

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**POUR L'OBTENTION DE**

**DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE DE MEDECIN COORDONNATEUR**

**THEME**

**L'IMPACT DE L'ALITEMENT DE LA PERSONNE AGEE DEMENTE  
SUR SA QUALITE DE VIE EN EHPAD**

**Rédigé et soutenu par Docteur BELAKEHAL BRAHIM .**

**Directeur de mémoire : Docteur BOULEBCEL KAMEL**

**Promotion  
2010/2011**

**« Quand tu me laisses au lit et que tu fermes la porte de ma chambre, tu fermes les portes de mes sens.**

**Si tu fermes les portes de mes sens, tu fermes la porte de mon contexte (l'environnement matériel et l'entourage humain qui m'ont fait entrer et me maintiennent en humanité).**

**Si tu fermes la porte de mon contexte, tu fermes la porte de mes savoirs (savoir-observer le contexte ; savoir-reconnaitre : savoir-percevoir les normes de fonctionnement du vivant ; savoir-organiser : savoir-comparer, savoir-trier, savoir-sélectionner ; savoir-interpréter : donner un sens à partir de ce que j'ai été, ce que je suis, ce que je veux être ; savoir-choisir ; savoir-crée avant de pouvoir échanger ; savoir-exprimer, prendre position par le verbal et le non-verbal ).**

**Si tu fermes la porte de mes savoirs, tu fermes la porte de mon autonomie (savoir-faire ; savoir-comprendre : savoir entrer en relation, en résonance ; savoir intégrer : savoir globaliser le réel ; savoir-communiquer: savoir-Être).**

**Si tu fermes la porte de mon autonomie, tu fermes la porte de ma structuration mentale. Si tu fermes la porte de ma structuration mentale, tu fermes la porte de mon ÊTRE, être moi parmi les humains. »**

**Lucien Mias<sup>1</sup> 1995**

---

<sup>1</sup>MIAS, Lucien. Fondamentaux pour un prendre soin gérontologique. Site consulté le 22/02/2011  
<http://membres.lycos.fr/papidoc/02fondamentaux.html>

## **REMERCIEMENTS**

**En remerciements pour leur participation à l'enquête et pour l'accueil chaleureux que tous m'ont accordés, je dédie ce travail aux résidents de l'unité ainsi qu'à leurs familles.**

**Je remercie le docteur BOULEBCEL pour sa guidance, son soutien et sa disponibilité, le médecin coordonnateur de l'EHPAD et madame la directrice ainsi que Mr ZERFAOUI Amine et BENMEBAREK Mohamed pour leur précieuse aide.**

**Je remercie le professeur Anne-Sophie RIGAUD et les docteurs Serge REINGEWIRTZ et Jean-Claude MALBEC pour leur interventions au cours de DIU**

**Je remercie pour leur collaboration, tous les membres de l'équipe soignante.**

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                             | <b>5</b>  |
| <b><u>1<sup>ERE</sup> PARTIE</u> LE CADRE CONCEPTUEL.....</b>        | <b>8</b>  |
| 1. L'ALITEMENT.....                                                  | 8         |
| 2. LE SYNDROME D'IMMOBILISATION.....                                 | 12        |
| 3. LA VERTICALISATION.....                                           | 18        |
| 4. LA QUALITE DE VIE.....                                            | 20        |
| <b><u>2<sup>EME</sup> PARTIE</u> L'ENQUETE ET LES RESULTATS.....</b> | <b>24</b> |
| 1. L'ENQUETE .....                                                   | 24        |
| 1.1- PRESENTATION DE L'UNITE.....                                    | 24        |
| 1.2- HYPOTHESE ET OBJECTIF.....                                      | 25        |
| 1.3- MATERIELS ET METHODE.....                                       | 25        |
| 1.3.1 – Critères d'inclusion des personnes a l'enquête.....          | 25        |
| 1.3.2 - Critères d'exclusion des personnes a l'enquête.....          | 26        |
| 1.3.3 - Méthode d'investigation .....                                | 26        |
| 2 . LES RESULTATS DE L'ENQUETE .....                                 | 28        |
| 2.1 – RESULTATS PHASE 1.....                                         | 28        |
| 2.2 – RESULTATS PHASE 2.....                                         | 30        |
| 2.3 – Un cas particulier.....                                        | 32        |
| <b><u>3<sup>EME</sup> PARTIE</u> L'ANALYSE .....</b>                 | <b>34</b> |
| 1. POINTS FORTS, POINTS FAIBLES.....                                 | 34        |
| 1.1- LES DIFFICULTES DE L'ENQUETE.....                               | 34        |
| 1.2- LES POINTS POSITIFS DE L'ENQUETE.....                           | 34        |
| 2. DISCUSSION.....                                                   | 35        |
| 3. HYPOTHESE.....                                                    | 38        |
| 4. PROPOSITION.....                                                  | 38        |
| <b>CONCLUSION.....</b>                                               | <b>40</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                            | <b>42</b> |

## **INTRODUCTION**

Ces dernières années, sous les feux des projecteurs des caméras, les français découvraient choqués un quotidien des personnes âgées en EHPAD (Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Deux émissions ont suffi pour que l'amalgame soit fait : personne âgées plus institution égal maltraitance. A une époque où loin de la maltraitance les soignants construisent leurs valeurs de soins et de prise en charge des personnes âgées autour de l'Humanité et la Bienveillance.

C'est autour de ce concept de Bienveillance et dans le cadre de la démarche de qualité, que le projet de vie est en cours d'élaboration dans l'EHPAD où j'ai effectué un stage pour préparer ce mémoire.

Sept groupes thématiques pluridisciplinaires ont été constitués sur la base du volontariat, afin de mener une réflexion autour de thèmes tels que : la citoyenneté, l'accueil, le projet individualisé, la vie sociale et l'animation, la nutrition, les soins palliatifs et les libertés et sécurités<sup>1</sup>.

L'objectif du projet de vie est double. Il est d'une part angulaire a un respect de la dignité de la personne âgée, le garant de son confort de vie et de son « bien vivre » .Il permet un accompagnement de qualité que cela soit dans le quotidien de la personne âgée ou dans sa fin de vie. D'autre part, il permet de donner du sens au travail des soignants .Il est lorsqu'il est reconnu de tous, le fil conducteur pour une prise en soins individualisée et dans sa globalité de la personne. C'est la fin de l'époque du travail à la chaine par « tour de soins » pourvoyeur du « burn out » chez les soignants.

---

<sup>1</sup>Dr LABOURET . *Démarche qualité de vie*. Cours donner le 13/05/2011 dans le cadre diplôme inter Universitaire Médecin Coordonnateur.

**Dans le groupe libertés et sécurités auquel je participe, la mobilité, besoin fondamental développé par Virginia Henderson, est largement abordée au travers de réflexion sur les chutes, la contention physique, les déambulations, l'agitation. C'est lors de l'intervention de la Kinésithérapeute que la problématique de ce travail a trouvée son impulsion. Elle a conclu son exposé par ce constat « *une aide a la marche soit, faut-il encore que les personnes soient levées* ». Cette réflexion fait écho au quotidien aux familles qui demandent à ce que leurs parents restent assis sur leurs fauteuils en début d'après midi afin de faire des promenades dans le parc. L'animatrice qui s'inquiète de savoir si les participants à l'atelier du jour seront levés. La psychologue, la psychomotricienne, les bénévoles, tous ces intervenants qui nous questionnent autour du lever ou non des résidents.**

**Dans un premier temps, je me suis demandé quelle peut être la légitimité du projet de vie dans une structure où certains jours les personnes âgées restent alitées en dehors de toute prescription médicale ?**

**Puis dans un second temps je me suis interrogée sur les difficultés à lever les personnes dans une structure où tout sur le plan de l'ergonomie est mis en place pour favoriser une manutention sécurisée pour les soignants et résidents (lèves malades sur rails au plafond, moteurs électriques, harnais individuels adaptés et confortables, chambre a un lit, un espace de vie spacieux.) ?**

**C'est dans un troisième temps que mon attention s'est dirigée vers le respect de l'autonomie de la personne âgée. Au-delà du pourquoi les personnes âgées sont alitées se pose la question :**

**Le lever des personnes âgées est-il réalisé de manière à préserver son autonomie et à prévenir les complications précoces et tardives du décubitus ?**

**Au regard de cette question, et dans le cadre conceptuel de la Bienveillance développé dans le projet de vie de l'institution, ma réflexion s'oriente vers le concept du «vivre debout» .C'est pourquoi la problématique évolue vers :**

En quoi l'alitement de la personne âgée démente et son maintien en chambre interfèrent-ils sur la qualité de vie en EHPAD ?

**Afin de comprendre les processus et les enjeux de l'alitement la première partie de ce travail est dédiée au cadre conceptuel avec le développement des concepts d'alitement, syndrome d'immobilisation, verticalisation et qualité de vie. L'enquête et ses résultats sont exposés dans la deuxième partie du travail. Dans la troisième partie sont développés l'analyse de l'enquête avec ses difficultés et ses points positifs ainsi que la discussion, les hypothèses et les propositions faites pour œuvrer vers une meilleure qualité de vie des personnes**

## 1<sup>ERE</sup> PARTIE - LE CADRE CONCEPTUEL

### 1-L'ALITEMENT

Tout être vivant a besoin sur une journée d'un temps de sommeil nécessaire à son équilibre, à sa santé voire sa survie. L'organisme est soumis au rythme nyctéméral. Dormir est un besoin physiologique, vital pour tout un chacun. Les cycles du sommeil évoluent tout au long de la vie. Dans nos sociétés industrialisées, le sommeil est associé au lit. Qu'en est-il de l'alitement ?

Le Décubitus est « la position allongée du corps sur un plan horizontal »<sup>2</sup>. L'alitement défini comme « fait de garder le lit en parlant d'un malade »<sup>3</sup> ou être alité « forcer à garder, se mettre au lit à cause d'une blessure ou maladie<sup>4</sup> » introduit la notion de maladie. Avec l'alitement disparaît la physiologie au profit de la pathologie. L'écrivain humoriste Mark Twain<sup>5</sup> décrivait « le lit l'endroit le plus dangereux au monde : 99% des gens y meurent. » La notion de maladie est retrouvée dans les différents vocables de l'alitement : le clinostastisme « *est le fait d'être en position allongée, en général dans le but de soigner une maladie, mais c'est aussi l'ensemble des phénomènes qui résulte de cette position allongée*<sup>6</sup> ». Du point de vue du soin, la clinothérapie « *est le traitement d'une maladie par une position allongée*<sup>7</sup> ». La clinothérapie est communément nommée la cure de repos. Quant à la clinophilie ou clinomanie « être à la recherche jusqu'à l'obsession d'un lit ou de la position allongée<sup>8</sup> » relève du symptôme psychique. Cet aspect ne fait pas l'objet de cette recherche. Toutefois il est à noter que ce symptôme est retrouvé dans la description de la régression psychomotrice<sup>9</sup>.

---

<sup>2</sup> Larousse Médical   <sup>3</sup>Maxidico   <sup>4</sup>ibid   <sup>5</sup>MARK TWAIN (1835 ; 1910)   <sup>6</sup>[www.medicopedia.net](http://www.medicopedia.net)

<sup>7</sup>ibid   <sup>8</sup>ibid   <sup>9</sup>college national des enseignants de gériatrie. Corpus de gériatrie de tome 1.



**En gériatrie les causes de l'alitement sont nombreuses et ne sont pas une spécificité liée à l'âge, les indications sont retreintes et identiques à celle du sujet jeune<sup>10</sup> :**

- **Fracture :**
  - **Du bassin en période d'algies aiguës.**
  - **Du col du fémur non opéré et non stabilisé.**
  - **Ostéosynthèse ne permettant pas l'appui.**
  
- **Pathologies thrombotiques avec risque de migration du caillot (en phase aiguë).**
- **Décompensation cardio-respiratoire aiguë et coronaropathies invalidantes.**
- **Trouble de la conscience et trouble de la vigilance.**
- **Hypotension sévère.**
- **Hyperthermie importante.**

**Les étiologies le plus souvent observées en dehors des causes nommées précédemment sont :**

- **Douleurs aiguës et chroniques.**
- **Troubles neurologiques (Hémiplégiques....)**
- **Pneumopathies aiguës.**
- **Syndrome fébrile.**
- **Etat dépressif**
- **Syndromes de désadaptation motrice.**
- **Etat grabataire.**

**De plus des causes abusives d'alitement telles que les perfusions, la surprotection pour éviter le risque de chute ou les déambulations, les ridelles de lit, les protections injustifiées contre l'incontinence peuvent être constatées au milieu hospitalier et institution.**

**L'alitement peut être permanent, (état grabataire), ou incomplet avec des épisodes lit/fauteuil. Sa durée est soumise à :**

- **La pathologie aiguë ou chronique à la base de l'indication.**
- **Les pratiques professionnelles.**
- **La personnalité et le comportement de la personne âgée.**

---

<sup>10</sup>[http:// :www.homepage.mac.com/danielbalas](http://www.homepage.mac.com/danielbalas)

L'alitement doit être considéré comme un évènement pathogène<sup>11</sup>, il est donc nécessaire d'en limiter les indications et la durée. Il provoque « *une modification de l'effet de la pesanteur normalement exercé sur le squelette osseux, les articulations, et la sollicitation neuromusculaire*<sup>12</sup> » et entraîne à court, moyen et long terme des modifications physiopathologiques sur les différents systèmes de l'organisme.

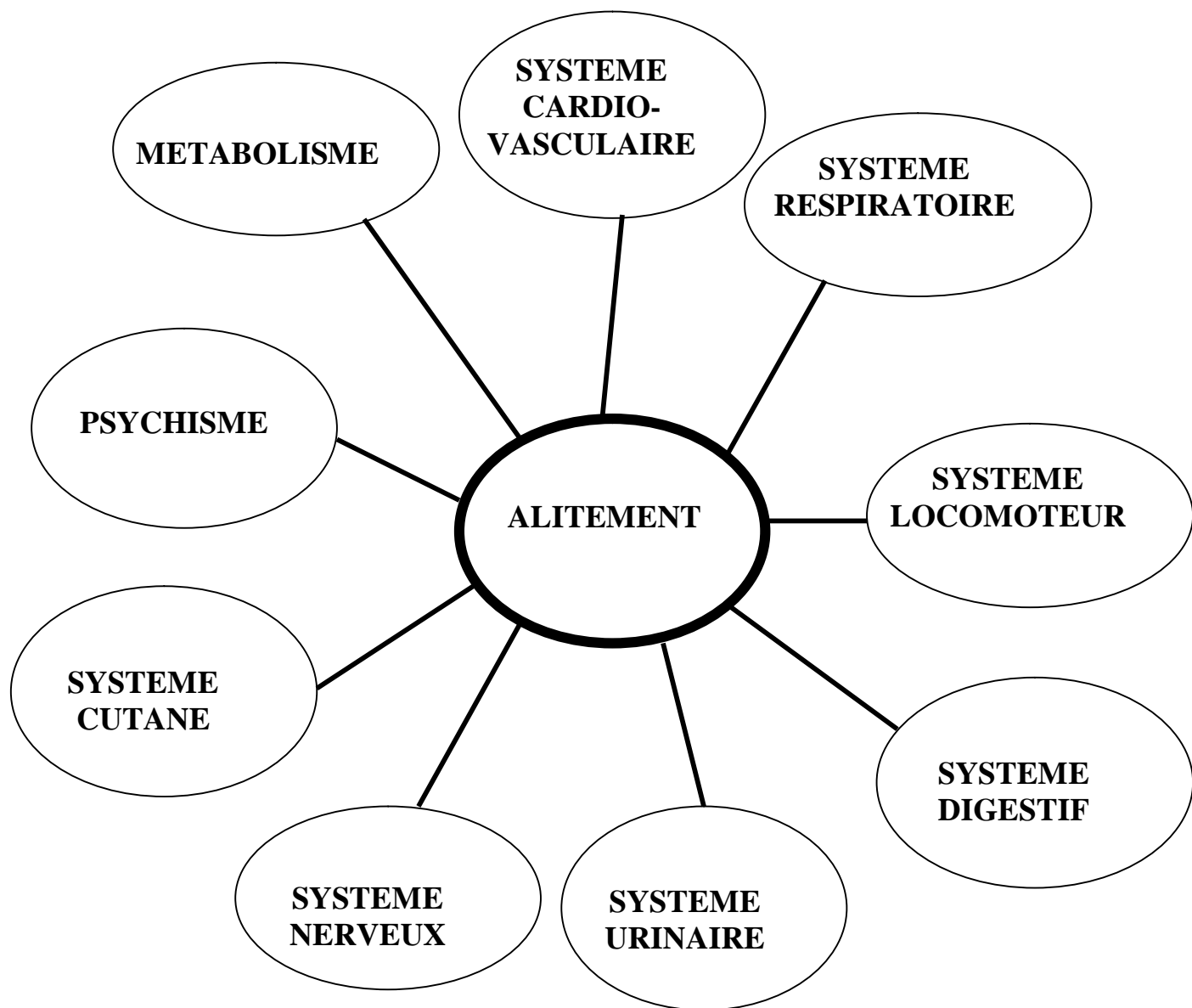


Figure 1 impacte de l'alitement sur les différents systèmes de l'organisme.

<sup>11</sup> PRAS, P. BOUAZIZ, D.TARDIEUX, P-M. BAILLEUX, S.Syndrome d'immobilisation : conséquences et Stratégies préventives.NPG, juin, pp46-51

<sup>12</sup>ARTAZ , Marie –Agnès.MEAUME ,Complication de l'immobilisation et du décubitus. La Revue du Praticien, 2003, p1701.

**La modification décrite dans la suite de ce travail est liée à l'alitement ou à l'immobilisation d'une personne.**

**L'alitement provoque une sarcopénie, (10% de fonte musculaire par semaine d'alitement), et une baisse de tonus musculaire. Cette perte de tonus musculaire engendre au niveau respiratoire un syndrome restrictif par diminution de l'amplitude respiratoire et une diminution du drainage du mucus qui entraîne une baisse de la VO2 Max. Au niveau digestif, la perte de tonus musculaire associée à la stase colique et à une difficulté à exonérer en position de décubitus entraîne un risque de constipation majeur.**

**Pour l'appareil locomoteur en plus de la sarcopénie et de la perte de tonus musculaire s'installent des rétractations, amyotrophies et raideurs diverses et variées. Associés à des compressions des nerfs périphériques et des plans cutanés, l'alitement provoque spasticité et douleurs.**

**Au niveau de l'appareil cardio-vasculaire les modifications sont sévères dès 3 semaines d'alitement, et sont de l'ordre de la désadaptation du réflexe cardio-neuro vasculaire et une augmentation de la fréquence cardiaque. La baisse du tonus des parois capillaires et la stase veineuse sont pourvoyeurs de pathologies thromboemboliques.**

**L'alitement génère aussi des perturbations métaboliques avec un hyper catabolisme protéique qui se met en place dès les premières heures et donne lieu à une rapide dénutrition. Il crée une hyper activité des ostéoclastes dont les conséquences sont une perte du volume osseux (jusqu'à 40% à 6 mois d'alitement), une perte calcique et une hypercalcémie. Il peut apparaître également une baisse de sécrétion de l'hormone antidiurétique et une augmentation de sécrétion du système rénine angiotensine. Il existe aussi un risque d'anémie par défaut de production de fabrication d'érythropoïèse.**

**La stase veineuse et l'atonie vésicale s'installent lors de l'alitement majorant le risque d'incontinence et infectieux. Le risque infectieux est renforcé par une diminution des défenses immunitaires lors de l'alitement prolongé. Le risque d'infection nosocomiale par contamination exogène chez les personnes alitées est amplifié en structure hospitalière ou en institution.**

**Chez les personnes alitées le risque de fausses routes est augmenté lors de la prise d'alimentation et de boissons.**

**Du point de vue psychique, les symptômes sont variables selon la durée, l'étiologie et les conditions de l'alitement. La structure psychique et la personnalité du sujet ont une forte influence sur les modifications provoquées par l'alitement. Les personnes peuvent présenter un syndrome régressif,**

dépressif entraînant une perte d'autonomie. De plus un syndrome confusionnel, des modifications de la perception temporo-spatial et des désafférentations sensoriels se mettent rapidement en place.

Le syndrome d'immobilisation trouve son origine dans ces modifications cumulées à celles liées au vieillissement<sup>14</sup>.

## **2- LE SYNDROME D'IMMOBILISATION**

Le syndrome d'immobilisation est défini par DR GRAMBACH<sup>15</sup> comme *« l'ensemble des symptômes physiques et psychiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du sujet âgé , par le seul fait de l'interruption ou diminution des activités quotidiennes habituelles. »* cette définition aborde la personne dans sa globalité .Le syndrome d'immobilisation est multi systématique et multidimensionnel. Dans les cahiers de l'infirmière<sup>16</sup>, l'alitement est clairement identifié comme une étiologie du syndrome d'immobilisation.

La première étape du syndrome d'immobilisation débute par un syndrome de régression psychomotrice ou de désadaptation motrice définit par l'ensemble des troubles posturaux, statiques ,dynamiques et psycho comportementaux .Le maintien au fauteuil est difficile du fait d'une attitude rigide et d'une antépulsion de toute le buste. S'ensuit une difficulté à la marche due à une rétropulsion et une astasie-abasie. La personne âgée présente une phobie du vide, une hypertonie à la mobilisation passive et une perte des mécanismes de l'équilibre. Enfin s'installe une diminution des capacités d'initiatives, des troubles de la mémoire, une régression (recherche de dépendance, d'aide pour le repas, comportement infantin, clinophilie)

Il est à prendre en considération que ce syndrome est à la fois la première étape du syndrome d'immobilisation et une cause à l'alitement de la personne âgée.

La régression psychomotrice peut évoluer vers le syndrome de glissement<sup>17</sup>. Au tableau de régressions psychomotrices se surajoute une opposition de la personne à tous les soins. Un syndrome dépressif s'installe très rapidement associé à une déshydratation, une cachexie. Son évolution est fréquemment létale.

Ces deux syndromes doivent être dépistés précocement<sup>18</sup>, leur prévention et traitement de toutes les étiologies doivent être mis en place afin d'en limiter l'apparition. Le syndrome d'immobilisation évolue très rapidement vers un état grabataire. Le caractère iatrogénique et récurrent de ce syndrome ainsi que sa gravité discordent avec le peu d'écrit récent sur le sujet<sup>19</sup>.

Les effets délétères du syndrome d'immobilisation, ainsi que leurs conséquences et préventions<sup>20</sup> sont présentés sous forme de tableau à partir du recueil fait dans les divers écrits sur le sujet.

---

<sup>14</sup>COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE. *Corpus de gériatrie tome 1*. Edition 2000. Bastienne :2M2, 2000. p 102

<sup>15</sup>MODULO pratique GERIATRIE. Sous la dir.de MALLY, Didier. Paris : Esterm, 2000. Page54

<sup>16</sup>HERVY , Marie-Pierre,MOLITOR , Marie-Bernadette. *Soins infirmiers aux personnes âgées gérontopsychiatrie*. 3<sup>e</sup>ed. Issy les Moulineaux : Masson, 2002. P84

<sup>17</sup>MODULO pratique GERIATRIE. Sous la dir.de MALLY, Didier. Paris : Esterm, 2000. Page212

<sup>18</sup>COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE. *Corpus de gériatrie tome 1*. Edition 2000. Bastienne :2M2, 2000. p 101

<sup>19</sup> PRAS, P. BOUAZIZ, D.TARDIEUX, P-M. BAILLEUX, S.Syndrome d'immobilisation : conséquences et Stratégies préventives.NPG, juin 2005, p51

<sup>20</sup>Les traitements médicamenteux ne sont pas traités dans ce tableau

| Conséquences                                                                                                                                                                                                                                | Facteurs aggravants                                                                                                                                                                                | Préventions                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>Cardio-vasculaire :</u></b><br/> - Maladie thromboemboliques<br/> - Stase veineuse.<br/> - TVP <sup>21</sup><br/> - Embolie pulmonaire<br/> - Hypotension orthostatique<br/> - Oedèmes de stases.<br/> - Tachycardie d'effort.</p> | <p>- Déshydratation<br/> - Varices<br/> suffisances respiratoires.<br/> - ATCD <sup>22</sup> de TVP<br/> - Chirurgie orthopédique, abdos- Pelvienne</p>                                            | <p>- Hydratation.<br/> - Mobilisation passive au lit.<br/> Précoce<br/> - surélever pied du lit sauf contre indication<br/> - Bas de contention</p>                                     |
| <p><b><u>Pulmonaire</u></b><br/> - Encombrement bronchique<br/> - infection pulmonaire<br/> - Expectoration insuffisante.<br/> - Atélectasie.<br/> - Dyspnée</p>                                                                            | <p>- Déshydrations<br/> - Anti cholinergique<br/> - Douleur<br/> - Troubles de la déglutition<br/> - BPCO <sup>23</sup>, Asthme.<br/> - Déformation thoracique (cypho-scoliose)<br/> - Douleur</p> | <p>- Kinésithérapie respiratoire Quotidienne.<br/> - Hydratation<br/> - Position demi assise dans le lit.<br/> - aérosolthérapie<br/> - Hydratation.<br/> - verticalisation précoce</p> |

<sup>21</sup>Thrombose veineuse profonde.

<sup>22</sup>Antécédent.

<sup>23</sup>Bronchite pulmonaire chronique obstructive.

| <b>Conséquences</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Facteurs aggravants</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>prévention</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>LOCOMOTEUR</u></b><br>- Ostéoporose+/- hypocalciurie<br><b>Hypercalcémie</b><br>- fracture spontanée<br>- Douleurs<br>- Impotence fonctionnelle.<br><b>Fonte musculaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ankylose articulaire<sup>24</sup></li> <li>- apraxie à la marche</li> <li>- Douleur</li> <li>- Impotence fonctionnelle</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carence en vit D</li> <li>- Hyper catabolisme</li> <li>- Dénutrition</li> <li>- ATCD ostéoporose</li> <li>-</li> </ul>                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisation passive kinésithérapie</li> <li>- verticalisation précoce</li> <li>- positionnement physiologique</li> <li>- installation orthopédique</li> <li>- alimentation supplée en protéines</li> </ul>                                                                                         |
| <b><u>CUTANE</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypoxie tissulaire</li> <li>- Nécrose des tissus</li> <li>- Douleurs</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dénutrition</li> <li>- Cachexie</li> <li>- Déshydrations</li> <li>- Macération cutanée</li> <li>- Incontinence</li> <li>- Iatrogénie (positionnement)</li> <li>- Pathologies associées<sup>25</sup></li> <li>- Traitements sédatifs</li> <li>- Douleur</li> <li>- Dépendance</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hydratation</li> <li>- nutrition hyperprotéique</li> <li>- changement de position</li> <li>- mobilisation passive et active</li> <li>- supporte de prévention</li> <li>- dépistage/prévention</li> </ul>                                                                                            |
| <b><u>DIGESTIF</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constipation</li> <li>- Fécalome</li> <li>- Diminution sensation de faim</li> <li>- Anorexie</li> <li>- Dénutrition déshydrations</li> <li>Sarcopénie infection</li> </ul>                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- déshydrations</li> <li>- traitement anti cholinergique</li> <li>- syndrome dépressif</li> <li>- syndrome inflammatoire</li> <li>- constipation</li> <li>- iatrogénie</li> <li>- escarres</li> <li>- douleur</li> <li>- problème environnemental<sup>26</sup></li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- hydratation</li> <li>- évaluation risque dénutrition MNA<sup>27</sup></li> <li>- hygiène alimentaire</li> <li>- compléments alimentaires</li> <li>- protocole de surveillance des selles</li> <li>- favoriser position assise</li> <li>- verticalisation</li> <li>- environnement adapté</li> </ul> |

<sup>24</sup>(tibio-tarsienne, triple flexions : position fœtale)

<sup>25</sup>Artérite, diabète, neurologiques (...)

<sup>26</sup>Absence de sonnette, délai réponse trop long (...)

<sup>27</sup>Mini Nutritional test.

| Conséquents                                                                                                                                                                   | Facteurs aggravants                                                                                    | préventions                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Urinaire</u><br>-Infections urinaires<br>-Rétention urinaires<br>-Lithiases<br>-Incontinence                                                                               | -Déshydratation<br>-Fécalome<br>-Douleur<br>-Traitement anti cholinergique. ,diurétiques, psychotropes | -soins hygiène.<br>-Hydratation<br>-Mise bassin à privilégier<br>-Verticalisation                                                                                                                                                                                                                |
| <u>Infection</u><br>- Infection respiratoires.<br>- Infection urinaires<br>- Infection nosocomiales.                                                                          | - Douleur                                                                                              | -précautions hygiène<br>-Verticalisation précoce                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <u>Psychique</u><br>-Dévalorisation.<br>-Perte estime de soi<br>-attitude opposante.<br>-Anxiété<br>-Désafférentation sensoriel.<br>-Syndrome de glissement.<br>-Hospitalisme | - Douleur<br>-Isolement.<br>-Déséquilibre hydro-ionique.<br>-Etat cognitif altéré                      | -Réassurance corporelle<br>-Revaloriser.<br>-Tenir compte des capacités restantes<br>-Stimulation aux actes de la vie quotidienne.<br>-Stimulation sensorielle.<br>-Repère dans le temps et l'espace<br>-Prise en charge émotionnelle.<br>-Verticalisation précoce.<br>-Activité occupationnelle |

Tableau1:Tableau des conséquences et prévention de l'immobilisation :

### Analyse de tableau :

Il est à prendre en considération au regard de ce tableau que les causes, conséquences et facteurs aggravants sont imbriqués et interchangeable. En effet la douleur par exemple est à la fois une étiologie de l'immobilisation, mais elle est aussi la conséquence cette immobilisation et facteur aggravant .Il en va de même d'autres symptômes tels que les escarres, la constipation, les infections multiples.



**Pour toutes les défaillances engendrées par le syndrome d'immobilisation, il est donc primordial de mettre en œuvre rapidement du moyen de prévention avec :**

- **une évaluation des facteurs de risques encourus par la personne âgée.**
- **une évaluation des complications de la pathologie qui a généré l'immobilisation, en la limitant et en réduisant les examens complémentaires qui ralentissent la mise en place du traitement.**
- **une mise en place de moyens et matériels d'adéquats.**
- **Une mobilisation précoce au lit.**
- **Une éducation de l'entourage sur la nécessité de lutter contre l'alitement.**

**L'étude du tableau nous démontre l'importance de l'évaluation de tous les risques, et de la mise en place de stratégies pour lutter contre le syndrome d'immobilisation. Il faut pour la personne âgée « s'acharner à éviter les complications de déshydratation, dénutrition et décubitus<sup>28</sup> » et ce d'autant plus lorsque celle-ci est alitée, sans oublier une prise en charge de la douleur selon les recommandations de l'OMS. La lutte contre le syndrome d'immobilisation passe par la verticalisation de personne âgée.**

---

<sup>28</sup>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD. Octobre 2007

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/alzheimerpresse/ehpad.pdf.p33>

### **3- LA VERTICALISATION**

*« La vie est dans le mouvement<sup>29</sup> »*

**Le concept du «Vivre debout» et médecine «de la personne debout» sont repris et largement diffusés, médiatisés, enseignés au travers de la philosophie de soin HUMANITUDE<sup>30</sup>. Pourtant il n'est plus à démontrer depuis très longtemps que l'une des particularités de l'être humain est la verticalité, ce qui sous entend un appui sur ses deux membres inférieurs. L'enfant au cours de son développement acquiert la marche et conserve cet acquis jusqu'à la mort. L'être humain passe 40% de son existence en position vertical<sup>31</sup>. Quel que soit l'âge des personnes, le maintien d'une activité physique est très prôné dans le cadre des actions de préventions de santé publique. L'homme pour rester en bonne santé doit lutter contre la sédentarité.**

**Face au syndrome d'immobilisation la verticalisation est un moyen de prévention efficace .Ses effets sont favorables sur le plan psychique et physique.**

**Sur le plan psychique la verticalisation permet à la personne de réintégrer des activités de la vie quotidienne et une revalorisation narcissique. Elle contribue à une diminution de la dépendance de la personne âgée, et par conséquent agit sur la charge de travail des soignants et l'impact financier de la structure de soin.**

**Sur le plan physique, la verticalisation a une action sur le métabolisme osseux, les muscles, l'appareil cardiaque, respiratoire digestif et urinaire. Elle participe aussi à la prévention de l'altération cutanée et favorise la cicatrisation des plaies.**

**La verticalisation peut être passive ou activo- passive et ce grâce au verticalisation. L'avantage de cet appareil est de permettre, tout comme en verticalisation active un contact du pied avec le sol qui est primordial au maintien de l'équilibre.**

**La rééducation et la verticalisation ont pour objectif la reprise de la marche lorsque celle-ci est encore possible. L'aide à la marche doit être, au-delà**

d'un maintien de l'autonomie au déplacement, un soin préventif et curatif. Elle est de la responsabilité de tous les intervenants<sup>32</sup>.

La limitation de l'alitement, le maintien d'une activité physique font partie des recommandations des bonnes pratiques de soins en EHPAD dans le chapitre «*chute*» de ces recommandations, il est clairement stipulé qu'il faut «*faire adopter aux soignants les bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche* ». De plus il est rappelé dans ce guide que la déambulation maîtrisée, surveillée est bénéfique puisqu'elle permet le maintien d'une activité physique.

L'impact de l'alitement sur l'état de santé de la personne âgée et effets délétères voire létaux du syndrome d'immobilisation ne sont plus à démontrer. Les bienfaits de la verticalisation sont eux scientifiquement reconnus. «*L'activité est nécessaire au bonheur, une inaction complète devient vite insupportable(...) car elle engendre l'ennui*<sup>33</sup> » Qu'en est il des conséquences de l'alitement sur la qualité de vie ?

---

<sup>29</sup>Aristote par BEAUVOIR, Simone. La vieillesse. Paris : Gallimard, 1970. P483

<sup>30</sup>GINESTE , YVES. PELISSIER, JEROME. Humanitude: *Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*.

<sup>31</sup>BALAS, Daniel. *Qu'est ce que le syndrome immobilisation*. <http://homepage.mac.com/danielbalas>

<sup>32</sup>MIAS, Lucien. *Lève-toi et marche ! Pour le grand âge : une médecine de la personne debout* <http://membres.lycos.fr/papidoc/16levetoimarche.html>

<sup>33</sup>BEAUVOIR, Simone. La vieillesse. Paris : Gallimard, 1970 citant SCLOPERHANER p 483

#### 4- LA QUALITE DE VIE

La qualité de vie est il un concept des temps moderne ? La qualité de vie n'a elle pas été de tous temps une préoccupation majeure ? N'a-t-elle pas été le moteur de la modernisation, du progrès technique ? Concept récent, idiologie redécouverte. La diversité de définitions pose la question :

-Qu'est ce que la qualité de vie ?

C. BROUSSE<sup>34</sup> définit la qualité de vie par ce qu'elle n'est pas. La qualité de vie n'est pas la santé, elle n'est pas le bonheur, elle n'est pas non plus le bien être au sens de la satisfaction des besoins. Paradoxalement pour lui la notion de satisfaction est celle qui se rapproche le plus de la qualité de vie.

Selon l'OMS<sup>35</sup>, la qualité de vie est « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.* »

Cette définition introduit la notion multidimensionnelle de la qualité de vie et la subjectivité de ce concept puisqu'il est lié à la « *perception de l'individu* ». L'observation de la qualité de vie peut donc se faire sur deux plans. L'aspect objectif de la qualité de vie se base sur ce qu'un tiers peut observer (niveau de vie, cadre de vie....). L'aspect subjectif qui ne peut être apprécié que par l'individu lui-même (épanouissement personnel satisfaction des attentes).

VETTER et « al » définissent la qualité de vie par « *le degré de satisfaction qu'a un individu par rapport a sa vie et ce qui l'entoure* »<sup>36</sup>

La qualité de vie peut se définir selon quatre items<sup>37</sup> :

- **La multifactorialité** : qui comprend l'état de la santé physique et les habiletés fonctionnelles, l'état de santé psychologique et le bien être ; l'état social et les interactions sociales et les conditions économiques.
- **La variabilité** : En effet la mesure de la qualité de vie ne peut refléter qu'un instant donné. Une mesure de référence doit être réalisée afin de servir de base à une discussion autour des variations de la qualité de vie dans le temps.

---

<sup>34</sup> BROUSSE, C. *Réflexion sur la qualité de vie*. La revue de médecine interne <sup>35</sup> Organisation Mondiale de la Santé définition de 1993

<sup>36</sup> DI NOTTE Davide. YLIEFF, Michel. FONTAINE, Ovide. Qualité de vie et personnes démentes.<sup>37</sup> ibid

- **La non normativité** : la qualité de vie est une perception individuelle et nécessite une auto évaluation. Une fois l'évaluation de référence réalise la qualité de vie ne se compare plus au score de l'échelle d'évaluation mais a sa variation dans le temps.
- **La subjectivité** : elle est propre à la perception que chaque individu a de sa vie.

Les scientifiques ont, ces dernières décennies, porté leur intérêt sur la qualité de vie. De cet intérêt, sont nés de nombreux instruments d'évaluation de la qualité de vie. Ces échelles n'ont un intérêt scientifique que si elles sont validées. Leur objectif est de mesurer :

- L'efficacité des thérapeutiques et leur tolérance.
- La prise en compte des priorités du malade.
- L'évaluation de la qualité de vie en lien avec la survie.

Certaines échelles telles que SF-36 ou EUROQOL sont génériques. D'autres sont spécifiques a une spécialité médicale avec pour exemple EORTC<sup>38</sup> pour l'oncologie, KDQOL<sup>39</sup> pour les personnes dialysées [...] Chaque spécialité médicale a une ou plusieurs échelles d'évaluation à sa disposition, qu'en est-il de la gériatrie<sup>40</sup> ?

En gériatrie la diversité du lieu de vie des personnes âgées (communautaire EHPAD, SSR<sup>41</sup> [...]), ainsi que la diversité et les degrés de gravité des pathologies cognitives rendent l'exercice de l'évaluation ardu. Pour le sujet âgé, il existe le pgi<sup>42</sup> et sa version modifiée MPGI et le SEIQOL-DW<sup>43</sup>. Ces deux échelles ont la limite de nécessiter une possibilité de se projeter dans l'avenir et de verbaliser des choix, ce qui semble très aléatoire chez la personne âgée fragilisée et d'autant plus si elle présente des troubles cognitifs. L'échelle ADRQL<sup>44</sup> d'évaluation de la qualité de vie pour les patients déments a été mise en place aux Etats Unis.

Sa reconnaissance est internationale, elle a été traduite et validée en français par D.DI NOTTE<sup>45</sup> dans le cadre de l'étude PIXEL<sup>46</sup>.

Définir et évaluer la qualité de vie est un exercice complexe sous influence de divers paramètres socio-économique, culturels, environnementaux. Les multiples travaux scientifiques des dernières décennies reflètent la difficulté et la richesse du concept<sup>47</sup>.

La qualité de vie des malades Alzheimer et de leurs aidants est une priorité gouvernementale, elle est le premier axe du plan Alzheimer et maladie apparentées 2008/2012. Les médecins d'une manière informelle, ont été de tous temps soucieux de la qualité de vie de leurs patients. Lorsqu'une personne âgée intègre au terme d'un long parcours un établissement type EHPAD, l'équipe pluridisciplinaire (médicale, paramédicales, bénévole, famille et personne âgée) devient garante de la qualité de vie au travers d'une prise en soins individualisée et globale de la personne, avec une reconnaissance de ses besoins, de son identité ainsi que du lieu comme lieu de vie et non de survie. En EHPAD la qualité de vie est proportionnelle à la possibilité pour « l'institution » d'accompagner la personne âgée dans sa vie quotidienne au travers d'une satisfaction individuelle et non collective des besoins de chacun. La personne est un résident et non un patient. Le cadre éthique des valeurs de la qualité de vie est projet de vie, à condition que celui-ci soit élaboré dans une réflexion pluridisciplinaire orientée pour l'individu et non pour la structure d'accueil. Le projet de vie permet d'accompagner la personne âgée dans ses activités quotidiennes. Au long terme son objectif est que la personne âgée réacquiert ou découvre de nouvelles activités.

Dans la structure où se déroule, le projet de vie 2008/2012 est la continuité du projet de vie, 2004/2009. Il était élaboré à partir d'un audit des familles, des résidents et des bénévoles. Les axes développés étaient :

- L'accueil des résidents,
- Le respect des droits et libertés des résidents,
- La vie sociale des résidents,
- L'accompagnement jusqu'à la fin de la vie,
- La formation continue des personnels.

Le tout dans le contexte d'une restructuration architecturale ayant pour projet de transformer ce bâtiment des années 1970 avec chambre collectives (chambres de 4 lits) en un lieu de vie assurant confort et intimité. (Chambres et sanitaires individuels). Après la signature d'une convention tripartite, les deux services de 40 résidents prennent le statut d'EHPAD, mais conserve au sein de chaque unité 15 lits identifiés de long séjour.

C'est dans les objectifs opérationnels du projet de vie 2004/2009 et plus spécifiquement dans l'item « *prévenir le risque de chute* » que nous relevons l'objectif « *réduire au maximum le temps d'alitement et inciter le résident à garder une activité physique* ». Les réflexions du groupe libertés et sécurités du projet de vie 2008/2012 font donc écho aux projets de vie 2004/2009 et légitiment la problématique autour de la place de l'alitement dans le quotidien des personnes âgées en EHPAD.

---

<sup>38</sup>European Organisation for Research and treatment of Cancer.

<sup>39</sup>Key Disease of life instrument.

<sup>40</sup>Cours du DR LABOURET. *Evaluation de la qualité de vie de sujet agé* Cours donné le 13/05/2011

<sup>41</sup>Lieu de soins : soins de suite et réadaptation ou rééducation.

<sup>42</sup>Patient Generated Index.

<sup>43</sup>Schédule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting procedure.

<sup>44</sup>Alzheimer Disease Related Quality of life.

<sup>45</sup>THOMAS, P et "al" *Qualité de vie de l'aidant du malade dément à domicile. L'étude Pixel*. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. Février 2006 tome XII, n°122 p 68.

<sup>46</sup>Ibid.

<sup>47</sup>BEAUFILS, Béatrice. La qualité de vie .université 8.

<http://www.Moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/etudeshp/csapf/Beaufils.pdf>

## 2<sup>ème</sup> Partie- L'ENQUETE ET LES RESULTATS

### 1-L ENQUETE

#### 1.1-Présentation de l'unité :

L'unité est dans une structure composé de 3 unités d'EHPAD soit 120 résidents. 30 lits sont identifiés en lits de soins de longue durée et sont répartis sur 2 des 3 unités. L'unité où s'est déroulée l'enquête accueille 40 résidents dont 15 sont en unité de soins de longue durée. La moyenne d'âge est de 84.5 ans, 80% des femmes. Le moyen est de 2,10.

#### Figure2 : Moyenne d'âge dans l'unité.

Le personnel soignant est composé d'une équipe pluridisciplinaire en équivalent temps plein :

| Catégorie de personnel    | Temps équivalent temps plein pour l'unité | Commentaires                                                    |
|---------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Médecin                   | 0.40                                      | Il y a 1.20 temps médical mutualisé sur les 3 unités de l'EHPAD |
| Cadre de santé            | 0.50                                      | Mutualisé du temps effectifs sur les 2 unités                   |
| Infirmière                | 4.90                                      | Mutualisé des temps Effectifs sur les 3 unités                  |
| Aide soignante            | 15.9                                      |                                                                 |
| Agent de service          | 5.8                                       |                                                                 |
| Kinésithérapeute          | 0.30                                      |                                                                 |
| Neuraux psychomotricienne | 0.25                                      |                                                                 |
| Psychologue               | 0.25                                      |                                                                 |
| animatrice                | 0.5                                       |                                                                 |

L'effectif soignant est considéré comme normal lorsqu'il est constitué pour la journée de 10 soignants qui effectuent des soins directs à la personne âgée (trois infirmières, sept aides soignantes). Il s'ajoute aux soignants trois agents de service. Le week-end le nombre d'infirmière diminue à deux pour la journée.



## **1.2- Hypothèse et objectifs**

**Les conséquences de l'alitement sur la santé des personnes âgées sont délétères voire létales. Peu d'études sont réalisées sur les conséquences de l'alitement sur la qualité de vie des personnes âgées démentes. L'hypothèse de ce travail est que l'alitement altère la qualité de vie des personnes âgées démentes.**

**Cette recherche s'inscrit dans le cadre du projet de vie. Son objectif principal est d'œuvrer pour une meilleure qualité de vie des personnes âgées démentes.**

**L'objectif secondaire est de mener une réflexion sur les pratiques autour de l'alitement dans l'unité avec le personnel soignant de l'unité afin de comprendre les mécanismes de l'alitement et leurs conséquences sur la santé et la qualité de vie des personnes âgées. A plus long terme cette analyse de la pratique autour de l'alitement pourrait être étendue dans le cadre d'une antenne mobile de gériatrie aux unités de court et moyen séjours qui prennent en soins des personnes âgées.**

## **1.3- Matériels et méthodes**

### ***1.3.1. Critères d'inclusion des personnes à l'enquête.***

**Les critères d'inclusion ou d'exclusion à l'enquête ont été choisis en collaboration avec le médecin référent de l'unité. Il a été décidé de sélectionner les personnes âgées en fonction de leur évaluation AGGIR<sup>48</sup> et de leur diagnostic médical. Le MNSE n'a pas été retenu comme critère de sélection car très peu de résidents ont réalisé cette évaluation et le stade de la maladie de la plupart d'entre eux ne permet plus ce test.**

**Les personnes âgées de l'unité qui ont été incluses à l'enquête présentaient un diagnostic de démence, de troubles cognitifs, de troubles de la mémoire ou de désorientation temporo-spatiale. Seules les personnes âgées dont le GIR<sup>49</sup> était inférieur à 3 ont été retenues.**

---

<sup>48</sup>Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource.<sup>49</sup>Groupe Iso Ressource.

### *1.3.2. Critères d'exclusion des personnes à l'enquête.*

Les personnes âgées qui ont été exclues de l'enquête avaient une autonomie (au sens capacité de faire ses choix) et un GIR supérieur à 3.

Ces critères ont permis établir une liste composée de 28 personnes âgées. Il a été créé à partir de cette liste un groupe témoin. Sa sélection s'est faite en concertation avec aide soignante qui a désigné les personnes âgées « Qui sont levées tous les jours sans exception ». Ce groupe se compose de 12 personnes nommé par commodité groupe A. Les 16 autres personnes sont intégrées au groupe dit B, 4 résidents ont une prescription de lever un jour sur deux pour deux d'entre elles, et lever selon l'état de somnolence et d'asthénie pour les deux autres.

### *1.3.3. Méthode investigation*

Afin d'obtenir les autorisations d'enquêter auprès des soignants et familles, le projet d'enquête a été dans un premier temps présenté sous formes du plan de mémoire au Directeur de l'établissement, au médecin, au cadre de santé supérieur et au cadre de santé de l'unité. L'enquête s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juin au 28 juin 2011. Elle s'est composée de deux phases :

- La première phase est constituée d'un regard croisé sur l'alitement à travers :
  - Le planning du personnel
  - Le dossier de soin
  - Diagramme de validation des soins
  - Une observation de la personne âgée lors maintien au lit qui s'est observé le vendredi 24 juin à 13h00. Les critères d'observation ont porté la présence de boissons dans la chambre et leur facilité d'accès sur la présence de la sonnette à disposition de la personne et l'existence et l'utilisation de stimulation sensorielle.

L'objectif de cette phase était de connaître de manière objective le nombre de jour d'alitement pour chaque personne. L'étude des dossiers de soin a permis de connaître les événements qui ont conduit à l'alitement et de tracer les complications liées à celui-ci (constipation, escarres, rétractation, déshydratation, fausse route). Le regard sur le planning avait pour objectif de comprendre si le nombre de personnel soignant était en corrélation avec le nombre de personnes maintenues au lit. Il n'a été pris en compte que les soignants effectuant des soins directs à la personne âgée, (infirmières, aides soignantes, étudiants aides soignants, infirmiers). L'observation au lit de la personne âgée a permis d'observer si les conditions de l'alitement répondent au

**mieux à la sécurité des personnes tout en assurant une bonne qualité de vie.**

○ **La deuxième phase a été l'évaluation clinique de la qualité de vie réalisée à partir de l'échelle est ADRQL<sup>50</sup>. L'échelle est composée de 47 affirmations ou négations réparties en 5 items :**

- **Interaction sociale (IS)**
- **Conscience de soi (CS)**
- **Sentiment et humeur (SH)**
- **Plaisir dans les activités (PA)**
- **Réponse à l'environnement (RE)**

**Cette échelle a été choisie car elle est traduite en français et validée. Après concertation la question « *régit avec plaisir face aux animaux domestique* » a été exclue du questionnaire car elle est inadaptée dans le cadre de la vie dans la structure. La cotation du questionnaire a été faite selon les instructions du manuel<sup>51</sup>. Les scores de 0% à 100% sont le reflet d'une mauvaise qualité de vie à une bonne qualité de vie. Il est donc considéré que le score de 50% signe une qualité de vie moyenne.**

**Du fait de grande subjectivité de la qualité de la vie deux évaluations ont été effectuées par résidents. Une évaluation a été renseignée par la famille du résident où a défaut une bénévole. Après avis de l'encadrement de l'unité, il a été choisi de réaliser ces évaluations en entretien privé. Une majorité des familles a été rencontrée spontanément dans l'unité. Les autres entretiens ont eu lieu après une prise de rendez-vous. Trois familles ont souhaité un entretien téléphonique. La seconde évaluation, après présentation orale de celle-ci, a été renseignée par les aides soignantes de l'unité. Les échelles d'évaluations au nom chaque résident ont été distribuées au hasard. Certains soignantes ont souhaité remplir plusieurs évaluations seules, d'autres se sont regroupées. L'analyse a été réalisée à partir de la moyenne de la qualité de vie globale des deux évaluations. L'objectif de cette enquête était d'évaluer la qualité de vie des personnes âgées et de pouvoir comparer la qualité de vie des personnes qui ont été levées quotidiennement à celle des personnes qui sont restées régulièrement alitées. Par soucis du respect du secret professionnel tous les noms des personnes interrogées ont été réduits à la première lettre du nom de famille.**

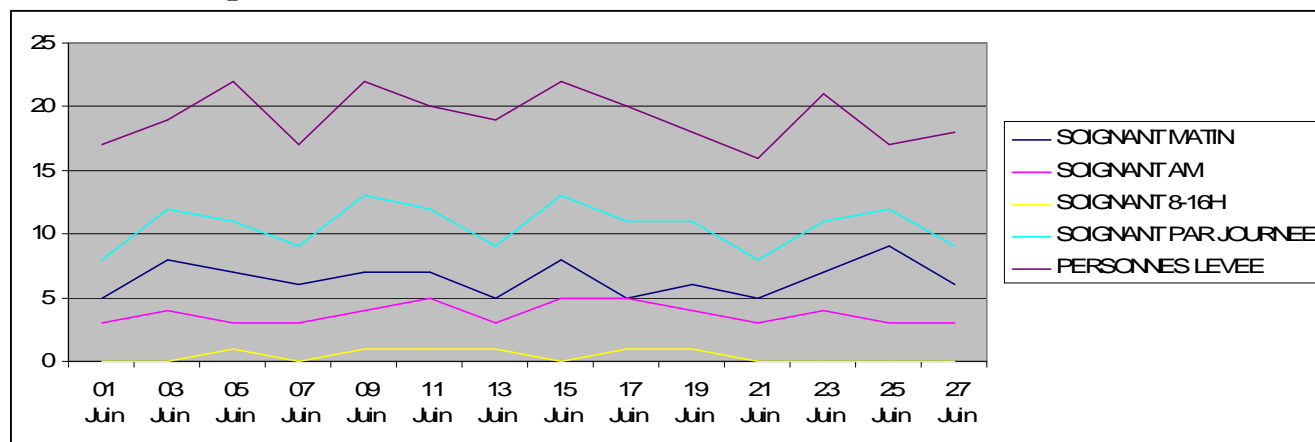
---

<sup>50</sup> Annexe 1 L'échelle ADRQL

<sup>51</sup> Annexe 1 manuel d'instruction de ADRQL

## 2- LES RESULTATS DE L'ENQUETE

### 2.1-Résultats phase 1<sup>52</sup>



Courbe 1 nombre de soignant et nombre personnes levées

Sur les 28 jours de l'enquête et tous groupes confondus le maximum de personnes levées sur une journée est 22 personnes pour 3 journées. Il est à noter que ces jours là, les soignants étaient au nombre de 11,12 et 13 soignants par jours. Il peut être constaté au cours du mois qu'à nombre égal de soignant voir en nombre supérieur le nombre de personnes levées peut être compris entre 17 et 20. Le nombre de personne levées minimum est de 15 pour une journée où il y avait exceptionnellement total de 7 soignants sur la journée.

Dès la fin de l'enquête il a été remarqué que 5 personnes sur les 12 incluses dans le groupe A n'ont pas été levées quotidiennement.

Sur ces 5 personnes 2 ont fait une chute qui a entraîné l'alitement. Une d'entre elle a été levée dès les examens radiologiques réalisés. Quant à la deuxième au vue du nombre de jours d'alitement, il a été décidé de l'exclure du groupe témoin. L'analyse de l'enquête la concernant sera effectuée en parallèle aux deux groupes, sous l'intitulé un cas particulier. Une personne est restée alitée un jour à sa demande.

Pour les 2 personnes restantes, aucune trace d'un motif d'alitement n'a été retrouvée. Le nombre de soignants le jour où ces personnes sont restées au lit étaient de 8 soignants pour un jour, 12 et 11 soignants pour les 2 autres journées. L'alitement de ces personnes a été très court et limité dans le temps et l'évaluation de la qualité de la vie a été réalisée avant ces périodes, il n'a pas été jugé opportun de les exclure du groupe témoin.

<sup>52</sup>Annexe 2

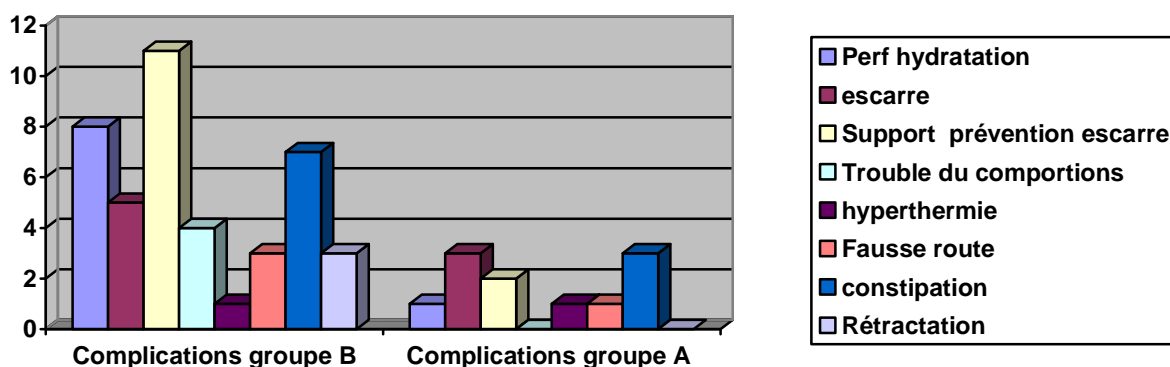


Figure 3 nombres de personnes présentant des complications

Pour les 16 résidents du group B, le nombre de jours de lever est très fluctuant. Il Peut être de 27 jours sur 28 pour sont maximum à 4 jours sur 28 pour son minimum. Il est à noter que la dame qui a été levée 4 jours sur 28 a une prescription de lever un jour sur 2. Le seul événement tracé dans dossier de soin est une bronchite à partir du 20 juin. Du 14 juin au 29 juin, elle n'a eu aucun jour de lever. Une personne a eu un épisode d'hyperthermie qui a justifié son alitement. Une personne du groupe A présentait aussi une période d'hyperthermie persistantes et élevée (39°) qui n'avait par entravé son lever au quotidien. Sur les 16 résidents du group B, 3 souffraient de rétraction des membres inférieurs, 4 personnes ont présentés des troubles du comportement type agitation diurne et nocturne, opposition aux soins. Huit personnes avaient une prescription de perfusion sous cutanée d'hydratation contre une seule dans le groupe A.

Six des personnes du groupe B avaient une escarre pour 3 personnes (lié à un problème d'artériopathie sévère) du groupe A. Un matelas alfa relief était en place pour 11 personnes du groupe B et 4 personnes du groupe A. Aucun protocole de changement de position n'était appliqué dans l'unité.

Tous groupes confondus, 23 personnes sur les 28 avaient une prescription de laxatifs. 7 personnes du groupe B ont eu un épisode de constipation qui a donné lieu à une prescription de 1L lavement en goutte à goutte. 3 personnes du groupe A ont eu un épisode de constipation, qui a été résolu par une prescription de suppositoire d'Eductyl pour deux d'entre elles et par une augmentation de traitement laxatif pour la troisième.

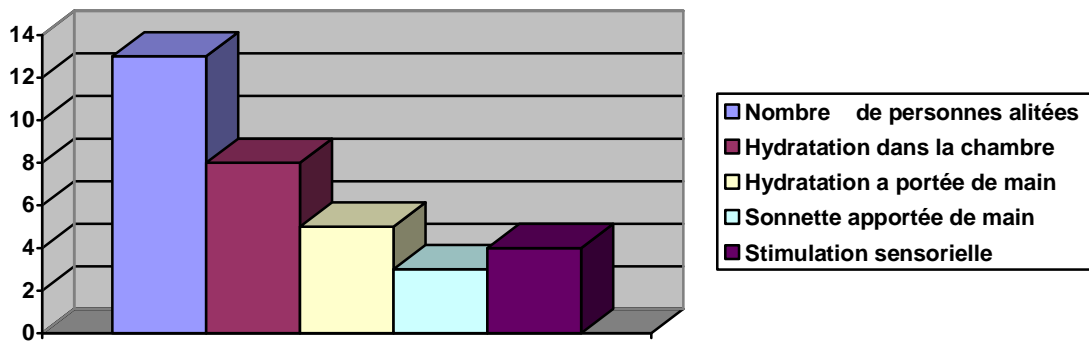


Figure 4 Observation de l'installation

L'observation de l'installation au lit a été réalisée le 22 juin 2011 à 13h. Ce jour il y avait 11 soignants pour la journée. Treize personnes étaient alitées, quatre d'entre d'elles ont été levées et recouchées dès la fin du repas de midi. Sur les 13 personnes, 3 avaient la sonnette a portée de main. 8 personnes avaient une hydratation dans la chambre mais 5 l'avaient auprès d'elles. 8 des résidents ont dans leurs chambres soit une télévision soit un poste radio, 4 étaient en marche. Aucune animation ni activité occupationnelle n'était prévue au lit du résident.

## 2.2- Résultats phase 2<sup>53</sup>

Dans le groupe à la qualité de vie la plus faible est cotée à 42,35% pour une personne. Cette personne n'a pas d'évaluation faite par un proche ou un bénévole. Le score maximum pour une personne est de 89,25% pour les soignants et de 90,11% pour l'évaluation famille qui a été réalisée par la personne elle-même.

<sup>53</sup>Annexe 3

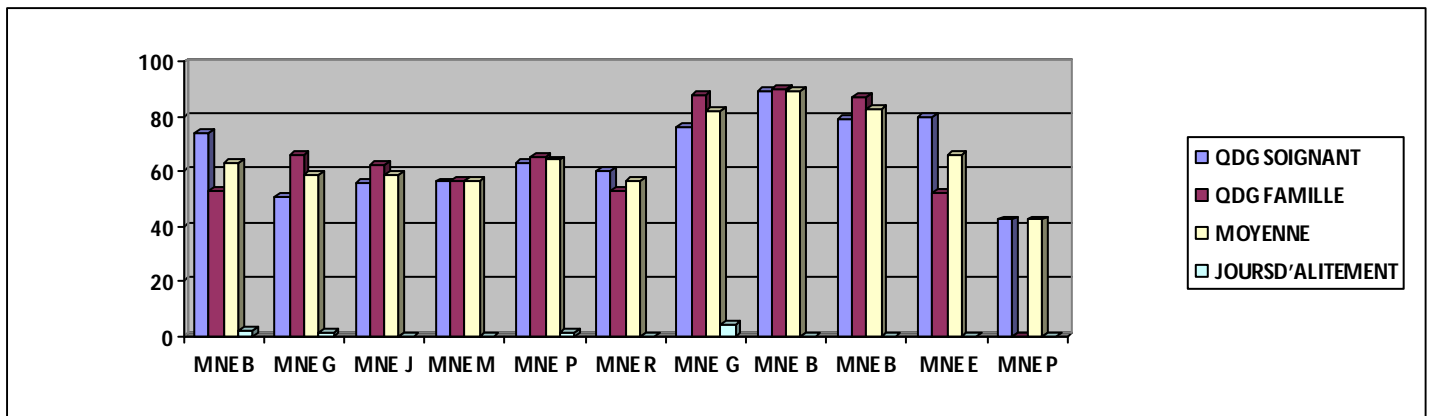


Figure 5 QDV des personnes du groupe A et jours d'alitement

Après avoir réalisé la moyenne des deux évaluations, hormis la personne qui a le score minimum 42,35%, toutes les personnes ont un score supérieur à 55%. Trois personnes ont une qualité de vie à 80%, ce qui signe une bonne qualité de vie.

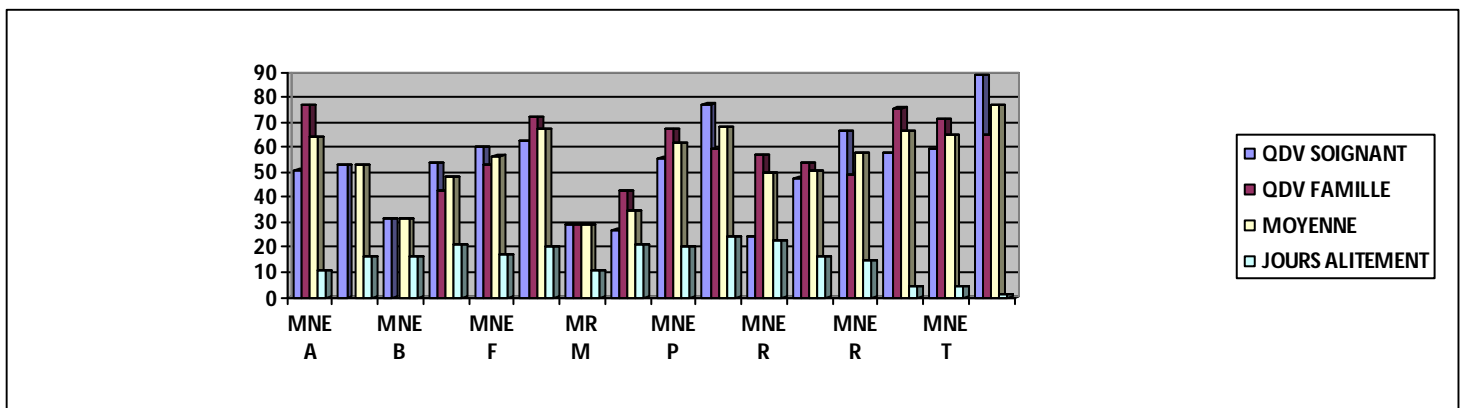


Figure 6 QDV des personnes group B et nombre de jours d'alitement

Pour le group B, le résultat minimum est de 27.04% pour l'évaluation soignante. Ce résultat est atténué par l'évaluation de la famille de 42,41 %. Toutefois ce résultat reste parmi un des plus faible des évaluations famille .cette personne a eu 21 jours d'alitement.

Le score maximum de l'évaluation soignante est de 89,05% pour une personne qui a eu 1 jour d'alitement sur 28. Le score maximum des évaluations famille ne concerne pas la même personne, il est de 76,83% pour une dame qui est restée alitée 11 jours sur 28.

L'étude de la moyenne des évaluations révèle qu'une personne a une qualité de vie quantifiée a moins de 30% pour 11 jours d'alitement. Deux personnes ont un score inférieur à 35 %, une de ces personnes n'a pas de famille ni de bénévoles qui interviennent auprès d'elle. Elle a été levée 12 jours. Quant à l'autre personne, elle a été levée 17 jours

Dans son ensemble les scores du groupe B sont inférieurs au groupe A, 5 personnes sur 16 ont un résultat inférieur à 50% pour une seul personne du groupe A.

**En comparant dans chacun des groupes la qualité de vie des personnes ayant eu un jour d'alitement il faut noter que la personne du groupe A, a une qualité de vie inférieure à celle du groupe B (64,23% pour 76,92%). Par contre la personne du groupe A qui a eu exceptionnellement 4 jours d'alitement garde une qualité de vie supérieure à celle des personnes qui ont un nombre de jours d'alitement identique dans le groupe B, (81,98% pour 66,61 et 65,23 %). Il est à remarquer qu'à nombre égal de jours d'alitement les scores de la qualité de vie peuvent être très variables. Par exemple pour 11 jours d'alitement une personne du groupe B a une moyenne de qualité de vie évaluée à 28,85%. Sur les 6 personnes du groupe B qui ont plus de 20 jours d'alitement 3 ont une qualité de vie inférieure à 50% et 3 ont une qualité de vie supérieure à 60%. Une de ces personnes à une qualité de vie moyenne évaluée à 68,31% pour 24 jours d'alitement, elle a une prescription de lever un jour sur deux mais préfère rester au lit.**

### **2.3- Un cas particulier**

**Suite a une chute qui a entraîné 8 jours d'alitement sur 13 à partir mi juin Mne E a été exclue du groupe A. L'évaluation de la qualité de la vie avait été réalisée avant sa chute. De ce fait il a été choisi de réaliser une nouvelle évaluation fin juin et d'analyser le résultat en parallèle des deux groupes déjà formés. La famille n'a pas été sollicitée pour cette deuxième évaluation.**

**Figure 7 QDV Mne E**

**Les quinze premiers jours de juin Mne E a été levée chaque jours, elle ne présentait pas de problème de santé aigus. Toutefois une fragilité cutanée nécessitait une prévention d'escarre. Sa qualité de vie été relativement bonne. Elle était évaluée à 74,08% pour les soignants et 77,65% pour sa famille.**

**Suite à la chute, il a été constaté dans le dossier de soin un épisode d'hyperalgie qui a justifié l'alitement. Un déficit d'un membre supérieur a été rapidement remarqué sans que l'imagerie médicale ne puisse diagnostiquer une pathologie cérébrale récente. Puis Mne E a eu épisode d'hyperthermie, d'agitation et des fausses routes. Un problème de constipation majeure a donné lieu à une prescription de suppositoire Eductyl et de Normacol. Une perfusion**



**d'hydratation par voie sous cutanée a été mise en place. L'apparition d'une escarre stade 1 a nécessité l'installation d'un support de prévention le 27/06.**

**Quant à la qualité de vie, il peut être observé un net effondrement de celle-ci. A la fin de l'enquête cette évaluation est de 37,48 % pour une moyenne de qualité de vie estimée à 75,86% avant la chute et l'alitement.**

### **3<sup>ème</sup> partie – L'ANALYSE**

#### **1-POINTS FORTS, POINTS FAIBLES**

##### **1.1-Les difficultés de l'enquête**

L'enquête s'est déroulée du 1 juin au 28 juin. Une nouvelle grille de validation<sup>54</sup> des soins a été mise en place le 29 juin. Le lever des personnes était clairement nommé sur l'ancienne grille<sup>55</sup>. La nouvelle grille est moins précise à ce sujet et les soignants ne sont pas habitués aux nouveaux intitulés ce qui a rendu le recueil d'information du 29 et 30 juin impossible et réduit l'enquête de 2 jours. Le manque de transmissions écrites précises dans le dossier de soin a été une difficulté. Des informations ont été transmises oralement sans qu'aucune trace ne soit retrouvée dans le dossier de soin. De ce fait ces informations n'ont pas été prises en considération.

Certains items de l'échelle d'évaluation de la qualité de vie sont sous la forme négative, ce qui a surpris et parfois créé une gêne auprès des familles. Les soignants n'ont pas eu de difficultés avec cette formulation de plus des items tels que « *s'enferme ou se barricade dans ...fait des tentatives répétées pour partir... est à l'aise à circuler chez lui/elle* » laisse place à une ambiguïté qui donne encore plus subjectivité à la qualité de la vie. Les personnes âgées ne peuvent-elles pas accomplir ces actes ? Quelle est l'influence de l'incapacité physique de certaines personnes sur les résultats ?

##### **1.2-Les points positifs de l'enquête**

La rencontre des familles et des résidents en dehors du contexte de soin a été appréciée par tous. Ce temps de parole et d'écoute autour de la qualité de vie a été enrichissant.

Le choix de l'hétéro évaluation de la qualité de vie a très vite été révisé pour certains résidents qui pouvaient répondre aux questions, malgré leur démence, 5 personnes âgées sur les 28 ont pu faire une auto évaluation de leur qualité de vie, dont 1 du groupe B.

---

<sup>54</sup>Annexe 4 <sup>55</sup>Annexe 5

**Le fait de faire remplir un questionnaire par les soignants et un par les familles ou à défaut par une personne faisant partie de l'équipe des bénévoles a permis de constater que 3 personnes n'avaient ni famille et ni bénévoles qui interviennent régulièrement auprès d'elles. Le cadre de santé ainsi que le médecin, la psychologue et l'animatrice ont été alertés.**

**Le questionnaire peut être analysé dans le cadre d'une recherche item par item. Le fait d'avoir une évaluation faite par la famille et une autre par les soignants peut permettre de comprendre certains mécanismes mis en place dans la relation soignants/ personne âgée ou personne âgée/ famille.**

## **2-DISCUSSION**

**En préambule à cette analyse, il est rappelé en lien avec le cadre conceptuel que l'alitement doit faire l'objet de prescription médicale dans des contextes pathologies précises.**

**Afin de poser des bases objectives pour une analyse pratiques autour de l'alitement, il a été choisi en ouverture à cette enquête de mettre en parallèle le nombre de soignants et le nombre de personnes levées. Au quotidien, lors des discussions autour de l'alitement des personnes dans l'unité, les arguments avancés par les soignants sont d'une part le nombre de soignants en poste le matin. En nombre restreint ceux ci préfèrent limiter le lever des personnes au profit des soins d'hygiène. D'autre part le nombre d'aide soignant présent sur l'après midi, influence le nombre de personnes âgées levées ou recouchées dès la fin du repas de midi.**

**Rares sont les personnes âgées qui prennent leur repas du soir assis .Il est à noter que ces personnes sont soit exclues de l'enquête soit font partie du groupe A. Aucune personne appartenant au groupe B ne prend son repas du soir assise à table.**

**Il n'est pas possible à ce stade de l'enquête de certifier que le nombre de résidents levés soit en corrélation uniquement avec le nombre de soignants présents dans le service. Par contre, il peut être affirmé qu'un nombre élevé de soignants n'implique pas obligatoirement un nombre élevé de résidents levés (17 personnes levées pour 12 soignants/journée présents dans l'unité). Par contre en nombre restreint les soignants limitent le nombre de lever (15 personnes levées**

le jour où il y avait un total de 7 soignants/journée). Pour modérer ces constatations, il est souligné à ce niveau de l'analyse que la charge de travail des soignants ne se limite pas à 28 personnes et que les 12 personnes exclues de l'enquête requièrent aussi des soins d'hygiène et de mobilisation.

Le nombre d'aides soignants en poste d'après midi ne semble pas interférer sur le nombre de personnes levées. Il ne peut pas être constaté de différence dans le nombre de personnes alitées entre la semaine et le week-end. La corrélation entre le nombre de soignants et le nombre de personnes alitées ne peut être faite. L'alitement est soumis à plusieurs mécanismes qu'il faut identifier. Le manque de traçabilité dans les dossiers de soins a gêné l'enquête et rend difficile l'identification de ces mécanismes.

Le nombre de complications liées à l'alitement dans le groupe B ainsi que la cascade de complications retrouvées suite à l'alitement de Mne E montre clairement l'impact néfaste de l'alitement sur l'état de santé. Mais des complications telles que les escarres, la constipation, les fausses routes sont retrouvées chez les personnes des deux groupes. Par contre, elles sont en nombre plus restreint dans le groupe A que dans le groupe B. Il peut être conclu conformément aux descriptions dans les littératures médicales, que l'alitement est nocif, pour la santé des personnes âgées. Mais, tout comme il a été décrit dans la phase conceptuelle, les facteurs aggravants et conséquences du syndrome d'immobilisation sont intriqués et interchangeable. Il ne faut donc pas perdre de vue que l'extrême fragilité des résidents d'une EHPAD est un facteur de risque quel que soit le groupe observé. Est-ce l'alitement qui provoque les complications ou les complications qui génèrent l'alitement. La fragilité des personnes âgées démentes n'est-elle pas source de risque de complications ? Toutes ces questions sont à prendre en considération. Toutefois les écrits médicaux sur le sujet ainsi que les résultats de cette recherche permettent d'assurer que le grand âge associé à l'alitement amorce un engrenage qui entraîne les personnes âgées vers une grabatisation rapide. C'est pourquoi l'alitement des personnes âgées doit être évité et que la prévention des risques de complications de celui-ci doit faire l'objet d'une extrême vigilance.

Dans le cadre de l'observation des personnes alitées il peut être noté l'absence de boissons dans 5 chambres, ainsi qu'un nombre élevé de prescription de perfusion d'hydratation. Or le risque de déshydratation est clairement

identifié dans le cadre conceptuel comme conséquence mais aussi facteur aggravant du syndrome d'immobilisation. Pour le risque escarre les supports adaptés sont en place mais aucun programme de changement de position n'est appliqué. En ce qui concerne les autres complications et ainsi qu'il a été préconisé dans le cadre conceptuel un des moyens de prévention du syndrome d'immobilisation est la mobilisation précoce et la verticalisation. En regard du cadre conceptuel, du nombre de jours où les personnes restent alitées et des conditions de l'alitement, il peut être affirmé que les moyens d'évaluation et la prévention des risques liés à celui-ci ne sont pas tous mis en œuvre. L'alitement a des graves conséquences sur l'organisme, qu'en est-il sur la qualité de la vie ?

Pour la qualité de vie des personnes âgées démentes, s'il est considéré en lien avec la notion de multifactorialité que l'état de santé des personnes âgées interfère sur leur qualité de vie, il peut être d'ores et déjà affirmé que l'alitement diminue la qualité de vie puisqu'il provoque une dégradation de la santé. Le nombre de personnes du groupe B dont les résultats moyens de la qualité de vie sont inférieurs à 50%. La qualité de vie de la dame alitée suite à sa chute s'est effondrée de manière significative semble témoigner de ce fait.

Mais la variabilité, le non normativité et la subjectivité de la définition de la qualité de vie rendent cette affirmation délicate. Le lien entre une qualité de vie de faible niveau et un nombre de jours d'alitement élevé ne peut être fait de manière catégorique. De plus à nombre égal de jours d'alitement la qualité de vie peut être plus ou moins élevée. La personne qui a eu 24 jours d'alitement mais qui préfère rester au lit a une qualité de vie relativement élevée (68,31%). Par conséquent si l'état de santé de la personne âgée n'est pas pris en compte, on peut se demander si l'alitement a un impact sur la qualité de vie lorsque celui-ci est choisi par la personne elle-même. De plus, tous groupes confondus, 2 des 3 personnes qui n'ont pas d'interactions sociales ont une faible qualité de vie, qui permet de supposer que les interactions sociales ont un impact sur la qualité de vie des personnes âgées démentes

### **3-HYPOTHESE**

Même si les objectifs de l'enquête sont atteints et que l'alitement semble agir sur la qualité de vie des personnes, il reste de nombreux paramètres à identifier. La durée dans le temps de l'enquête ainsi que le faible nombre de personnes interrogées ne permettent pas de dire jusqu'à quel niveau l'alitement agit sur la qualité de vie. L'alitement n'est-il pas « acteur dépendant » ? La démence et le stade avancé de celle-ci n'est-elle pas à elle seule une des principales causes de la diminution de la qualité de la vie des personnes âgées ? L'absence d'interaction sociale ne serait-elle pas aussi un facteur de la perte d'une qualité de vie satisfaisante ? Qu'en est-il de l'incapacité physique ? Quelle est la place de la notion de choix dans la qualité de la vie ?

C'est pourquoi il semble opportun, dans le projet d'une nouvelle recherche de faire évoluer la problématique de ce travail :

*En quoi l'alitement de la personne âgée démente et son maintien en chambre interfèrent-ils sur la qualité de vie en EHPAD ?*

**Vers la nouvelle problématique**

*Quelles peuvent être les facteurs qui influencent la qualité de la vie des personnes âgées en unité d'EHPAD ?*

### **4-PROPOSITION**

Il peut être préconisé en piste de réflexion une nouvelle enquête qui inclut tous les résidents de l'unité sur une durée plus longue. Les items de l'échelle ADRQL peuvent être analysés item par item dans le but de comprendre les facteurs qui agissent sur la qualité de vie. Un questionnaire semi directif des soignants, famille et des résidents peut être aussi proposé.

Malgré la variabilité de la qualité de vie décrite dans le cadre théorique, il sera archivé dans chaque dossier de soin le manuel de l'ADRQL et les résultats de l'évaluation. Ceci est dans l'objectif de faciliter une prochaine recherche et de laisser trace de ce travail.

Afin de comprendre les mécanismes responsables du maintien au lit des personnes âgées, plusieurs pistes de réflexions peuvent être proposées.

**Un audit peut être mené par l'encadrement de l'unité afin de comprendre l'aspect « acteur dépendant » du maintien au lit des personnes. Le personnel présent a-t-il une ancienneté dans l'unité. Le fait d'être à temps partiel dans l'unité influence t-il le dynamisme du travail ? Quelle est la connaissance des soignants sur l'impact de l'alitement ?**

**La commission d'évaluation du nouvel outil de validation des soins se réunit au cours du mois de septembre. La demande d'intégrer une ligne où le lever du résident est clairement identifié leur sera soumise.**

**Une information et formation réalisées par le médecin référent peuvent être dans le cadre du projet de vie l'introduction à un travail en équipe dont les axes proposés sont :**

**-Une réflexion en équipe pluridisciplinaire sur le sens du soin, les valeurs professionnelles et éthiques, l'analyse de la pratique et la place des personnes âgées dans le soin est à organiser en préambule aux discussions autour du lever des personnes.**

**-Une réflexion autour d'une organisation du travail qui favorise une prise en soin individuel et global de la personne. L'objectif de cette réflexion est de permettre à la personne âgée d'être acteur de ses soins et activités et ce quel que soit le niveau des troubles cognitifs.**

**-L'évaluation des risques qui sont liés à l'alitement et la conception de protocoles de prévention.**

**-Du fait de l'utilisation des lèves malades sur rails au plafond, la personne âgée n'est pas « verticalisée » lors de ses transferts. Or la verticalisation est un des moyens de prévention du syndrome d'immobilisation. Dans le cadre du projet de vie la demande de dotation d'un verticalisateur peut être faite. Il permettrait à la personne de retrouver le contact du pied avec le sol lors de différents soins.**

**-Une réflexion peut être menée en lien avec le groupe animation du projet de vie 2008/2012 autour de la création d'activités occupationnelles au lit du résident.**

**Afin de proposer des soins individualisés et en conformité avec le projet de vie 2008/2012, la mise en place rapide des soignants référents pour chaque résident est une action susceptible de garantir une meilleure qualité de soin et vie pour les résidents.**

## **CONCLUSION**

**A l'âge adulte, rester alité une journée complète est immédiatement assimilé à un état de fatigue anormal. Or les personnes âgées passent des heures voire des jours alités. La vieillesse serait – elle donc une maladie ? Mais vieillir est un processus physiologique, donc n'est ce pas plutôt l'alitement qui est une pathologie ?**

**De nombreux écrits médicaux ont évoqué les modifications que l'alitement génère sur tout l'organisme. D'une manière générale, l'alitement en dehors d'un contexte médical spécifique est dangereux. Associé aux modifications créées par le vieillissement, il engendre un syndrome d'immobilisation, la grabatisation et la mort prématurée des personnes âgées.**

**Du point de vue psychique l'alitement provoque une perte de l'estime, une rupture du schéma corporel qui produit des phénomènes de régression, de dépendance qui peuvent évoluer vers un syndrome de glissement. L'alitement doit être réalisé dans un cadre médical précis. Une évaluation et les moyens de prévention des risques liés à celui-ci sont nécessaires afin de garantir la sécurité des personnes.**

**La verticalisation active ou passive et la mobilisation précoce des personnes grâce à leurs effets bénéfiques sur l'organisme sont un des premiers moyens de prévention à mettre en place. Le lever quotidien des personnes est une réponse aux effets réponse délétères de l'alitement.**

**Dans le cadre de la démence, la dépendance psychique qui ne permet pas toujours de faire ses choix peut expliquer la récurrence du questionnement autour de l'alitement des personnes âgées dans le cadre des projets de vie successifs. L'enquête menée sur un mois dans le cadre d'une unité d'EHPAD démontre que le nombre de soignant présent dans l'unité n'est pas le seul facteur qui influence le maintien au lit des résidents. Des lacunes en matière de prévention des risques liés à l'alitement sont mises en évidence par l'observation au lit du résident. Le confort et bien être des personnes alitées ne répondent pas aux critères de prévention des risque dues à l'alitement. De ce fait, si la qualité de la vie ne se définit qu'au travers de l'état de santé d'une personne, il peut être affirmé que l'alitement a un impact négatif sur la qualité de vie des personnes âgées.**



Mais la qualité de vie est un concept riche et complexe. Ses aspects multifactoriel, non normatif, sa subjectivité et sa variabilité rendent l'élaboration d'une définition consensuelle difficile. Chacun a sa propre définition de sa qualité de vie. Elle est soumise à des valeurs et contraintes de société et individuelles. Afin d'objectiver la notion de qualité de vie, de multiples échelles d'évaluations ont été mises en place. En gériatrie, la diversité des lieux de vie et des pathologies complique cette évaluation. L'intérêt de l'échelle d'évaluation ADRQL est d'être traduite et validée en France et adaptée aux personnes âgées démentes.

Au travers du projet de vie qui est le garant d'une vie de qualité pour tous, se pose donc la question du lien entre l'alitement des personnes âgées démentes et leur qualité de vie. L'enquête ne peut établir de façon catégorique l'impact de l'alitement sur la qualité de vie. De nombreux facteurs contribuent à une qualité de vie satisfaisante. L'alitement est un élément de ces mécanismes à identifier et comprendre. L'assurance d'une bonne qualité de vie au même titre que le respect de la dignité et de l'autonomie passe par une prise en soin individuelle et dans leur globalité des personnes âgées démentes.

*« Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société<sup>56</sup> »*

---

<sup>56</sup>Chartre des droits et libertés de la personne âgée dépendante, *Article III UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS.*

# **BIBLIOGRAPHIE**

## OUVRAGES:

**BEAULIEU, Marie –Bernadette.** *La personne âgée. Le rôle de l'aide soignante en institution et à domicile. 3<sup>e</sup> éd.* Issy les Moulineaux: Masson, 2005.174 pages

**Chapitre 5 : le mouvement. Besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne posture. Page 53à63**

**BEAUVOIR, Simone.** *La vieillesse.* Paris : Gallimard, 1970.600 pages.

**BELMIN, j, AMALBERTI, F, BEGUIN, AM.** L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées .Issy les Moulineaux: Masson, Avril 2005.369 pages.

**Chapitre 11 : ALMERBERTI .F *l'alitement prolongé et ses complications.* Pages 131à 139**

**CHRAZAC, Pierre-Marie .***La relation soignante en gériatrie .*Paris : Edition MF ,2008.111 pages

**COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE.** *Corpus de gériatrie tome 1.*Edition 2000.Bastienne :2M2, 2000.185 pages .Chapitre 9  
**P 101 à 107**

**GINESTE, YVES.PELISSIER, JEROME.** *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux .*Paris : Armand Colin 319 Décembre 2007.319 pages

**HERVY, Marie-Pierre, MOLITOR, Marie-Bernadette, BEGUIN, Valérie « et el ».***Soins infirmiers aux personnes âgées et gérontopsychiatrie .3<sup>e</sup> éd .*Issy les Moulineaux : Masson, 2002.181 pages

**Chapitre 4 : *symptômes spécifique aux personnes âgées.*Page 40à 94.*Le syndrome immobilisation, état grabataire* page 83 à 94.**

**MODULO pratique GERIATRIE .**Sous la dir.de MALLAY, Didier .Paris : Esterm, 2000.346 pages

**Chapitre 3 : Pathologies d'alerte. Pages 45 à 64. *Syndrome immobilisation.* Page 54 à 56**

**Chapitre 8 : *Accueil, évaluation et soins fondamentaux .*pages 143 à 159.*La mobilisation .*Pages 159**

PLOTON, Louis *.la personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de démence .7<sup>e</sup>éd .Lyon, Chronique sociales, 2005.205 pages*

PHNEUF, Margot *.Démarche de soin vieillissement perturbé .Démences et maladie Alzheimer .Issy les Moulineaux: Masson, 1998.277 pages*  
Chapitre 1 : Les aspects du vieillissement une approche par besoin .Pages 1à45.  
Chapitre 4 : Approche de stimulation et soutien de la personne. Pages 93à120.  
Chapitre 11 : Les interrogations d'éthique .Pages 245 à 268.

REVELL, Andrew J.CASKIE Grace I.L.WILLIS Sherry Let "al".*Factor Structure and Invariance of the Quality of Life in Alzheimer's Disease. Scale Experimental Aging Research, Volume 35, Issue 2 April 2009, pages 205-267.*

#### REVUES:

ROMEO, M. *De la qualité de vie au projet de vie .SOINS EN GERONTOLOGIE, n°20 novembre-décembre 1999, pp 4-8*

SURY, M. MARTIN, JR *.Projet de vie en institution gériatrique et qualité de vie. SOINS CADRES, n°44, novembre 2002, PP 38-40*

THOMAS, Philippe .HAZIF THOMAS, Cyril. LALOUE, Fabrice. *Qualité de vie et démence .La revue de gériatrie, tome 33, n° 7 Septembre 2008.*

THOMAS, P et « al ». *Qualité de vie de l'aidant du malade dément à domicile. L'étude Pixel .La revue francophone de gériatrie .Février 2006 tome XII, n°122 PP 66-75*

<http://www.ch-esquirol-limoges.fr/Publication/Qualit%E9%20de%20GG.pdf>

PRAS, P. BOUAZIZ, D.TARDIEUX, P-M BAILLEUX, S *.Syndrome d'immobilisation : conséquences et stratégie préventives. NPG, juin 2005,p p 46-51.*

ARTAZ, Marie –Agnès .MEAUME, Sylvie *.Complication de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge .La revue du praticien, 2003, pp 1701 à 1707.*

## SITES INTERNET :

Ministère de la santé Plan Alzheimer et maladie Apparentées 2008/2012

[http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Alzheimer\\_2008-2012.pdf](http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012.pdf)

Complication de l'immobilisation et du décubitus : Prévention et conduite à tenir

[http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=463](http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=463)

BALAS Daniel .Qu'est ce que le syndrome de syndrome .Site consulté le 15/02/2011

<http://homepage.mac.com/danielbalas/public/AUTRE%20INTERVENANTS%20GERONTO/P%20PRAS/Syndimmo.pdf>

MIAS, Lucien. Lève-toi et marche ! Pour le grand âge : une médecine de la personne debout. Site consulté le 22/02/2011

<http://membres.lycos.fr/papidoc/16levetoimarche.html>

MIAS, Lucien. Fondamentaux pour une prendre soin gériatrique. Site consulté le 22/02/2011

<http://membres.lycos.fr/papidoc/02fondamentaux.html>

NGUYEN, Van-Tin. *Conséquences de l'alitement prolongé chez la personne âgée.* Site consulté le 15/02/2011

<http://www.chorleans.fr/fr/services/centre/5eme/resumes/interventions/consequence/?output=binaryFile>.

LES BONNES PRATIQUES DE SOINS EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES. Octobre 2007. Site consulté le 15/02/2009.

<http://www.sante.gouv.fr/tm/actu/alzheimerpresse/ehpad.pdf>

SUDRE, Guy. La qualité en EHPAD, mis à jour le 11/06/2008 site consulté le 11 mars 2009.

<http://www.agevillagepro.com/article-2567-5-une-qualite-de-vie.html>

BROUSSE, C. réflexion sur la qualité de vie. La revue de médecine interne

[http:// France.elsevier.com/direct/REVMED/](http://France.elsevier.com/direct/REVMED/)consulté le 11 mars 2011

BEAUFILS, Béatrice. La qualité de vie. Université paris 8. Site consulté le 31mars2011

<http://wwmoteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/etudeshp/csapf/beaufils.pdf>

DI NOTTE David. YLIEFF, Michel. FONTAINE. Ovide. *Qualité de vie et personnes démentes*

Unité psychologie clinique du vieillissement. Service de psychologie de la santé. Université de Liège

[http://209.85.229.132/search?q=cache:RrvOWFfIheYJ:www2.ulg.ac.be/psysante/qualidem/inami/QoL%2520pers.%2520dem.%2520ernierre%2520version.doc+QoL-AD+score&cd=7&hl=fr&ct=clnk&lr=lang\\_fr](http://209.85.229.132/search?q=cache:RrvOWFfIheYJ:www2.ulg.ac.be/psysante/qualidem/inami/QoL%2520pers.%2520dem.%2520ernierre%2520version.doc+QoL-AD+score&cd=7&hl=fr&ct=clnk&lr=lang_fr) Site consulté le 25/04/11

*Calculer les scores des différents domaines de l'ADRQL et la qualité de vie globale.*

<http://www.ulg.ac.be/psysante/qualidem/inami/manul%20ADRQL.doc.site>

consulté le 1 avril 2011

### **COURS:**

Dr LABOURET. Démarche qualité de vie. Cours donné le 13 Mai 2011 dans le cadre diplôme interuniversitaire de médecin coordonnateur

# **ANNEXES**

# **ANNEXE 1**

**L'échelle d'évaluation ADRQL et son manuel d'instruction**



| <b>Domaines et items</b>                              | <b>D'accord</b> | <b>Pas d'accord</b> |
|-------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>A. Interaction Sociale (IS)</b>                    |                 |                     |
| 1. sourit ou rit quand entouré d'autres               |                 |                     |
| 2. n'accorde pas d'attention à la présence des autres |                 |                     |
| 3. vent resté près d'autres personnes                 |                 |                     |
| 4. cherche le contact des autres                      |                 |                     |
| 5. parle aux personnes                                |                 |                     |
| 6. touche ou permet des contacts                      |                 |                     |
| 7. peut être réconforté ou rassuré                    |                 |                     |
| 8. ne sent pas à l'aise avec des étrangers            | NON ADAPTE      | NOM ADAPTE          |
| 9. réagit avec plaisir face aux animaux domestiques   |                 |                     |
| 10. parle au téléphone                                |                 |                     |
| 11. devient contrarié quand approché                  |                 |                     |
| 12. pousse, agrippe ou frappe                         |                 |                     |
| <b>B. Conscience de soi (CS)</b>                      |                 |                     |
| 1. parle de son ancien travail                        |                 |                     |
| 2. est conscient de sa place dans la famille          |                 |                     |
| 3. fait ou indique ses choix                          |                 |                     |
| 4. est contrarié par des limites personnelles         |                 |                     |
| 5. montre un intérêt pour les événements du passé     |                 |                     |
| 6. ne répond pas à son propre nom                     |                 |                     |
| 7. n'exprime pas des croyances                        |                 |                     |
| 8. indique « oui » ou « non »                         |                 |                     |
| <b>C. Sentiment et humeur (SH)</b>                    |                 |                     |
| 1. sourit ou rit                                      |                 |                     |
| 2. se tortille les mains                              |                 |                     |
| 3. lance ,frappe,donne des coups de pied aux objets   |                 |                     |
| 4. crie ,hurle ou jure                                |                 |                     |
| 5. s'enferme ou se barricade dans....                 |                 |                     |
| 6. est irritable ou se met facilement en colère       |                 |                     |
| 7. veut mourir                                        |                 |                     |
| 8. pleure, se lamente ou fronce les sourcils          |                 |                     |
| 9. montre un grand plaisir                            |                 |                     |
| 10. est agité et vexé                                 |                 |                     |

|                                                         |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|
| 11. s'oppose à l'aide                                   |  |  |
| 12. s'accroche au gens                                  |  |  |
| 13. semble content ou satisfait                         |  |  |
| 14. parle de « se sentir malade »                       |  |  |
| 15. fait preuve d'un sens de l'humour                   |  |  |
|                                                         |  |  |
| <b>D. Plaisir dans les activités (PA)</b>               |  |  |
|                                                         |  |  |
| 1. aime faire des activités seul (e)                    |  |  |
| 2. ne prend pas part à des activités                    |  |  |
| 3. s'assied calmement et apprécie l'activité des autres |  |  |
| 4. ne montre aucun signe de plaisir                     |  |  |
| 5. somnole ou ne fait rien                              |  |  |
|                                                         |  |  |
| <b>E. Réponse à l'environnement (RE)</b>                |  |  |
|                                                         |  |  |
| 1. éprouve du plaisir de ce qui lui appartient          |  |  |
| 2. parle de sentiment d'insécurité                      |  |  |
| 3. est énervé dans d'autres endroits                    |  |  |
| 4. fait des tentatives répétées pour partir             |  |  |
| 5. est contrarié dans son lieu de vie                   |  |  |
| 6. est à l'aise à circuler chez lui/elle                |  |  |
| 7. parle de quitter                                     |  |  |

---

## **CALCULER LES SCORES DES DIFFERENTS DOMAINES DE L'ADRQL ET LA QUALITE DE VIE GLOBALE**

---

Les instructions pour coter l'ADRQL reposent sur la compréhension des pré-requis suivants.

**ITEM :** Les 47 affirmations numérotées de l'ADRQL correspondent à des items. Par exemple, « Il/Elle sourit ou rit quand il/elle est entouré(e) d'autres personnes » est le premier item du domaine « Interaction Sociale ».

**DOMAINE :** L'ADRQL comporte 5 domaines Interaction Sociale (IS), Conscience de Soi (CS), Sentiments et humeur (SH), Plaisir dans les activités (PA) et Réponse à l'entourage (RE). Chaque domaine comprend une série d'items.

**SOUS-SCORES:** A chaque item correspond un sous-score qui représente le poids de l'item dans le score total. Par exemple, Si un aidant familial répond « d'accord » à item « Il/Elle sourit ou rit quand il/elle est entourée d'autres personnes » on attribue une valeur de 12,78 à l'item (voir Table B1)

**SOMMES DES SOUS-SCORES :** La somme de toutes les réponses qui reflètent une bonne qualité de vie le score total. Par exemple, le score total de 56,61 le domaine « Plaisir dans les activités » (voir Table B.2) sera atteint si un aidant familial répond « d'accord » aux items 1 et 3 et « pas d'accord » aux items 2,4 et 5.

### **Instructions générales**

La cotation de l'ADRQL repose sur une série de sous-scores attribués à chaque Item. Une note (deux décimales) est attribuée pour chaque réponse qui reflète une bonne qualité de vie. Une note de zéro (0) est attribuée aux réponses qui ne reflètent pas une bonne qualité de vie. Les domaines de l'ADRQL incluent des items positifs et négatifs, les réponses qui reflètent une bonne qualité de vie sont donc indiquées à certains moments par un « d'accord » alors qu'à d'autres moments une bonne qualité de vie est indiquée par un « pas d'accord ». Par exemple, si un aidant répond «d'accord » à l'item « Il/Elle sourit ou rit quand il/elle est entourée d'autre personnes » cette réponse reflète une bonne qualité de vie, par contre une réponse «pas d'accord » n'indique pas une bonne qualité de vie, pour l'item « Il/Elle prête pas attention a la présence des autres » une réponse «pas d'accord »

Reflète une bonne qualité de vie, alors que « d'accord » non. La table B.1 liste les scores à attribuer aux réponses « d'accord » et « pas d'accord » pour chacun des items des cinq domaines.

| DOMAINES ET ITEMES                                    | SOUS-SCORES |              |
|-------------------------------------------------------|-------------|--------------|
|                                                       | D'ACCORD    | PAS D'ACCORD |
| <b>A.INTERACTION SOCIAL(IS)</b>                       |             |              |
| 1.Sourit ou rit quand entouré d'autres                | 12.78       | 0            |
| 2. n'accorde pas d'attention à la présence des autres | 0           | 11.12        |
| 3. veut rester près d'autres personnes                | 11.25       | 0            |
| 4. cherche le contact des autres                      | 10.81       | 0            |
| 5. parle aux personnes                                | 12.58       | 0            |
| 6. touche ou permet des contacts                      | 11.70       | 0            |
| 7. peut être réconforté(e) ou rassuré(e)              | 11.81       | 0            |
| 8. ne sent pas à l'aise avec des étrangers            | 0           | 9.16         |
| 9. réagit avec plaisir face aux animaux domestique    | 12.82       | 0            |
| 10. parle au téléphone                                | 10.11       | 0            |
| 11. devient contrarié quand approché                  | 0           | 11.57        |
| 12. pousse agrippe ou frappe                          | 0           | 12.71        |
| <b>B .conscience de soi (CS)</b>                      |             |              |
| 1. parle de son ancien travail                        | 12.79       | 0            |
| 2. est conscient de sa place dans la famille          | 12.69       | 0            |
| 3. fait ou indique ses choix                          | 12.98       | 0            |
| 4. est contrarié par des limites personnelles         | 0           | 8.78         |
| 5. montre un intérêt pour les événements du passé     | 12.79       | 0            |
| 6. ne répond pas à son propre nom                     | 0           | 12.70        |
| 7. n'exprime pas des croyances                        | 0           | 11.00        |
| 8. indique « oui » ou « non »                         | 10.91       | 0            |
| <b>C. Sentiments et humeur (SH)</b>                   |             |              |
| 1. sourit ou rit                                      | 13.75       | 0            |
| 2. se tortille les mains                              | 0           | 10.90        |
| 3. lance, frappe, donne des coups de pied aux objets  | 0           | 12.87        |
| 4. crie, hurle ou jure                                | 0           | 12.63        |
| 5. s'enferme ou se barricade dans                     | 0           | 13.20        |
| 6. est irritable ou se met facilement en colère       | 0           | 11.18        |
| 7. veut mourir                                        | 0           | 13.85        |
| 8. pleur, se lamente ou fronce les sourcils           | 0           | 11.85        |
| 9. montre un grand plaisir                            | 13.30       | 0            |
| 10. est agité et vexé                                 | 0           | 11.85        |

|                                                         |       |       |
|---------------------------------------------------------|-------|-------|
| 11. s'oppose à l'aide                                   | 0     | 10.13 |
| 12. s'accroche au gens                                  | 0     | 9.75  |
| 13. semble content ou satisfait                         | 12.82 | 0     |
| 14. parle de « se sentir malade »                       | 0     | 10.04 |
| 15. fait preuve d'un sens de l'humour                   | 13.32 | 0     |
| <b>D. Plaisir dans les activités (PA)</b>               |       |       |
| 1. aime faire des activités seul (e)                    | 11.80 | 0     |
| 2. ne prend pas part à des activités                    | 0     | 10.46 |
| 3. s'assied calmement et apprécie l'activité des autres | 12.43 | 0     |
| 4. ne montre aucun signe de plaisir                     | 0     | 10.37 |
| 5. somnole ou ne fait rien                              | 0     | 11.55 |
| <b>E. Réponse à l'environnement (RE)</b>                |       |       |
| 1. éprouve du plaisir de ce qui lui appartient          | 11.67 | 0     |
| 2. parle de sentiment d'insécurité                      | 0     | 9.78  |
| 3. est énervé dans d'autres endroit                     | 0     | 9.15  |
| 4. fait des tentatives répétées pour partir             | 0     | 10.48 |
| 5. est contrarié dans son lieu de vie                   | 0     | 10.68 |
| 6. est à l'aise à circuler chez lui/elle                | 12.66 | 0     |
| 7. parle de quitter                                     | 0     | 9.57  |

## **Instructions de cotation spécifiques**

Un score global peut être calculé pour chacun des 5 domaines de l'échelle. Dans tous les cas, un score élevé reflète une qualité de vie élevée. Pour coter, suivez les trois étapes suivantes :

Étape 1 : Pour chacun des domaines, effectuer la somme des sous-scores de chaque item compris dans celui-ci

Étape 2 : Diviser le score obtenu dans l'étape 1 par le score maximum qu'un sujet peut obtenir pour le domaine.

Étape 3 : Multiplier le résultat (ou quotient) de l'étape 2 par 100 pour obtenir un score pouvant s'étendre de 0 à 100 (pourcentage)

Pour calculer le score global de qualité de vie, effectuer la somme de tous les sous-scores attribués à chacun des 47 items de l'échelle et diviser la somme par le score maximum qui peut être obtenu par un sujet à l'ADRQL. Multiplier le résultat par 100 pour obtenir un score en pourcent. La table B.2 reprend les scores totaux pour les 5

domaines et pour le score global qui doivent être utilisés comme dénominateur dans la division des scores.

Certains sujets peuvent être dans l'impossibilité de répondre à un ou plusieurs items de l'échelle. Notons que l'examineur doit tout faire pour obtenir une réponse à chacun des 47 items. Par exemple, un soignant peut éprouver certaines difficultés à répondre à l'item « Il/Elle n'exprime plus des croyances ou positions qu'il/elle a toujours tenu » parce que le soignant ne connaissait pas la personne avant sa maladie. Dans ce cas, si le soignant est incapable de répondre « d'accord » ou « pas d'accord », l'item devra rester sans réponse, la procédure de cotation qui sera appliquée dans ce cas est décrite ci-dessous.

Pour coter l'ADRQL quand le protocole comporte une ou plusieurs données manquantes, soustraire la note attribuée à cet item du score maximum des sous échelles et du score global (voir table B.2) et ce pour chaque item où une réponse manque. Le résultat modifie le score total qui doit être utilisé comme dénominateur dans l'étape 2. Par exemple, si la réponse à l'item 7 du domaine Conscience de Soi (CS) est manquante, le score maximum devient 83.64 pour ce domaine ( $94.64 - 11.00 = 83.64$ ). Ce faisant, la valeur de l'item manquant est exclue à la fois du numérateur et du dénominateur de la procédure de cotation de l'étape 2. Les étapes 1 et 3 ne subissent pas de modification.

**Table B.2 Score maximums pour chacun des domaines et score global maximum**

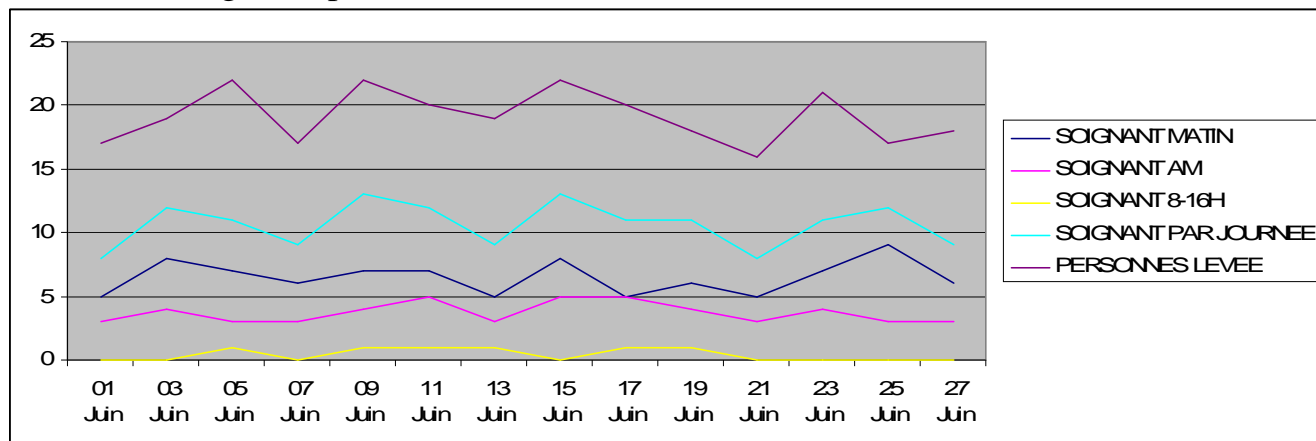
| Domaines et Qualité de vie globale | Scores maximums <sup>1</sup> |
|------------------------------------|------------------------------|
| A. Interaction Sociale (IS)        | 138.42                       |
| B. Conscience de Soi (CS)          | 94.64                        |
| C. Sentiments et Humeur (SH)       | 181.10                       |
| D. Plaisir dans les Activités (PA) | 56.61                        |
| E. Réponse à l'environnement (RE)  | 73.99                        |
| Qualité de vie globale             | 544.76                       |

<sup>1</sup> Le score maximum découle de la somme de toutes les réponses qui reflète une bonne qualité de vie

# **ANNEXE 2**

**Résultas de la phase 1.**

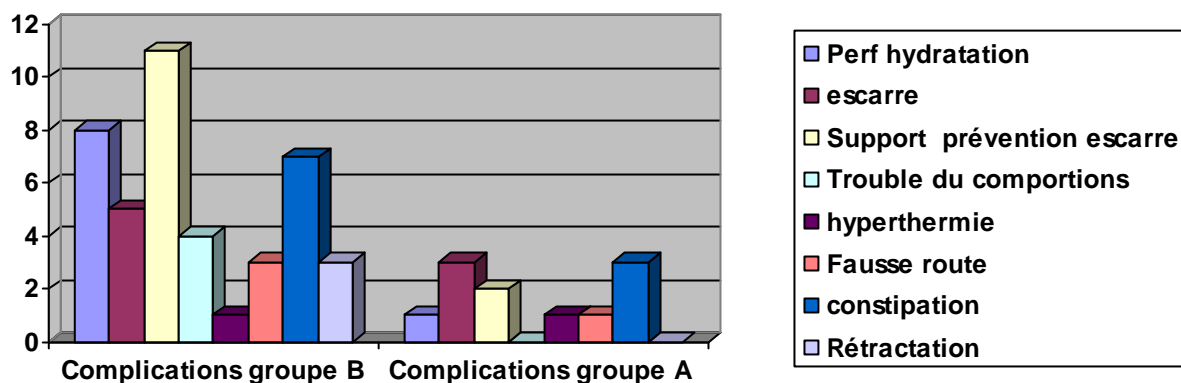
## Nombre de soignants présents et nombre de résidents levés



|         | SOIGNANTMATIN | SOIGNANT AM | SOIGNANT 8-16H | SOIGNANT PAR JOURNEE | PERSONNES LEVEE |
|---------|---------------|-------------|----------------|----------------------|-----------------|
| 01-juin | 5             | 3           | 0              | 8                    | 17              |
| 02-juin | 7             | 3           | 1              | 11                   | 19              |
| 03-juin | 8             | 4           | 0              | 12                   | 19              |
| 04-juin | 9             | 3           | 0              | 12                   | 20              |
| 05-juin | 7             | 3           | 1              | 11                   | 22              |
| 06-juin | 4             | 3           | 0              | 7                    | 15              |
| 07-juin | 6             | 3           | 0              | 9                    | 17              |
| 08-juin | 7             | 3           | 2              | 12                   | 19              |
| 09-juin | 7             | 4           | 1              | 13                   | 22              |
| 10-juin | 8             | 5           | 0              | 13                   | 22              |
| 11-juin | 7             | 5           | 1              | 12                   | 20              |
| 12-juin | 7             | 5           | 1              | 13                   | 21              |
| 13-juin | 5             | 3           | 1              | 9                    | 19              |
| 14-juin | 5             | 3           | 1              | 9                    | 17              |
| 15-juin | 8             | 5           | 0              | 13                   | 22              |
| 16-juin | 6             | 5           | 0              | 11                   | 17              |
| 17-juin | 5             | 5           | 1              | 11                   | 20              |
| 18-juin | 6             | 5           | 0              | 11                   | 19              |
| 19-juin | 6             | 4           | 1              | 11                   | 18              |
| 20-juin | 5             | 3           | 0              | 8                    | 17              |
| 21-juin | 5             | 3           | 0              | 8                    | 16              |
| 22-juin | 6             | 3           | 2              | 11                   | 17              |
| 23-juin | 7             | 4           | 0              | 11                   | 21              |
| 24-juin | 8             | 3           | 1              | 12                   | 20              |
| 25-juin | 9             | 3           | 0              | 12                   | 17              |
| 26-juin | 9             | 3           | 0              | 12                   | 17              |
| 27-juin | 6             | 3           | 0              | 9                    | 18              |
| 28-juin | 6             | 3           | 0              | 9                    | 17              |

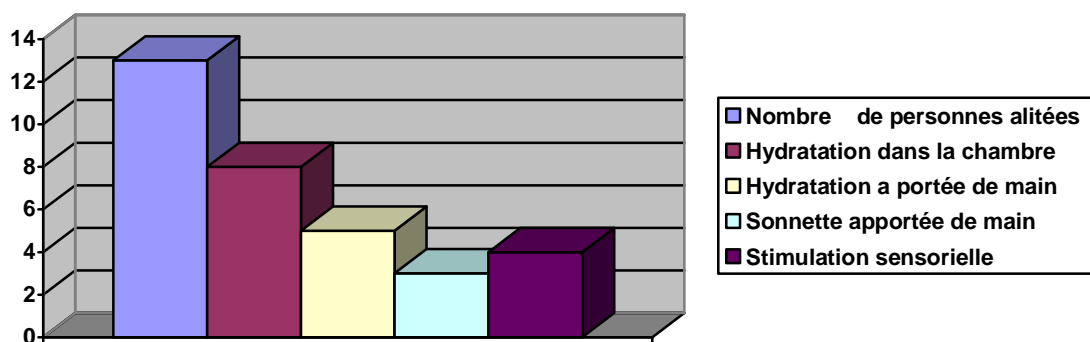


## Les complications relevées dans les dossiers de soin.



|                                   | Complications groupe B | Complications groupe A |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>Perf hydratation</b>           | 8                      | 1                      |
| <b>escarre</b>                    | 5                      | 3                      |
| <b>Support prévention escarre</b> | 11                     | 2                      |
| <b>Trouble du comportements</b>   | 4                      | 0                      |
| <b>hyperthermie</b>               | 1                      | 1                      |
| <b>Fausse route</b>               | 3                      | 1                      |
| <b>constipation</b>               | 7                      | 3                      |
| <b>Rétractation</b>               | 3                      | 0                      |

## Observation au lit du résident du 22 juin 2011



|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>Nombre de personnes alitées</b>  | <b>13</b> |
| <b>Hydratation dans la chambre</b>  | <b>8</b>  |
| <b>Hydratation a portée de main</b> | <b>5</b>  |
| <b>Sonnette apportée de main</b>    | <b>3</b>  |
| <b>Stimulation sensorielle</b>      | <b>4</b>  |

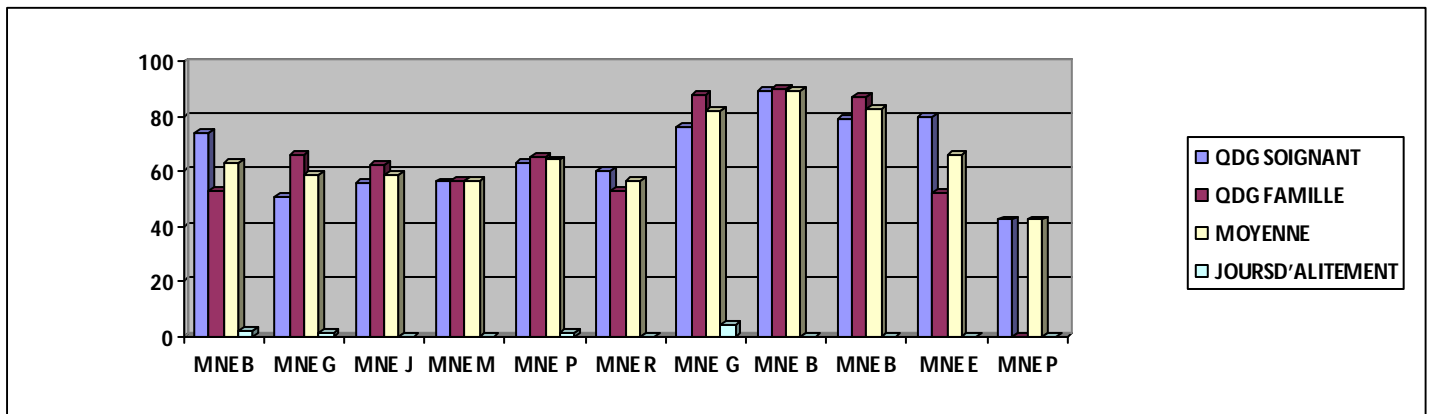
# **ANNEXE 3**

**Résultat de la phase 2.**

### Résultats en % par résident de ADRQL

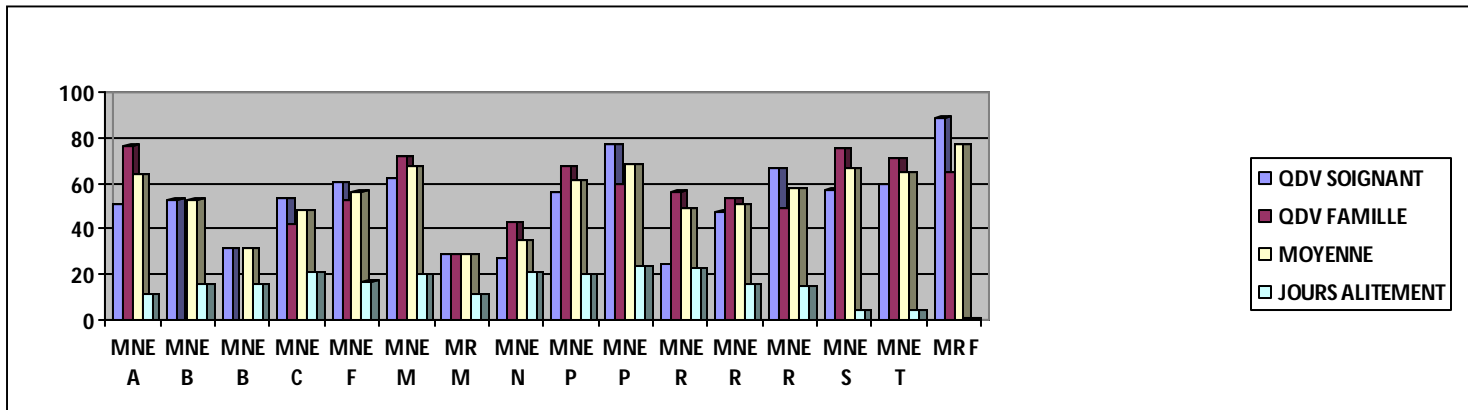
|                   | IS Soignant | IS Famille | CS Soignant | CS famille | SH famille | PA Soignant | PA Famille | RE Soignant | RE I |
|-------------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------|
| MNE A             | 64.21       | 99.68      | 77.21       | 79.10      | 79.84      | 18.48       | 40.43      | 41.43       | 55.5 |
| MNE B             | 53.58       |            | 32.43       |            |            | 38.88       |            | 67.12       |      |
| MNE B             | 16.56       |            | 9.28        |            |            | 0.00        |            | 56.10       |      |
| MNE B             | 54.18       | 46.76      | 61.37       | 50.29      | 62.26      | 60.68       | 0.00       | 82.89       | 82.8 |
| MNE C             | 35.37       | 38.70      | 34.14       | 9.28       | 65.21      | 36.81       | 0.00       | 67.12       | 67.1 |
| Mne El post chute | 45.20       |            | 52.07       |            |            | 0.00        |            | 67.12       |      |
| MNE E             | 84.33       | 91.66      | 65.59       | 63.69      | 100.00     | 61.12       | 59.57      | 100.00      | 71.2 |
| MNE F             | 56.90       | 65.78      | 77.01       | 38.56      | 72.63      | 39.16       | 20.40      | 12.93       | 26.5 |
| MNEG              | 56.79       | 74.15      | 65.69       | 90.72      | 60.33      | 18.32       | 38.72      | 0.00        | 42.3 |
| MNE J             | 58.06       | 57.51      | 52.07       | 79.10      | 60.50      | 0.00        | 18.32      | 74.42       | 87.6 |
| MNE M             | 54.09       | 75.81      | 88.38       | 72.88      | 86.69      | 0.00        | 40.83      | 67.12       | 54.1 |
| MNE M             | 63.92       | 37.67      | 11.53       | 0.00       | 92.21      | 42.36       | 40.26      | 100.00      | 84.2 |
| MR M              | 19.46       | 19.46      | 63.83       | 63.38      | 26.96      | 18.48       | 18.48      | 13.22       | 13.2 |
| MNE N             | 0.00        | 44.40      | 9.28        | 30.31      | 67.82      | 0.00        | 18.32      | 52.68       | 68.4 |
| MNE P             | 81.49       | 82.29      | 24.95       | 34.22      | 94.62      | 36.80       | 40.83      | 69.96       | 40.0 |
| MNE P             | 74.15       | 38.43      | 47.94       | 86.26      | 75.53      | 12.10       | 12.10      | 28.99       | 82.8 |
| MNE P             | 32.48       | 65.33      | 68.74       | 77.21      | 85.30      | 78.04       | 20.40      | 69.67       | 82.8 |
| MNE R             | 20.23       | 63.56      | 63.49       | 47.94      | 67.66      | 0.00        | 38.72      | 56.09       | 42.8 |
| MNE R             | 55.03       | 47.71      | 24.95       | 34.32      | 87.05      | 18.32       | 40.28      | 56.09       | 82.8 |
| MNE R             | 81.57       | 44.26      | 38.46       | 45.85      | 72.58      | 78.84       | 18.48      | 57.53       | 67.1 |
| MNE R             | 63.60       | 83.23      | 77.33       | 90.72      | 48.11      | 78.04       | 81.36      | 44.49       | 29.9 |
| MNE S             | 55.75       | 75.20      | 50.29       | 100.00     | 82.93      | 40.28       | 40.28      | 54.75       | 54.7 |
| MNE T             | 66.88       | 82.73      | 47.63       | 49.93      | 86.10      | 18.48       | 36.80      | 56.09       | 67.1 |
| MNE G             | 80.22       | 99.68      | 65.59       | 65.59      | 94.08      | 58.75       | 79.16      | 71.55       | 85.8 |
| MR B              | 99.68       | 84.39      | 74.86       | 88.38      | 100.00     | 79.21       | 78.04      | 100.00      | 87.0 |
| MR B              | 62.73       | 91.66      | 86.59       | 65.69      | 94.41      | 58.75       | 100.00     | 23.53       | 84.2 |
| MR E              | 84.39       | 64.17      | 100.00      | 74.69      | 46.94      | 38.72       | 0.00       | 41.36       | 57.1 |
| MR F              | 81.67       | 91.66      | 86.49       | 79.10      | 54.75      | 100.00      | 58.75      | 82.89       | 29.9 |
| MR P              | 37.93       |            | 38.66       |            |            | 42.80       |            | 72.35       |      |

## Qualité de vie en % et jours d'alitement du groupe A



|       | QDG SOIGNANT | QDG FAMILLE | MOYENNE | JOURSD'ALITEMENT |
|-------|--------------|-------------|---------|------------------|
| MNE B | 73.89        | 52.71       | 63.30   | 2                |
| MNE G | 51.02        | 66.37       | 58.70   | 1                |
| MNE J | 55.59        | 62.38       | 58.99   | 0                |
| MNE M | 56.17        | 56.43       | 56.30   | 0                |
| MNE P | 63.37        | 65.09       | 64.23   | 1                |
| MNE R | 60.50        | 52.74       | 56.62   | 0                |
| MNE G | 76.34        | 87.61       | 81.98   | 4                |
| MR B  | 89.25        | 90.11       | 89.68   | 0                |
| MR B  | 78.93        | 87.23       | 83.08   | 0                |
| MR E  | 80.11        | 52.37       | 66.24   | 0                |
| MR P  | 42.34        |             | 42.34   | 0                |

## Qualité de vie en % et jours d'alitement du groupe B



|       | QDV SOIGNANT | QDV FAMILLE | MOYENNE | JOURS ALITEMENT |
|-------|--------------|-------------|---------|-----------------|
| MNE A | 51.02        | 76.83       | 63.93   | 11              |
| MNE B | 53.15        |             | 53.15   | 16              |
| MNE B | 31.20        |             | 31.20   | 16              |
| MNE C | 53.74        | 42.42       | 48.08   | 21              |
| MNE F | 60.24        | 52.99       | 56.62   | 17              |
| MNE M | 62.57        | 72.22       | 67.40   | 20              |
| MR M  | 28.85        | 28.85       | 28.85   | 11              |
| MNE N | 27.04        | 42.71       | 34.88   | 21              |
| MNE P | 55.80        | 67.61       | 61.71   | 20              |
| MNE P | 77.28        | 59.34       | 68.31   | 24              |
| MNE R | 42.25        | 56.64       | 49.45   | 23              |
| MNE R | 47.71        | 53.46       | 50.59   | 16              |
| MNE R | 66.59        | 48.85       | 57.72   | 15              |
| MNE S | 57.52        | 75.70       | 66.61   | 4               |
| MNE T | 59.47        | 70.99       | 65.23   | 4               |
| MR F  | 89.05        | 64.79       | 76.92   | 1               |

# **ANNEXE 4**

**Nouvelle grille de validation des soins.**

DIAGRAMME DE SOINS

|                   | DATE                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                   | Soins de base                                                     | M | S | N | M | S | N | M | S | N | M | S | N | M | S | N | M | S | N | M | S |
| <b>0000000000</b> | Autonome                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Toilette au lit T,P,A                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Toilette au lavabo T,P,A                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Douche, brancard douche BD, chaise douche CD, shampoing douche SD |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Soins de douche Sb/ brosse dents BD                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Appareils dentaires                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Soins ongles                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Rasage                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Habillage/ déshabillage T,A                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>0000000000</b> | Accompagner aux toilettes                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Chaise pot, WC                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Urinal, bassin, Etui pénien                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Selles                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Norma col NC / suppositoire S                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Change protection                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Contrôle saturation sans change de protection                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>0000000000</b> | Autonome                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Installation pour le repas                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Mange seul                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Aide pour repas T, P                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Collation                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Surveillance alimentaire                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Repas pris 0- <sup>1/4</sup> - <sup>1/2</sup> -1                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>0000000000</b> | Etudiant                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | AS                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | IDE                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                   | Diététicienne                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |





Légende : **T**= totale **P**= partiellement fait **A**= autonome = ablation **X**= fait ↗ = non fait, voir cible = fait mais voir

# ANNEXE 5

ANCIENNE GRILLE DE VALIDATION DES SOINS

## DIAGRAMME DES SOINS

| <b>NOM- PRENOM :</b>              |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
|-----------------------------------|-------|---|---|-------|---|---|----------|---|---|-------|---|---|----------|---|---|--------|---|---|----------|---|---|
| <b>CHAMBRE :</b>                  |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| <b>SIGNES PARTICULIERS :</b>      |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| DATE                              | LUNDI |   |   | MARDI |   |   | MERCREDI |   |   | JEUDI |   |   | VENDREDI |   |   | SAMEDI |   |   | DIMANCHE |   |   |
|                                   | ....  |   |   | ...   |   |   | .....    |   |   |       |   |   | ....     |   |   | .....  |   |   |          |   |   |
|                                   | M     | S | N | M     | S | N | M        | S | N | M     | S | N | M        | S | N | M      | S | N | M        | S | N |
| <b>HYGINE</b>                     |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Autonome                          |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Toilette au lavabo : t ou b       |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Toilette ou lit :t ou b           |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Douche                            |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Pédiluve :<br>P ,Capiluve : C     |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Appareils dentaires               |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Soins de bouche                   |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Brossage des dents                |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Rassage                           |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Prévention escarres               |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Habillage SEUL OU AIDE            |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| elimination urines –selles        |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Wc                                |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| chaise-pot                        |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| change de protection              |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| surveillance des selles*          |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Nomacol :NC ;<br>Suppositoire : s |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| <b>LOCOMOTION</b>                 |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Autonome                          |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Canne                             |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Déambulateur                      |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Fauteuil roulant                  |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Attache :<br>Culotte              |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Ventrale                          |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Thoracique                        |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Bandes Biflex :<br>jour           |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Nuit                              |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Lever                             |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |
| Coucher                           |       |   |   |       |   |   |          |   |   |       |   |   |          |   |   |        |   |   |          |   |   |

divers :

petits soins : soin des ongles des mains

selles : normales diarrhéiques /, T : Totale P : Partielle

| SIGNATURES | M | S | N | M | S | N | M | S | N | M | S | N | M | S | N | M | S | N | M | S | N |  |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

