité pour le bien-être de la personne désorientée. Selfia médical.
5. Protecteurs de hanche, Kasri Khelaf, DIU médecin coordonnateur.
6. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, SFRMG-HAS.
7. Personnes âgées et chute à domicile, <http://www.geneve.ch>
8. La prévention des chutes chez la personne âgée, G.A.Dargent, Louvain Med. 117 : S59-S68, 1998.
9. Chutes des personnes âgées, DGS/GTND0 ; Version du 10/03/03.
10. Impact médecin hebdo N°451-7 mai 1999 ; la chute chez le sujet âgé.
11. Le concours médical- 13-02-99-121-06 ; Chutes et pertes d'autonomie du sujet âgé, J.Nizard, G.Potel, C.Dubois.
12. Traiter la chute dans sa globalité, CHU magazine – N°50-Juin 2005.
13. <http://medcor.mg-coordonnateurs.org>.
14. Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD-2004
15. Référentiel de bonnes pratiques, prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile par l'assurance maladie et l'Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé, dossier de presse du 23 juin 2005.

○○○

ANNEXES

<i>ANNEXE 1 : EXAMEN MEDICAL POUR LA PREVENTION DES CHUTES</i>	<i>20</i>
<i>ANNEXE 2 : ECHELLE I.A.D.L.</i>	<i>21</i>
<i>ANNEXE 3 : EVALUATION DES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT</i>	<i>24</i>
<i>TEST DE TINETTI</i>	<i>25</i>
<i>PROTOCOLE CONTENTION PHYSIQUE</i>	<i>26</i>
<i>PROTOCOLE DECLARATION DE CHUTES</i>	<i>27</i>
<i>PROTOCOLE PROBLEMES MEDICAUX ET URGENCES MEDICALES</i>	<i>28</i>
<i>PROTOCOLE APPEL AU CENTRE 15</i>	<i>29</i>
<i>PROTOCOLE TRANSFERT D'UN RESIDENT ET HOSPITALISATION D'URGENCE</i>	<i>30</i>

ANNEXE 1 : EXAMEN MEDICAL POUR LA PREVENTION DES CHUTES

FICHE 1

Examen médical complet incluant notamment :

- prise de la tension artérielle en position assise (ou couchée) et en position debout
- évaluation des capacités visuelles
- évaluation des capacités auditives
- examen des pieds à la recherche de cals ou autres lésions douloureuses
- revue du traitement médical : psychotropes, cardio-vasculaires, analgésiques, polymédication (≥ 4)

Testing neuro-musculaire

- étude de la marche
- étude de la marche rapide
- examen de l'équilibre
- recherche de perte de force musculaire ou de mobilité articulaire

Ce testing peut être remplacé par deux tests :

"One leg balance" test de Vellas : capacité de rester, sans appui, en équilibre sur une jambe, pendant 5 secondes

"Get up and go test" : se lever d'un fauteuil, marcher sur une distance de 3 mètres, faire demi-tour, revenir s'asseoir. Une version chronométrée de ce test est proposée : un score de ≤ 20 secondes est associé avec un statut d'indépendance locomotrice, un score ≥ 30 secondes dénotant un état de dépendance.

Questions :

- êtes-vous souvent triste ou déprimé?
- vous est-il arrivé de perdre les urines et de rester souillé ?
- je vais vous citer 3 noms et vous demander de me les répéter immédiatement et dans quelques minutes

Pour une évaluation plus précise, en vue d'une revalidation:

- Test de Tinetti (POMA)
- échelle d'équilibre de Berg
- Functional Reach

+ *si nécessaire* :

- Geriatric Depression Scale
- Bilan urologique
- Mini Mental State de Folstein
- Tests visuels

Evaluation de l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne

Echelle I.A.D.L. (Fiche 2)

Si dépistage de troubles de l'équilibre ou de la marche importants ou de difficultés de déplacement significatives :

demande d'un bilan par un kinésithérapeute, en vue d'un programme de rééducation (prestation 515712)

ANNEXE 2 : ECHELLE I.A.D.L.**INSTRUMENTAL ACTIVITY of DAILY LIVING****ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE COURANTE****A ACTIVITES COURANTES****1. Aptitude à utiliser le téléphone**

- (1) 1 Se sert normalement du téléphone
- (1) 2 Compose quelques numéros très connus
- (1) 3 Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément
- (0) 4 N'utilise pas du tout le téléphone spontanément
- (0) 5 Incapable d'utiliser le téléphone

2. Les courses

- (1) 1 Fait des courses normalement
- (0) 2 Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats trois au moins)
- (0) 3 Doit être accompagné pour faire des courses
- (0) 4 Complètement incapable de faire des courses

3. Préparation des aliments

- 0 Non applicable: n'a jamais préparé des repas
- (1) 1 Prévoit, prépare et sert normalement les repas
- (0) 2 Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis
- (0) 3 Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate
- (0) 4 Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir

4. Entretien ménager

- 0 Non applicable: n'a jamais eu d'activités ménagères
- (1) 1 Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle
- (1) 2 Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que: laver la vaisselle, faire le lit
- (1) 3 Effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal
- (1) 4 A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménager
- (0) 5 Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit

5. Blanchisserie

- 0 Non applicable: n'a jamais effectué de blanchisserie
- (1) 1 Effectue totalement sa blanchisserie personnelle
- (1) 2 Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas
- (0) 3 Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres

6. Moyens de transport

- (1) 1 Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture

- (1) 2 Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public
- (1) 3 Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné
- (0) 4 Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un

7. Responsabilité à l'égard de son traitement

- (1) 1 Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)
- (0) 2 Est responsable de ses médicaments si des doses séparés lui sont préparés à l'avance
- (0) 3 Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées

8. Aptitude à manipuler l'argent

- 0 Non applicable: n'a jamais manipulé l'argent
- (1) 1 Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques budget, loyer, factures, opérations à la banque) recueille et ordonne ses revenus
- (1) 2 Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants...
- (0) 3 Incapable de manipuler l'argent

B-ENTRETIEN QUOTIDIEN

1. Propreté

- (1) 1 Se débrouille seul aux toilettes, pas d'incontinence
- (0) 2 On doit rappeler au patient qu'il doit aller aux toilettes, ou il a besoin d'aide, ou il a quelques accidents (au plus une fois par semaine)
- (0) 3 Se souille en dormant plus d'une fois par semaine
- (0) 4 Se souille éveillé plus d'une fois par semaine
- (0) 3 Aucun contrôle sphinctérien

2. Alimentation

- (1) 1 Mange sans aide
- (0) 2 Mange avec aide mineure aux heures de repas et/ ou avec une préparation spéciale de la nourriture ou une aide pour se nettoyer après les repas
- (0) 3 S'alimente seul avec une aide modérée et est "négligé"
- (0) 4 Nécessite une aide importante pour tous les repas
- (0) 5 Ne s'alimente pas seul du tout et résiste aux efforts des autres pour s'alimenter

3. Habillage

- (1) 1 S'habille, se débrouille et sélectionne ses vêtements de sa propre garde-robe
- (0) 2 S'habille, se déshabille seul(e) si les vêtements sont présélectionnés
- (0) 3 A besoin d'une aide pour s'habiller même lorsque les vêtements sont présélectionnés
- (0) 4 A besoin d'une aide importante pour s'habiller mais coopère à l'habillage
- (0) 5 Complètement incapable de s'habiller seul et/ou résiste à l'aide des autres

4. Soins personnels (propreté, cheveux, ongles, mains, visage, vêtements)

- (1) 1 Toujours proprement vêtu, bien tenu sans aide
- (0) 2 Prend soin de soi de façon appropriée, avec une aide mineure occasionnellement (pour se raser par exemple)
- (0) 3 Nécessite une aide modérée et régulière ou une supervision
- (0) 4 Nécessite une aide totale mais peut rester bien net après l'aide de l'entourage
- (0) 5 Refuse toute aide de l'entourage pour rester net.

5. Déplacements

- (1) 1 Se déplace dans les étages ou en ville
- (0) 2 Se déplace dans le quartier dans les environs proches
- (0) 3 Se déplace avec l'aide de quelqu'un ou utilise une aide (clôture, rampe) une canne, un fauteuil roulant
- (0) 4 S'assoit sur un siège ou dans un fauteuil roulant, ne peut se mouvoir seul, sans aide.
- (0) 5 Alité la plupart du temps

6. Bains

- (1) 1 Se lave seul (baignoire, douche) sans aide
- (0) 2 Se lave seul avec une aide pour rentrer dans la baignoire ou pour en sortir
- (0) 3 Se lave le visage et les mains facilement mais ne peut se laver le reste du corps
- (0) 4 Ne se lave pas seul mais coopère lorsqu'on le lave
- (0) 5 N'essaie pas de se laver seul et/ ou résiste à l'aide de l'entourage

Pour chaque item la cotation (1) = indépendance
(0) = dépendance

Score total = somme des divers items

Score total sur 14 =

ANNEXE 3 : EVALUATION DES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT

FICHE 3

CHECKLIST

Dans l'escalier

- éclairage suffisant et accessible
- pas d'encombrement
- fixer ou, mieux, éliminer les tapis
- si possible fixer solidement 2 rampes

Dans la chambre à coucher

- éclairage suffisant et accessible
- pas d'encombrement dans les endroits de passage
- fixer ou, mieux, éliminer les tapis
- éviter de se déplacer la nuit, sinon éclairer suffisamment

Dans la salle de séjour

- éclairage suffisant et accessible
- pas d'encombrement dans les endroits de passage
- fixer ou, mieux, éliminer les tapis
- placer le mobilier le long des murs
- mettre les appareils électriques (et téléphone) et leur fil de raccordement près des murs

Dans la salle de bain et/ou WC

- éclairage suffisant et accessible
- éliminer les tapis
- placer un revêtement ou un tapis parfaitement adhérent
- placer les barres d'appui ou poignées nécessaires
- placer un tapis caoutchouté dans le fond de la baignoire et de la douche
- placer un rehausseur de cuvette si nécessaire

Dans la cuisine

- éclairage suffisant et accessible
- pas d'encombrement dans les endroits de passage
- fixer ou, mieux, éliminer les tapis
- ranger à portée de main les ustensiles habituellement utilisés
- vérifier les poignées des casseroles
- ne pas utiliser d'ustensiles trop lourds
- prises de courant accessibles

Dangers :

- sol mouillé
- chaussures inadéquates

Test de Tinetti

NOM :

Date

Évaluation de l'équilibre et de la marche selon TINETTI

Score total : ... /28

EQUILIBRE	Score : ... /16		MARCHE	Score: ... /12	
Instructions	Assise sur une chaise dure, sans accoudoirs donc, la personne testée effectue les manœuvres suivantes.		Instructions	Debout avec l'examineur dans un couloir ou une chambre, la personne marche d'abord à un rythme ordinaire, puis revient d'un pas plus rapide mais sûr (en utilisant ses propres aides : par ex. canne ou cadre de marche).	
1. équilibre en position assise	- penche ou s'affale	0	10. se mettre en marche au premier signal	- hésitation ou diverses tentatives	0
	- position assise stable et sûre	1	11. longueur et hauteur du pas pied D en mouvement pied G en mouvement	- sans hésitation	1
2. se mettre debout	- impossible sans aide	0	12. symétrie du pas	- ne dépasse pas le pied G au repos	0
	- possible à l'aide d'un appui des bras	1		- dépasse le pied G au repos	1
	- possible sans l'aide d'un appui des bras	2		- ne se détache pas du sol	0
3. tentatives pour se mettre debout	- impossible sans aide	0	13. continuité du pas	- se détache du sol	1
	- possible > 1 tentative	1		- ne dépasse pas le pied D au repos	0
	- possible après 1 tentative	2		- dépasse le pied D au repos	1
4. équilibre debout (5 premières sec.)	- instable (vacille, bouge les pieds et le tronc)	0	14. marche déviante	- ne se détache pas du sol	0
	- stable avec appui (déambulateur, canne ou autre)	1		- se détache du sol	1
	- stable sans le moindre appui	2		- inégalité des pas G et D	0
5. équilibre debout	- instable	0	15. tronc	- égalité des pas G et D	1
	- stable, écart entre les pieds > 10 cm ou appui des bras	1		- arrêts ou discontinuité des pas	0
	- pieds joints, sans appui des bras	2		- les pas semblent continus	1
6. poussée sur le sternum (3x) (pieds joints)	- commence à vaciller	0	16. écartement des pieds	- nette déviance	0
	- vacille mais se redresse	1		- déviance moyenne ou utilisation d'une aide à la marche	1
	- stable	2		- marche droite sans aide	2
7. yeux fermés (pieds joints)	- instable	0	8. rotation de 360°	- mouvement prononcé du tronc ou utilisation d'une aide à la marche	0
	- stable	1		- pas de mouvement du tronc mais flexion des genoux, du dos ou écartement des bras	1
				- droit sans aide à la marche	2
9. s'asseoir	- petits pas irréguliers	0	9. s'asseoir	- talons séparés	0
	- petits pas réguliers	1		- talons se touchant presque lors de la marche	1
	- instable (vacille)	0			
	- stable	1			
	- peu sûr (tombe, calcule mal la distance)	0			
	- utilise les bras	1			
	- mouvements sûrs et aisés	2			

Un score inférieur à 26 signifie généralement qu'il y a un problème ; plus le score est bas, plus le problème est important. Un score inférieur à 19 signifie que le risque de chute est multiplié par cinq.

Échelle adaptée d'après Tinetti M. : « Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients ». *Journal of*

<i>Nom de l'EHPAD Avec Coordonnées</i>	CONTENTION PHYSIQUE	Nb de pages : 1
Rédaction : Dr	Vérification : Validation :	Date d'application : <i>Jour / mois / année</i>
Date <i>Jour / mois / année</i>	Version :	Dates des modifications :

La contention physique a pour unique objectif de préserver la sécurité du résident.
Pour autant, une contention physique, surtout inadaptée, présente des risques pour celui qu'elle est supposée protéger.
Elle est parfois une atteinte à la liberté de l'individu.
Elle expose le résident aux complications physiques de l'immobilisation.
Lorsqu'elle est mal vécue, elle présente un risque psychologique dont l'évolution peut être dramatique.
L'équipe de soins doit tout mettre en œuvre pour éviter son emploi sur les patients dépendants.

**Mettre en place une contention physique est donc une décision grave
qui ne doit pas être prise en dehors du cadre de la présente procédure.**

Lorsque l'éventualité d'une contention est évoquée par l'équipe de soins, par la famille d'un résident ou par le résident lui-même :

- Le médecin traitant est sollicité.
- Après étude du cas avec l'équipe de soins, si le principe de contention est retenu, il doit faire :
 - Une prescription datée et signée comportant le type de contention, sa durée d'application et son motif.
 - Une réévaluation systématique régulière du bien fondé de la contention et des éventuels effets individuels en fonction de l'évolution du résident, ce en concertation avec l'équipe de soins et l'infirmière.
- Le résident, ses proches et les différentes équipes soignantes doivent recevoir les explications nécessaires relatives au projet de soins concernant la contention physique.
- Le matériel de contention doit être approprié aux besoins du patient, garantissant son confort et sa sécurité.
 - Lors d'une contention au lit, le matériel est attaché aux parties fixes, au sommier ou au cadre du lit ; jamais au matelas ou aux barrières.
 - Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient.
- Préserver l'intimité et la dignité du résident doit être un souci constant.
- Pour son confort psychologique, des activités adaptées doivent être proposés au résident. Sa contention ne doit pas l'exclure de l'organisation sociale de l'établissement.

Un récapitulatif des résidents ayant une contention physique est tenu à jour par l'infirmière et contrôlé par le médecin coordonnateur.

<i>Nom de l'EHPAD Avec Coordonnées</i>	DECLARATION DE CHUTE ce constat est à remplir par le personnel pour chaque chute constatée, qu'elle soit suivie ou non de séquelles
--	--

IDENTITE DU RESIDENT

Nom :	Prénom :	Chambre N :
-------	----------	-------------

CONSTAT DE LA CHUTE

A remplir par la personne qui constate la chute

Date de la chute	Heure
Personnel présent au moment de la chute : OUI / NON (si OUI, identité :)	
Chute décrite par le patient : OUI / NON et/ou par un tiers : OUI / NON	

DESCRIPTION DE LA CHUTE

<ul style="list-style-type: none"> • La chute semble-t-elle due à un malaise ? : OUI / NON • Le résident était-il à jeûn ? OUI / NON • Le résident était-il agité ? OUI / NON 		
Lieu de la chute	<input type="checkbox"/> Chambre <input type="checkbox"/> Salle de bains <input type="checkbox"/> Circulations	<input type="checkbox"/> Salle à manger <input type="checkbox"/> Salle de soins <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Chute du lit	<input type="checkbox"/> Sans intention de se lever <input type="checkbox"/> En voulant se lever	<input type="checkbox"/> En voulant se coucher <input type="checkbox"/> Ridelles mises <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Chute d'une chaise ou d'un fauteuil	<input type="checkbox"/> Sans intention de se lever <input type="checkbox"/> En voulant se lever	<input type="checkbox"/> En voulant s'asseoir <input type="checkbox"/> Contention mise <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Chute au cours de la marche	<input type="checkbox"/> Accompagnée d'une personne <input type="checkbox"/> Avec une aide technique, précisez :	<input type="checkbox"/> Sans aide
Autres	<input type="checkbox"/> Pendant la toilette <input type="checkbox"/> Pendant l'habillage ou le déshabillage <input type="checkbox"/> Autres circonstances, précisez :	<input type="checkbox"/> En se rendant ou en revenant des toilettes <input type="checkbox"/> Chute impliquant un tiers, précisez
Danger identifié dans l'environnement	<input type="checkbox"/> Sol mouillé <input type="checkbox"/> Déchets ou objet au sol <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Eclairage insuffisant <input type="checkbox"/> Freins non bloqués <input type="checkbox"/> Mauvais chaussage
Actions entreprises : Appel de l'infirmière : OUI / NON		

EVALUATION CLINIQUE

A remplir par l'infirmière

<i>Identité du référent soins</i>	<i>Nom :</i>	<i>Prénom :</i>	<i>Fonction :</i>
Signes de gravité apparents	<input type="checkbox"/> Trouble de la conscience <input type="checkbox"/> Signe de détresse respiratoire ou cardiaque <input type="checkbox"/> Douleur (localisation) : <input type="checkbox"/> Plaie (localisation) : <input type="checkbox"/> Déficit fonctionnel <input type="checkbox"/> Décès		
Ne semble pas avoir entraîné de lésion traumatique immédiate			
Relevé des constantes *si nécessaire selon contexte	TA :	Pouls :	Température* :
	Freq. Respi.* :		Glycémie capillaire* :

Si au moins un signe de gravité, appeler un médecin en urgence

Médecin appelé ?	OUI / NON	Si oui : Date :	Heure :	Nom du médecin :
Actions entreprises :	Soins effectués :			
	Examens complémentaires : OUI / NON Si oui, Précisez :			
	Transfert vers l'hôpital ? OUI / NON			
	Information à la famille ? OUI / NON			
	Certificat médical descriptif ? OUI / NON			

CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par le médecin

Je, soussigné(e) docteur certifie avoir examiné M., Mme, Melle..... le à (heure)..... victime d'une chute dont les circonstances sont décrites ci-dessus, ayant entraîné des lésions à type de :	Fait le : Signature :
--	--------------------------

<i>Nom de l'EHPAD Avec Coordonnées</i>	PROBLEMES MEDICAUX ET URGENCES MEDICALES	Nb de pages : 1
Rédaction : Dr	Vérification : Validation :	Date d'application : <i>Jour / mois / année</i>
Date : <i>Jour / mois / année</i>	Version :	Date de modifications :

Cette procédure permet de définir un mode d'action à chaque fois qu'une intervention d'un acteur médical s'avère nécessaire.

Elle s'impose à tous les professionnels de l'établissement, de jour comme de nuit.

De jour :

- En cas de **problème médical** :

L'infirmière contacte par téléphone le médecin traitant du résident pour lui exposer la situation.

Si celui-ci est absent, elle se conforme aux indications figurant sur son répondeur téléphonique.

En l'absence de l'infirmière, cette procédure s'impose à l'équipe des aides soignantes / aides médico-psychologiques.

- En cas d'**urgence médicale** :

Si cette urgence survient en présence d'un médecin traitant ou du médecin coordonnateur sur l'établissement, l'infirmière fait appel à lui.

En l'absence du médecin coordonnateur et de tout autre médecin sur l'établissement, l'infirmière se conforme à la procédure « **APPEL AU CENTRE 15** ».

De nuit :

- En cas de problème médical paraissant nécessiter une prise en charge rapide, le personnel soignant présent se conforme à la procédure « **APPEL AU CENTRE 15** ».

Accueil des services d'urgences médicales (de jour et de nuit) :

L'accueil au sein de l'établissement devra être organisé de façon à faciliter la venue des services d'urgences auprès du résident.

Cet accueil sera assuré conjointement par deux membres du personnel.

La première personne sera chargée de préparer le dossier médical du patient, d'attendre la venue du service d'urgence et d'assurer sa réception jusqu'à la chambre du résident : ouverture de l'entrée de l'établissement, accueil physique, conduite du service d'urgences dans les étages ; assurer pendant ce guidage la divulgation des premiers éléments sur le résident.

La seconde personne reste, autant que faire se peut, auprès du résident concerné.

Lorsque le problème médical aboutit à une hospitalisation :

- Se référer à la fiche « **TRANSFERT D'UN RESIDENT ET HOSPITALISATION D'URGENCE** »

<i>Nom de l'EHPAD Avec Coordonnées</i>	APPEL AU CENTRE 15	Nb de pages : 1
Rédaction : Dr	Vérification : Validation :	Date d'application : <i>Jour / mois / année</i>
Date : <i>Jour / mois / année</i>	Version :	Date de modifications :

1. Positionner l'équipe :

Un membre de l'équipe reste auprès du résident.

Un deuxième se positionne à l'accueil de la résidence pour appeler le 15, ouvrir et guider l'équipe de secours.

2. Composer le 15.

3. Donner les coordonnées de l'établissement :

*Nom de l'EHPAD
Adresse de l'EHPAD
Tel :*

4. Donner le motif de l'appel ainsi que les informations relatives au résident (nom, prénom, âge, numéro de chambre, étage, antécédents (à l'aide du dossier médical), traitement habituel.

5. Les deux membres de l'équipe doivent suivre les instructions médicales données par le médecin du centre 15.

6. Préparer les documents nécessaires à la constitution du dossier de transfert (se référer pour cela à la procédure « **CONSTITUTION DU DOSSIER DE TRANSFERT** »)

7. Une fois l'urgence traitée, contacter le référent familial du résident si la prise en charge a abouti à son transfert ou si il se trouve dans un état critique.

<i>Nom de l'EHPAD Avec Coordonnées</i>	TRANSFERT D'UN RESIDENT ET HOSPITALISATION D'URGENCE	Nb de pages : 1
Rédaction : <i>Dr</i>	Vérification : Validation :	Date d'application : <i>Jour / mois / année</i>
Date : <i>Jour / mois / année</i>	Version :	Date des modifications :

Quand, à l'issue d'un problème médical, le transfert d'un résident est nécessaire à destination d'un établissement de santé, un **dossier de transfert** doit être constitué et doit accompagner le résident.

Le dossier de transfert est composé de :

- **La feuille de renseignements administratifs** du résident.
- **Une copie d'attestation de Sécurité Sociale VITALE.**
- Un exemplaire de la **fiche de résumé des antécédents** du résident. (elle se trouve dans le dossier médical du résident)
- **Une copie du traitement** habituel du résident.
- **Un courrier de liaison** mentionnant le motif du transfert. Ce courrier est à établir par le personnel gérant ce transfert, qu'il s'agisse du médecin traitant, de l'infirmière ou du personnel soignant en place à ce moment.
- **Le bon de transport** établi par le médecin (sauf transport en urgence en l'absence de médecin).

Ne pas oublier de :

- S'assurer que le résident est suffisamment couvert à son départ.
- Noter dans les transmissions la date, l'heure et le motif du transfert.
- Prévenir la famille du résident, de jour comme de nuit, si ce transfert n'était pas programmé.
- Informer également le médecin traitant du résident.