



Université Paris Descartes – Faculté Cochin – Port Royal

**Rester debout
ou
le droit au risque**

Étudiantes :
ATHANÉ Marie
RIBEIRO Annabella

Diplôme Universitaire
Infirmier(ère) référent(e) d'EHPAD et de SSIAD (IRES)

Année Universitaire 2014 - 2015

Directrice de mémoire : Madame CARAVELLA Annita
cadre formatrice à l'IFSI de Charleville Mézières

Table des matières

Remerciements.....	4
Introduction.....	5
I. Cadre conceptuel.....	6
A. Les chutes.....	6
a. Définition.....	6
b. Épidémiologie	6
c. Sortes de chutes.....	7
d. Causes répertoriées.....	8
i. Troubles neurologiques à l'origine de chute.....	8
ii. Déséquilibres sanguins à l'origine de chute.....	8
iii. Traumatismes dus à la chute.....	9
iv. Lorsqu'une personne âgée reste au sol trop longtemps.....	9
v. Phlébite suite à une chute.....	9
vi. Escarres suite à une chute.....	10
vii. Rhabdomyolyse suite à une chute chez une personne âgée.....	10
viii. Déshydratation suite à une chute.....	10
ix. Hypothermie suite à une chute chez une personne âgée.....	10
x. Conséquences d'un arrêt de traitement suite à une chute.....	10
xi. Complications psychologiques et sociales des chutes.....	10
xii. Conséquences psychologiques des chutes.....	11
xiii. Conséquences sociales des chutes.....	11
xiv. Conséquences psychomotrices	11
xv. Traitement après la chute	12
B. La contention et la privation de liberté.....	13
a. Définition de la contention physique.....	13
b. Historique de la contention physique	13
c. Épidémiologie et prévalence.....	14
d. Texte législatif-code pénal.....	14

e. Recommandation de la Haute Autorité de la Santé.....	14
f. Les différents types de contention.....	15
g. Complications de la contention.....	15
i. Risques somatiques.....	16
ii. Risques traumatiques.....	16
iii. Risques psychiques.....	16
h. Dimensions éthiques de la contention.....	17
C. Rester debout ou le droit au risque.....	17
D. Les droits de la personne âgée.....	17
II. Problématique.....	18
III. Méthode.....	18
A. Population interrogée.....	18
B. Conception du questionnaire.....	18
IV. Résultats.....	19
V. Synthèse et Discussion.....	24
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	28

Table des illustrations

Illustration 1 : Existence d'un protocole de chute.....	19
Illustration 2 : Analyse globale des déclarations de chute.....	19
Illustration 3 : Analyse individuelle des déclarations de chute.....	20
Illustration 4 : Prescription d'une contention lors de chutes répétées.....	20
Illustration 5 : Réévaluation des contentions mises suite à des chutes répétées.....	21
Illustration 6 : Inscription de la prévention des chutes dans le PVI.....	21
Illustration 7 : Existence de réunions de synthèse sur les chutes répertoriées et les résidents à risque.....	22
Illustration 8 : Existence de formations de sensibilisation à la prévention des chutes.....	22
Illustration 9 : Réflexion éthique pluridisciplinaire lors de la pose d'une contention physique	23
Illustration 10 : Présence d'un référent-chute dans l'établissement.....	23

Table des annexes

Annexe 1 : test simple « Get up and go test ».....	29
Annexe 2 : Épreuve de Tinetti.....	30
Annexe 3 : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.....	31
Annexe 4 : Questionnaire envoyé.....	33

Remerciements

Je remercie mes enfants, mes parents et mes collègues pour leur soutien, ma directrice de mémoire madame Caravella pour son aide précieuse ainsi que ma direction qui m'a permise d'accéder à cette formation.

Annabella Ribeiro

Je tiens à remercier ma direction pour avoir financé ce cursus universitaire. Je remercie également mes collègues de la promotion et en particulier Annabella, Nicole, Carla et Emmanuelle : nos échanges m'ont beaucoup apporté et c'était un vrai plaisir de les retrouver. Enfin, je remercie mes amis et ma famille pour leur soutien, et plus particulièrement ma sœur, Elise, pour son aide et son regard attentif sur ce mémoire.

Marie Athané

Introduction

Les chutes sont fréquentes chez la personne âgée de soixante-cinq ans et plus. On estime de 10 à 20 % le taux de ces chutes. Elles surviennent le plus souvent lors d'activités telles que marcher, se lever d'une position assise ou s'asseoir.

Selon une étude faite par l'HAS¹, les chutes répétées sont associées à une forte morbi-mortalité accélérant le processus de perte d'autonomie et d'indépendance et à un taux d'institutionnalisation élevé pouvant atteindre 40 % des personnes.

En EHPAD², une personne âgée qui chute devrait faire l'objet d'une déclaration de chute systématique selon les protocoles établis dans l'établissement. Devant l'apparition de signes cliniques tels que la douleur ou l'incapacité de la personne à se mobiliser, un avis médical est demandé.

Selon l'ANAES³, « *l'utilisation de la contention représente un exemple des dilemmes qui peuvent survenir dans les situations de soins. S'il reste incontestable que la contention physique est, dans certains cas, une nécessité pour protéger le patient, les risques et les conséquences qu'elle entraîne sont parfois irréversibles chez les sujets âgés fragiles* ». « *Il est apparu que le recours aux différents moyens de contention physique dans la prise en charge des sujets est fréquente* »^[a].

Après une chute ou une récurrence, la pose d'une contention physique est prescrite par le médecin traitant, le plus souvent à la demande du soignant sous la pression des familles. Il se pose alors des questions éthiques et déontologiques : la prescription d'une contention physique est-elle l'unique solution ? Comment exploiter au mieux les déclarations de chutes en EHPAD afin d'éviter la récurrence et apporter des solutions ? Faut-il systématiser la pose d'une contention physique chez la personne âgée lors d'une chute ? La personne âgée ne perd-elle pas de liberté de mouvements ? Qui sommes-nous, soignants, pour faire ce choix ? Ce procédé ne relève-t-il pas d'un projet de soins décisionnel pluridisciplinaire sur le déclenchement ou non de la pose d'une contention ?

1 - HAS : Haute Autorité de Santé

2 - EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

3 - ANAES : Agence Nationale d'Accréditation En Santé

I. Cadre conceptuel

A. Les chutes

a. Définition

Selon le dictionnaire Larousse, c'est l'action de tomber, de perdre l'équilibre, d'être entraîné vers le sol (faire une chute). La chute est un accident par lequel une personne ou un objet vient heurter le sol. Pour une personne, on distingue :

- la chute de plein pied : la personne tombe de sa hauteur (elle s'effondre sous l'effet d'un malaise, d'une perte de connaissance),
- la chute d'un lieu élevé : l'endroit est sur niveaux et la personne tombe d'un niveau donné vers un niveau inférieur,
- la chute par projection : ce type de chute peut provoquer des blessures graves et même le décès.

b. Épidémiologie

Selon l'OMS⁴, « *les chutes sont la deuxième cause de décès accidentels ou de décès par traumatisme involontaire dans le monde. Selon les estimations, 424000 personnes perdent la vie chaque année à la suite de chutes, dont plus de 80 % dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Les personnes qui font le plus grand nombre de chutes mortelles sont des personnes de plus de soixante-cinq ans. On enregistre chaque année 37,3 millions de chutes qui sont suffisamment graves pour nécessiter des soins médicaux. Les stratégies de prévention devraient privilégier l'éducation, la formation et l'aménagement d'environnement sécurisés, en accordant un degré de priorité élevé de travaux de recherche sur les chutes et en mettant en place des mesures efficace pour réduire les risques* ». ^[b]

On entend par chute un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. Les traumatismes dus aux chutes peuvent être mortels. Si toutes les personnes qui font une chute sont exposées à un risque de traumatisme, l'âge, le sexe et l'état

4 - OMS : Organisation Mondiale de la Santé

de santé peuvent avoir une incidence sur le type et la gravité de ce traumatisme.

L'âge est l'un des principaux facteurs de risques. C'est chez les personnes âgées que le risque de décès ou de traumatismes graves dus aux chutes est le plus élevé et ce risque augmente avec l'âge.

Incidence^[c] :

- 1/5 à 1/3 des sujets de plus de soixante-cinq ans à domicile chute une fois par an
- 1/3 à 1/2 des sujets de plus de soixante-cinq ans en institution
- L'incidence des chutes augmente avec l'âge :
 - 25 % à 70 ans,
 - 35 % à 75 ans,
 - 40 % à 80 ans (chiffre USA).
- En France : 1,3 à 2 millions de sujets de plus de soixante-cinq ans chuteraient chaque année.
- Les femmes chutent plus que fréquemment que les hommes.

c. Sortes de chutes

Il existe différentes sortes de chutes^[d] :

- les chutes mécaniques : celles où le patient a glissé ou heurté un obstacle,
- les chutes par malaise,
- les chutes spontanées, survenant sans malaise ni obstacle mécanique.

Devant les différentes chutes, il est du devoir du médecin de rechercher la ou les cause(s) afin de mettre en place les mesures correctives et limiter ainsi la récurrence de la chute chez la personne âgée.

En France, les chutes sont les accidents de la vie courante les plus fréquents chez les personnes de plus de soixante-cinq ans, avec des conséquences parfois graves : une hospitalisation dans 27 % des cas entre soixante-cinq et soixante-dix ans et dans 44% des cas au delà de quatre-vingt-dix ans^[e].

d. Causes répertoriées

Les causes répertoriées sont les suivantes :

- Les chutes liées à l'environnement (chaussures mal adaptées, vêtements trop amples, insuffisance d'aménagement du domicile, activités dangereuses) représenteraient la moitié des causes de chute chez la personne âgée. Leur rôle serait plus important pour les chutes observées chez les personnes de soixante-cinq à soixante-dix ans. Au-delà de cet âge, les causes liées à un problème de santé semblent prendre le pas sur les causes environnementales.
- Les chutes liées à un problème de santé : ces causes sont celles liées à une maladie particulière, plus ou moins graves.
- Les problèmes de cœurs et de vaisseaux sanguins.
- L'hypotension orthostatique qui se traduit par des vertiges après être passé trop rapidement de la station couchée ou assise à la station debout. Elle est l'une des causes les plus fréquentes de chute chez les personnes très âgées (10 à 15 % des chutes).
- L'hypotension orthostatique qui peut être liée à des problèmes veineux des jambes, un vieillissement du système de contrôle de la pression sanguine entraînant une tension artérielle trop basse, ou se manifester après un repas copieux. Le plus souvent, elle constitue un effet indésirable d'un traitement médicamenteux.

i. Troubles neurologiques à l'origine de chute

Chez la personne âgée, on observe parfois des accidents vasculaires cérébraux. Certains de ces accidents sont passagers (accident ischémique transitoire) et peuvent se traduire par des vertiges ou par une faiblesse musculaire soudaine qui peut entraîner une chute. Chez certaines personnes, la perte d'équilibre est provoquée par une hémorragie cérébrale (hématome sous dural) ou les effets indésirables de certains traitements médicamenteux.

ii. Déséquilibres sanguins à l'origine de chute

Lorsque le taux de sucre dans le sang est insuffisant, des vertiges et une faiblesse musculaire peuvent apparaître et entraîner une chute. Cet épisode d'hypoglycémie peut être dû à une alimentation insuffisante et déséquilibrée, ou un traitement contre le diabète mal

équilibré.

Parfois, une maladie ou un traitement peut provoquer des déséquilibres des concentrations sanguines de potassium ou de calcium. Ces déséquilibres se traduisent par des troubles de la vigilance et de l'équilibre qui peuvent être à l'origine d'une chute.

Au-delà des conséquences physiques liées au traumatisme, une cascade de complications psychologiques et sociales peut également survenir.

iii. Traumatismes dus à la chute

Comme à tout âge, tomber peut entraîner des contusions, des plaies ou des ecchymoses, mais également des luxations ou des fractures, en particulier une fracture du col du fémur. Chez les seniors, on estime qu'une chute sur douze est responsable de fracture, et que celle-ci touche le col du fémur une fois sur trois (soit environ 50 000 fractures du col du fémur par an en France).

Chez les personnes âgées, il arrive qu'une chute ne se traduise que par une douleur persistante et modérée que la personne supporte plusieurs jours avant d'accepter de consulter et de découvrir l'existence d'une fissure ou d'une fracture osseuse. Avec l'âge, la perception de la douleur se modifie et peut fausser le jugement sur la gravité des conséquences d'une chute.

iv. Lorsqu'une personne âgée reste au sol trop longtemps

Parmi les conséquences de la chute, certaines surviennent lorsque la personne âgée est incapable de se relever et reste au sol longtemps avant que quelqu'un vienne la secourir. Cette immobilisation prolongée au sol peut avoir des conséquences physiques et psychologiques importantes, en particulier après quatre-vingt ans.

v. Phlébite suite à une chute

On appelle phlébite l'obstruction d'une veine par un caillot de sang. La phlébite apparaît lorsque le sang circule mal dans les veines, par exemple lors d'une immobilisation prolongée dans une position qui gêne la circulation sanguine. Lorsqu'elle touche les veines des jambes, la phlébite peut se compliquer en embolie pulmonaire : un fragment de caillot sanguin quitte la veine touchée pour aller obstruer une veine pulmonaire. L'embolie pulmonaire peut rapidement provoquer le décès de la personne touchée.

vi. Escarres suite à une chute

Lorsque la peau est écrasée par le poids de la personne, par exemple lorsque celle-ci est allongée sur un sol dur, la circulation sanguine y est réduite. Cette mauvaise oxygénation de la peau, si elle se prolonge au-delà de quelques heures, va avoir pour conséquence de provoquer la mort des cellules et la formation d'une zone de peau qui va noircir et se détacher, formant ainsi une plaie difficile à soigner appelée escarre.

vii. Rhabdomyolyse suite à une chute chez une personne âgée

De la même manière que la peau, l'écrasement des muscles par le poids d'une personne allongée sur un sol dur pendant des heures peut entraîner la mort des fibres musculaires par manque d'oxygène. C'est la rhabdomyolyse. Les conséquences de ce phénomène peuvent être graves car la mort des fibres musculaires entraîne une augmentation rapide du taux de potassium dans le sang, ce qui peut provoquer des troubles cardiaques et rénaux importants.

viii. Déshydratation suite à une chute

Immobilisée au sol, une personne âgée va rapidement souffrir de déshydratation, voire de dénutrition si personne ne vient la secourir. Cette déshydratation peut avoir de graves conséquences sur le fonctionnement du cœur et des reins.

ix. Hypothermie suite à une chute chez une personne âgée

Si la chute a lieu dans un lieu non chauffé ou sur un carrelage, ou si la personne commence à souffrir de dénutrition, la température de son corps peut progressivement diminuer. Lorsqu'elle est inférieure à 35°C, on parle d'hypothermie. La personne s'endort et, si l'exposition au froid persiste, elle perd connaissance.

x. Conséquences d'un arrêt de traitement suite à une chute

Si la personne qui est immobilisée au sol doit suivre un traitement médicamenteux régulier, l'impossibilité de prendre ce traitement pourra avoir de graves conséquences, en particulier chez les personnes qui prennent des traitements pour le cœur ou les reins.

xi. Complications psychologiques et sociales des chutes

Lorsqu'on évoque les conséquences d'une chute chez les personnes âgées, il ne faut pas

passer sous silence les conséquences psychologiques et sociales. Celles-ci peuvent survenir même si la chute n'a occasionné aucune blessure. Ces conséquences psychologiques et sociales sont des causes fréquentes du placement en institution des personnes âgées.

xii. Conséquences psychologiques des chutes

Le fait d'être tombé, et en particulier le fait d'être resté immobilisé au sol en état d'impuissance à se relever, peut entraîner une forte anxiété quant à l'éventualité d'une deuxième chute dans le futur. La personne a perdu confiance en ses capacités et, comme pour tout sentiment de perte d'une partie de son autonomie, cet état se traduit par des sentiments dépressifs : tristesse, manque de motivation, troubles de l'appétit et du sommeil, etc.

Parfois, il arrive que ces conséquences psychologiques, associées à des troubles neuromusculaires liés à la limitation volontaire des activités, se traduisent par des troubles de la posture et une plus grande difficulté à se déplacer et se mouvoir, initiant ainsi un cercle vicieux. Cet état, appelé syndrome post-chute, justifie un traitement médical afin de redonner à la personne les capacités de se déplacer.

xiii. Conséquences sociales des chutes

Si la personne âgée a perdu confiance dans ses capacités et vit dans l'anxiété de tomber de nouveau, elle va réduire ses sorties et ses déplacements. Cette attitude, associée à une éventuelle dépression, va entraîner une diminution des contacts avec d'autres personnes, un appauvrissement de sa vie sociale et une forte dépendance vis-à-vis des proches ou des aides à domicile. Ces conséquences sociales viennent alors aggraver les conséquences psychologiques de la chute. De plus, l'isolement est un facteur de risque de chute. Ainsi, la personne se retrouve plus à risque de faire une deuxième chute.

xiv. Conséquences psychomotrices

Elles sont les plus fréquentes et bien souvent les plus graves. Une prise en charge trop lente peut être à l'origine d'une lourde dépendance du sujet concerné, avec une évolution trop rapide vers la grabatisation.

Le principal risque de chute est la survenue du syndrome de post-chute. Il se traduit par une sidération des automatismes acquis, une perte d'adaptation posturale, des difficultés à se tenir en position debout, dus à la peur du sujet lorsqu'il s'agit de se projeter en avant pour

démarrer la marche.

xv. Traitement après la chute

La prise en charge d'un patient qui chute doit être précoce, active et globale. Cependant, elle n'a aucun intérêt si l'on ne s'occupe pas au préalable de limiter au maximum les facteurs de risque de survenue de la chute chez la personne âgée.

Le traitement peut être médico-chirurgical, en fonction des causes et des conséquences de cet événement. Une attention particulière concerne la iatrogénie. En effet, le médecin doit revoir les ordonnances pour tenter de limiter au maximum la prise de médicaments auxquels la chute peut être imputée (prise de diurétique qui sollicite la personne âgée à se lever la nuit).

La prescription de protecteurs de hanches trouve sa place dans la prévention du risque de fracture lors de chute répétées.

Le traitement est également fonctionnel avec des soins de rééducations en kinésithérapie et en ergothérapie. La personne reçoit alors des conseils pratiques comme des méthodes pour apprendre à se relever du sol.

Une psychothérapie de soutien est toujours nécessaire chez ces personnes. Elle repose sur du temps d'écoute et de parole avec les soignants, les familles, les médecins ou les psychologues.

Chaque chute nécessite une évaluation pluridisciplinaire afin d'améliorer la communication entre les différents intervenants. Elle permet également d'adapter et d'aménager le lieu de vie de la personne, notamment à l'aide d'un ergothérapeute.

Enfin, il est toujours important de réévaluer le risque de chute ultérieur à l'aide des tests *Get up and on go test* (Cf. annexe 1 page 29) et *Tinetti* (Cf. annexe 2 page 30). Le test *Tinetti* comprend l'évaluation de l'équilibre en neuf items et de la marche en sept. Il évalue l'équilibre en position assise, le lever du fauteuil, l'essai de se lever à partir du sol, l'équilibre en position debout, lors d'une poussée, les yeux fermés en rotation de 360° ou lorsque le sujet s'assoit. On obtient ainsi un premier score d'équilibre sur seize. La seconde partie du test analyse la marche et permet l'obtention d'un second score sur douze. La somme des deux évaluations apporte une note globale sur vingt-huit. Le risque de chute est élevé pour un résultat inférieur à vingt.

Le test *Get up and go test* consiste à demander au patient de se lever d'un siège sans

accouder, de marcher trois mètres puis de faire demi-tour et de revenir s'asseoir en faisant le tour de son siège. Après un premier essai, le second est chronométré. S'il est supérieur à vingt secondes, il existe une fragilité posturale et le sujet risque de chuter ultérieurement.

B. La contention et la privation de liberté

a. Définition de la contention physique

Le mot « contention » vient du latin « contentio » signifiant effort, tension mais aussi lutte et rivalité. Selon l'ANAES, la contention physique, dite passive, se caractérise « par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. »

b. Historique de la contention physique

La contention a un lourd et long passé puisque cette dernière existe depuis l'origine du traitement des maladies mentales. Attacher n'est pas contenir comme l'explique D.Friard^[f]. Dès l'antiquité, la question du contrôle physique est abordée et divisée déjà. Celus Aurélien, médecin, recommande de « *faire usage de lien si les maniaques sont agités, mais sans leur faire mal, en protégeant leurs membres de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après.* » Alors que d'autres, comme Celse, médecin de l'époque, estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie. Au moyen-âge, le malade mental était le plus souvent « soigné » à domicile, il était en général nécessaire de l'attacher. Ce recours semblait alors traduire l'attention des proches qui veillaient à protéger le fou de lui-même tout en préservant la sécurité de chacun. Les moyens de contention ne permettaient pas d'isoler mais de maintenir le fou dans sa famille ou dans sa communauté. Au siècle des Lumières, s'opère un nouveau tournant de l'histoire de la contention en faisant apparaître de nouvelles formes d'attachements. La camisole et les chaînes fixées au mur apparaissent. La théorie de l'époque est que plus la contention est douloureuse, plus les résultats obtenus seront bons. C'est lors de la révolution française que la maladie mentale va être davantage évoquée et va intéresser de très près, Pinel, le premier psychiatre français et Pussin, un gardien. De leur collaboration naît l'abolition innovante des chaînes, jusque-là considérées comme inévitables. Dans son traité de 1800, Pinel va, pour la première fois,

évoquer l'indispensable complémentarité entre compréhension de la maladie mentale et l'importance d'un lieu de soin dédié à l'accompagnement des malades. Ensuite, au lendemain de la seconde guerre mondiale, des infirmières et psychiatres qui sortent des camps de concentration se « *rendent compte qu'il n'y a pas tant de différence entre ce qu'ils ont vécu d'expérience et de claustration et ce que vivent les malades qu'ils sont censés soigner.* » Émergent alors de nouveaux modes de penser la maladie mentale, ce qui va entraîner la fermeture des quartiers d'agités et la suppression progressive des contentions. Ce changement précédera l'apparition des neuroleptiques. Ainsi la contention physique disparaîtra jusqu'à la suppression de matériel dans les services hospitaliers. Cependant, D.Friard souligne que leur utilisation réapparaîtra à la fin des années 1990, à l'époque du décret de fin des études d'infirmières de secteur psychiatriques et infirmières de soins généraux de 1992.

c. Épidémiologie et prévalence

Prévalence des contentions (HAS 2000) :

- entre 7,4 et 17 % dans les services de court séjour
- trois fois plus fréquentes chez les SA / sujets jeunes hospitalisés
- entre 19 et 84,6 % en long séjour !
- en institution de personnes âgées, un décès sur mille est dû à une contention. Dont 58 % lors du maintien au fauteuil et 42 % lors d'une contention au lit.

d. Texte législatif-code pénal

L'article 122-7 cite : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger qui menace elle-même ou autrui accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne* ».

e. Recommandation de la Haute Autorité de la Santé

La Haute Autorité de la Santé recommande dix critères de bonne pratique :

- Critère 1 : la contention physique est réalisée sur prescription médicale
- Critère 2 : une évaluation du rapport bénéfice/risque est réalisée en équipe pluridisciplinaire
- Critère 3 : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier

- Critère 4 : l'information sur la contention physique est donnée à la personne âgée et ses proches
- Critère 5 : le matériel de la contention est approprié et garantit le confort et la sécurité
- Critère 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité
- Critère 7 : la contention physique est levée le plus souvent possible
- Critère 8 : des activités pour assurer le confort psychologique sont proposées
- Critère 9 : l'état de santé de la personne âgée et les conséquences de la contention physique sont évalués au moins toutes les 24h
- Critère 10 : la contention physique est reconduite par prescription médicale motivée toutes les 24h

Ces dix critères permettent la réalisation d'évaluations des pratiques professionnelles.

f. Les différents types de contention

Il existe différents types de contention :

- la contention physique : elle se fait soit au lit soit au fauteuil à l'aide de ceintures de maintien homologuées,
- la contention médicamenteuse : elle se traduit par la prescription de psychotropes. Ces substances altèrent la motricité des personnes, d'où la notion de contention,
- la contention architecturale: elle est surtout utilisée en psychiatrie où les espaces personnels ou communs sont fermés à clef. Ces espaces confinent les personnes mais leur permettent de garder leurs capacités motrices,
- la contention psychologique : c'est le fait d'employer des injonctions orales qui peuvent avoir une incidence sur la mobilité de la personne (exemple : « Ne vous levez pas » « Ne bougez pas »).

g. Complications de la contention

L'efficacité de la contention par rapport aux risques de chute et des troubles du comportement n'a pas été prouvée, en revanche les risques encourus sont connus. Ils peuvent être classés en trois catégories : les risques somatiques, traumatiques et psychiques.

i. Risques somatiques

Une mise sous contention prolongée favorise l'apparition d'un syndrome d'immobilisation. Ce syndrome inclut de nombreux troubles : diminution des amplitudes articulaires, rétraction musculo-tendineuse, contractures, diminution de la force musculaire, ostéoporose, apparition d'escarres, troubles trophiques, infections nosocomiales, incontinence induite ou rétention urinaire, constipation, perte d'appétit, fausses routes et troubles de l'équilibre.

ii. Risques traumatiques

Il peut s'agir d'accidents graves voire mortels : lacérations cutanées, contusions, hématomes, décès par asphyxie lors d'un incendie (impossibilité de fuir devant un danger), strangulation à l'occasion d'un glissement au travers d'une contention abdominale ou thoracique, augmentation du nombre de chutes et de leur gravité (blessures, fractures).

iii. Risques psychiques

Ils sont sûrement les plus évidents et systématiques. La contention physique inflige à ceux qui la subissent des souffrances morales telles que l'angoisse, le désespoir, la colère, un sentiment d'humiliation. Cela peut se traduire par des états d'agitation, de dépression, d'anxiété, de confusion, de régression et de stress.

Il n'existe aucune preuve de l'efficacité de la contention pour limiter les chutes ou les traumatismes qui leur sont liés et certaines études montrent mêmes que leur utilisation chez les patients âgés augmente les chutes graves avec traumatisme. L'étude faite par Tinetti a montré que l'incidence des chutes graves, avec lésions, est nettement supérieure chez ceux qui ont été soumis à la contention, avec un risque relatif de 1,9 en cas de contention intermittente et de 3,7 en cas de contention permanente. D'autres études, notamment celle de Capezuti, ont confirmé le fait que la contention est associée à l'augmentation du risque de chute à répétition.

Il existe aussi des risques pour l'entourage : pour les soignants, un risque de ressentiment pénible, de frustration, pour les proches, un sentiment d'incompréhension, d'impuissance et parfois d'agressivité envers les soignants.

h. Dimensions éthiques de la contention

La contention reste une violence : depuis ses premiers pas, marcher fait partie de l'individu, comme boire et manger. Nous en empêcher est déjà difficile. La contention apparaît comme un abandon. Le soin se définit par une relation, entraver quelqu'un est lui envoyer un message de rupture. La contention est une privation de liberté.

C. Rester debout ou le droit au risque

Fonder l'accompagnement des personnes âgées sur le principe d'autonomie (autos : soi-même, nomos : loi, règle) fait reconnaître le droit au risque. Tel que choisir de se déplacer alors que l'équilibre est précaire et le risque de chute réel. La liberté est la liberté de faire des erreurs, mais aussi celle de décider selon son propre système de valeurs. Limiter le droit au risque, c'est limiter la liberté. Le risque de la sécurité est ici la perte d'autonomie^[6]. Car, quel est le risque de la chute ? C'est le traumatisme, la fracture, la grabatisation. Mais en attachant la personne âgée, on l'empêche de se mouvoir, ce qui entraîne une désadaptation, une atrophie musculaire et une grabatisation. Les moyens appliqués pour éviter le risque conduisent à le réaliser. Limiter les risques de la personne âgée conduit à l'infantiliser. La notion de choix, entre sécurité et risque, est remise en question dans l'approche gériatrique car la personne âgée est trop souvent vue comme un adulte différent, par le seul fait d'être vieux et vulnérable. L'état physique ou mental de la personne âgée va inciter la personne âgée, influencée par son entourage familial ou professionnel, à ne plus faire ses propres choix. Faute de leur reconnaître le droit au risque, la collectivité leur conteste toute autonomie.

D. Les droits de la personne âgée

Selon la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 6 août 1789, « *Tous les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits* » (article 1).

Selon la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, « *tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne* » (article 3).

Selon la Loi du 4 mars 2002, « *la personne malade a droit au respect et à sa dignité* » (article L.1110-2). De plus, « *les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* » (article L.1110-5).

Enfin, selon la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (Cf. annexe 3 page 31), « *toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie* » (article 1) et « *toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société* » (article 2).

II. Problématique

Suite à la définition du cadre conceptuel, la problématique que nous soulevons est la suivante : comment sont gérées les contentions dans les EHPAD et permettent-elles de conjuguer sécurité et bien-être des personnes âgées ?

Selon notre expérience, nos premières hypothèses à ce sujet sont :

- la pose de la contention est une assurance pour le professionnel,
- le soignant pense au bien-être et la sécurité de la personne âgée, il craint une récurrence de chute,
- la contention n'est pas réévaluée systématiquement : lors d'une pose de contention, celle-ci reste définitive.

La méthode de travail que nous avons adoptée pour répondre à cette problématique est présentée dans la partie suivante.

III. Méthode

A. Population interrogée

Le questionnaire, présenté en annexe 4 page 33, s'adressait aux infirmières et médecins coordinateurs en EHPAD. Il a été diffusé auprès de participants au diplôme universitaire « MEDCO » et « IRCO » de la promotion 2014-2015. Au total, vingt questionnaires ont été distribués et remplis.

B. Conception du questionnaire

Des données générales sur l' EHPAD étaient recueillies : GMP, nombre de résidents, etc. Huit questions portaient sur les chutes : sur la prévention de celles-ci mais aussi sur la déclaration de celles-ci et l'analyse qui en est faite. Quatre questions portaient sur la

contention : y-a-t-il pose de contention après une chute ? Quel type de contention est utilisée ?
Est-elle réévaluée ?

IV. Résultats

Dans les vingt établissements interrogés, des déclarations de chute sont faites. Mais tous n'ont pas de protocole de chute établi. Comme il est indiqué Illustration 1 ci-dessous, il est présent dans 85 % des établissements.

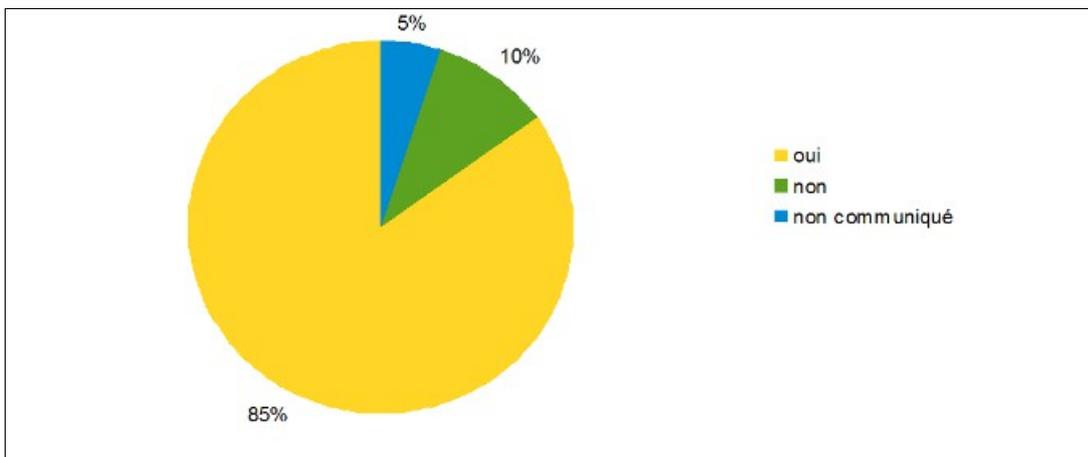


Illustration 1 : Existence d'un protocole de chute

Le deuxième diagramme présenté Illustration 2 indique que 80 % des établissements font une analyse globale des déclarations de chute. 20 % n'en font donc pas.

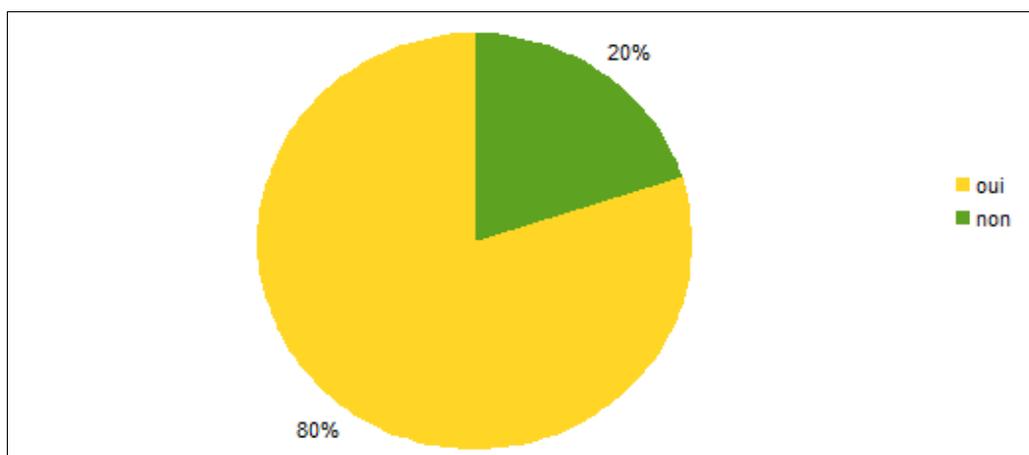


Illustration 2 : Analyse globale des déclarations de chute

Selon l'illustration 3 suivante, 70 % des établissements interrogés font une analyse individuelle des déclarations des chutes. 60 % des établissements font une analyse globale et individuelle des déclarations de chute.

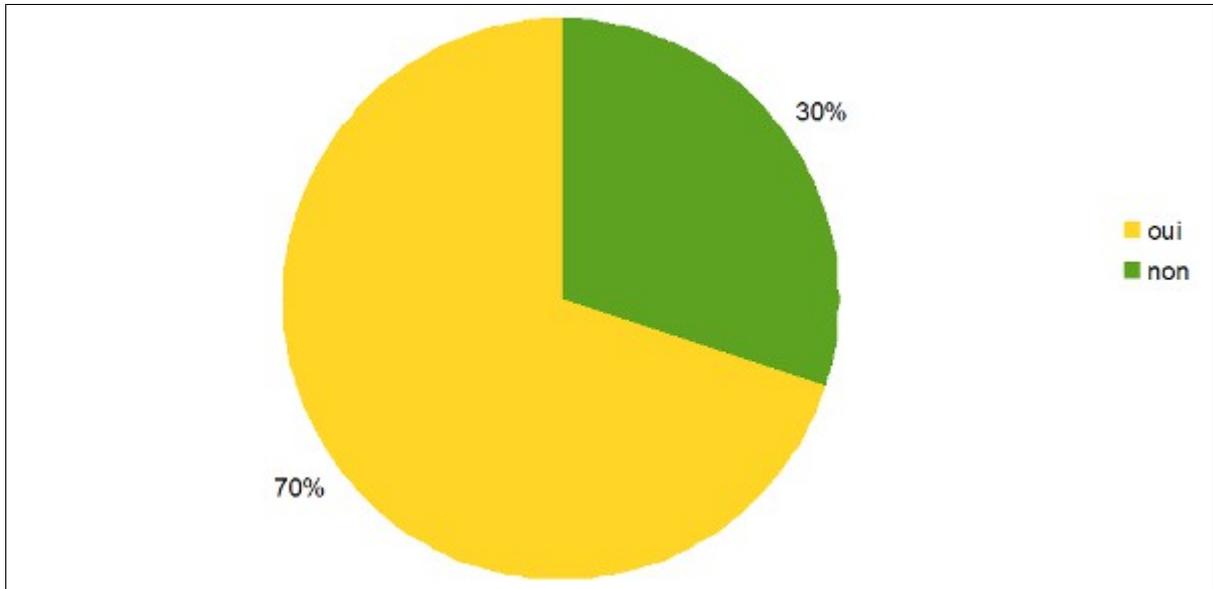


Illustration 3 : Analyse individuelle des déclarations de chute

Comme indiqué dans l'illustration 4 ci-dessous, il est prescrit une contention physique lors de chutes répétées dans 21 % des EHPAD interrogés.

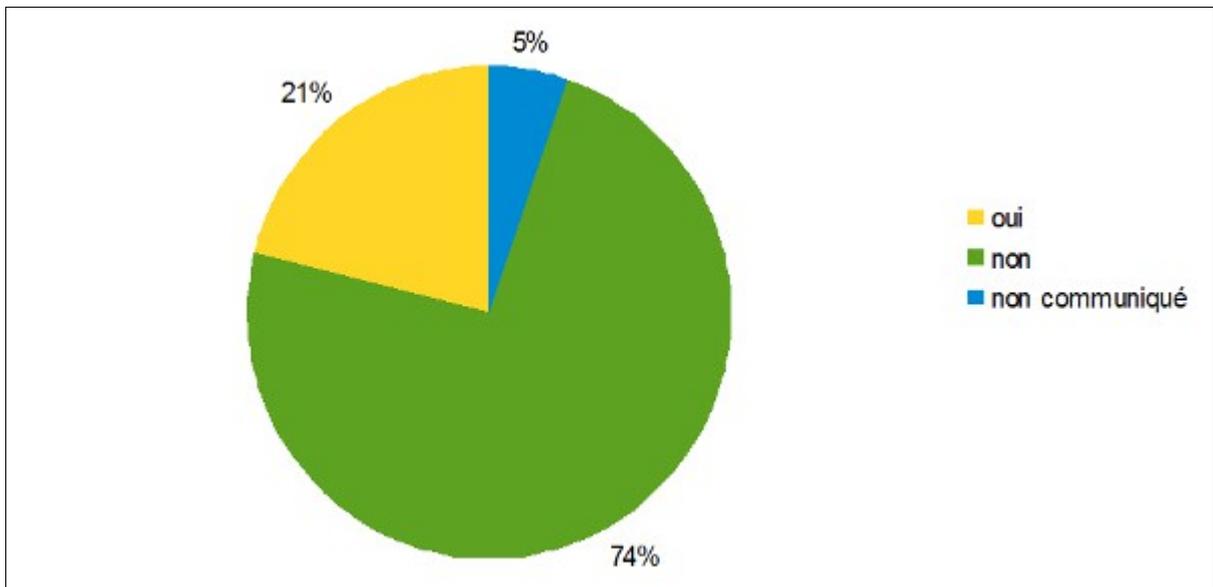


Illustration 4 : Prescription d'une contention lors de chutes répétées

Selon l'illustration 5 suivante, quand il y a des contentions physiques posées suite à des chutes répétées, on remarque qu'il n'y a pas de réévaluation de la prescription dans 40 % des EHPAD. Dans 20 % des EHPAD, elle est réévaluée dans la journée, et dans la même proportion, elle est réévaluée dans la semaine.

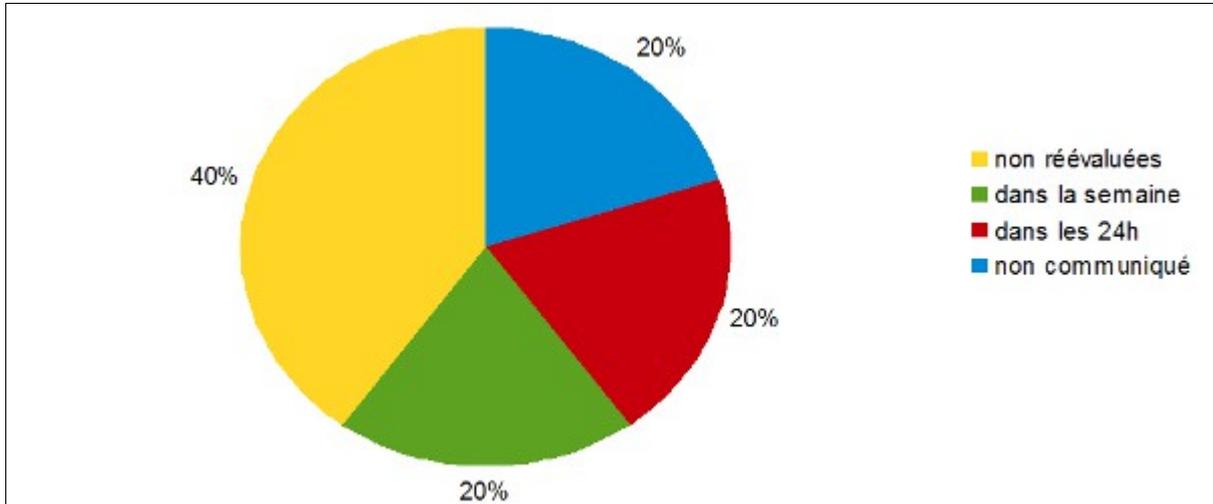


Illustration 5 : Réévaluation des contentions mises suite à des chutes répétées

Dans 80 % des EHPAD interrogés (Illustration 6), la prévention des chutes est inscrite dans le Projet de Vie Individualisée (PVI).

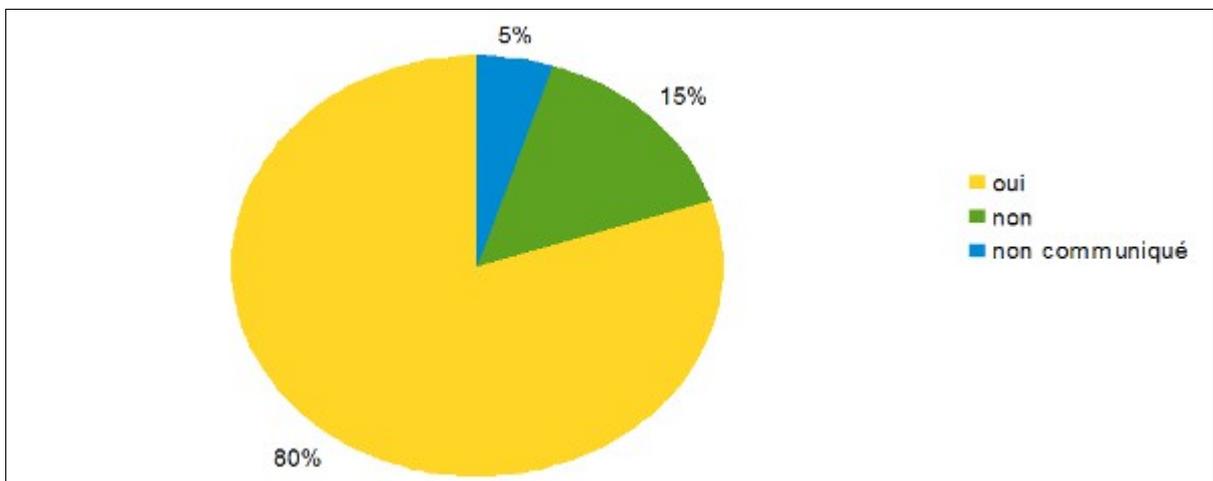


Illustration 6 : Inscription de la prévention des chutes dans le PVI

Comme indiqué Illustration 7 ci-après, il existe des réunions de synthèse sur les chutes répertoriées et les résidents à risque dans 35 % des EHPAD.

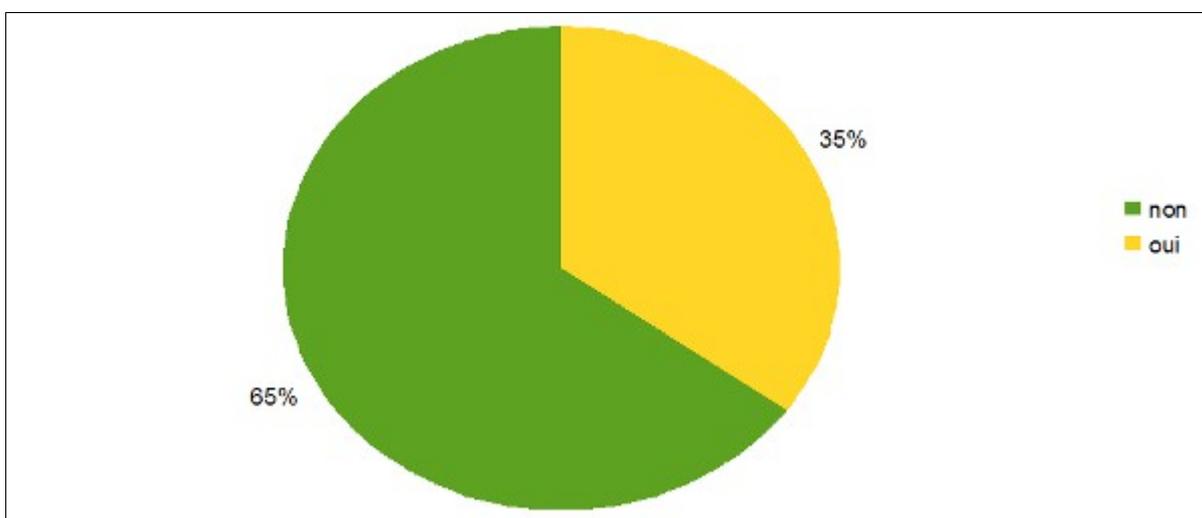


Illustration 7 : Existence de réunions de synthèse sur les chutes répertoriées et les résidents à risque

Selon l'illustration 8, 55 % des EHPAD n'ont pas de formations de sensibilisation à la prévention des chutes.

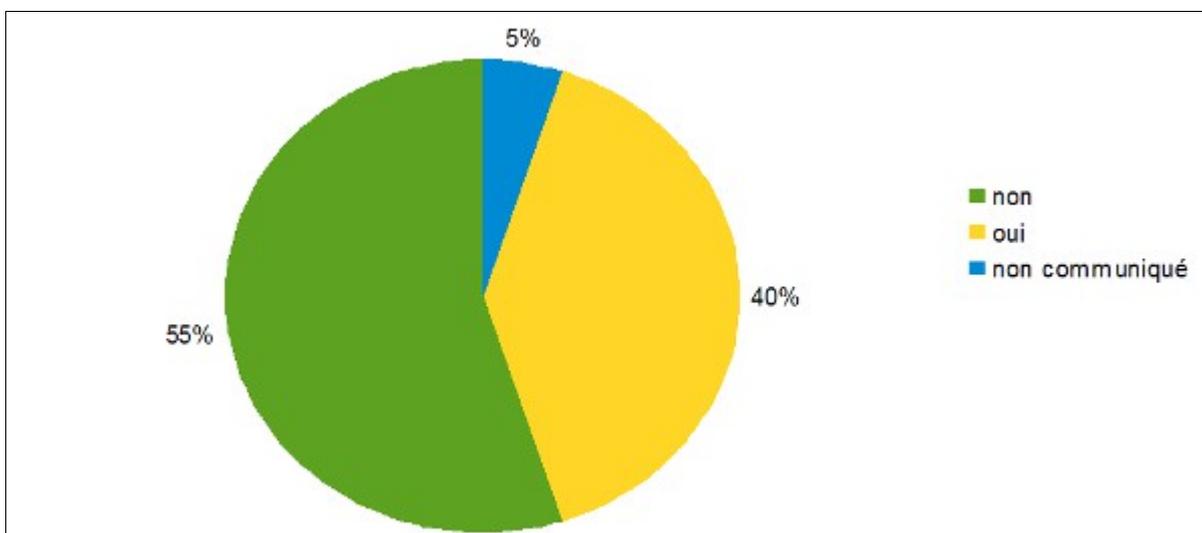


Illustration 8 : Existence de formations de sensibilisation à la prévention des chutes

Dans 65 % des EHPAD, il y a une réflexion éthique pluridisciplinaire lors de la pose d'une contention physique (Illustration 9).

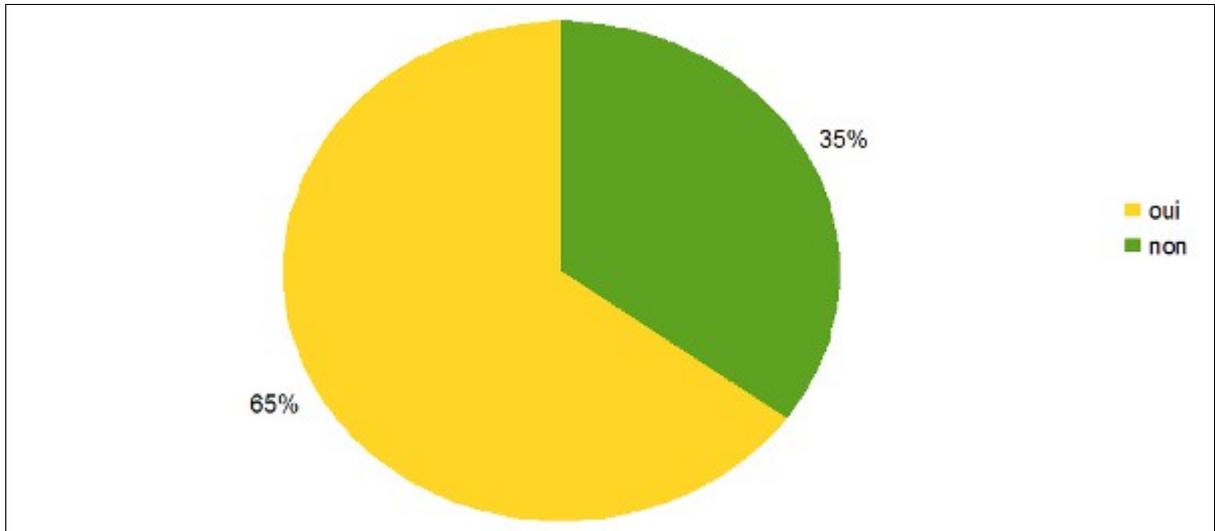


Illustration 9 : Réflexion éthique pluridisciplinaire lors de la pose d'une contention physique

Comme on peut le voir Illustration 10 ci-après, il existe un référent-chute dans 20 % des EHPAD interrogés.

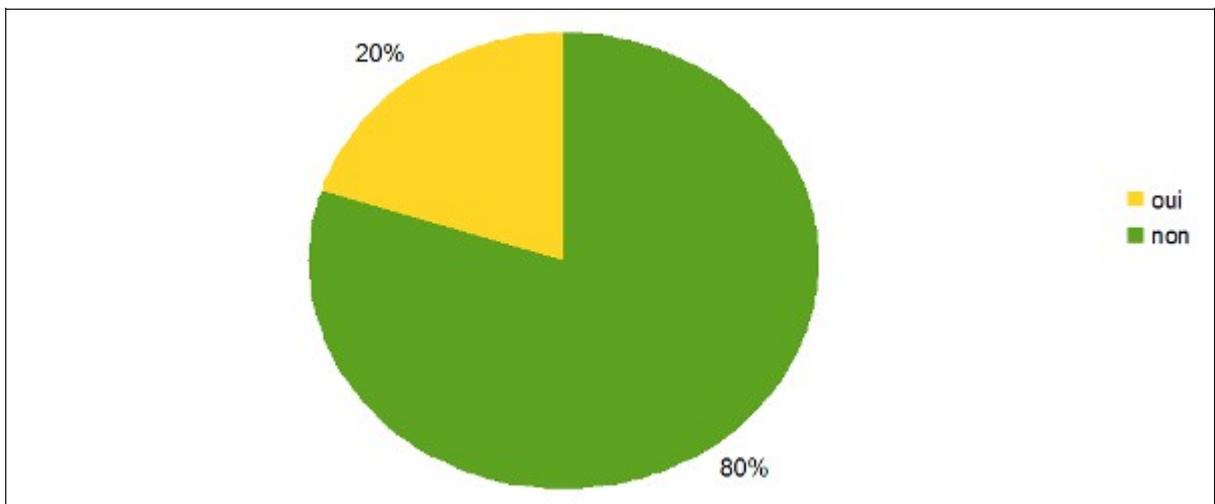


Illustration 10 : Présence d'un référent-chute dans l'établissement

V. Synthèse et Discussion

Nous noterons quelques limites à l'enquête réalisée : les personnes ayant répondu aux questions étaient en formation au DU et sont donc déjà sensibilisées aux bonnes pratiques. De plus, le nombre de questions a été limité pour qu'y répondre ne soit pas trop fastidieux. Peut-être qu'un travail de recherche plus long permettrait de préciser un peu les questions. Enfin, il aurait sans doute été intéressant d'interroger des personnes âgées « contentonnées » et non « contentonnées » pour connaître leurs ressentis sur ce sujet.

Malgré ces limites, les résultats obtenus permettent d'ores et déjà de tirer des conclusions. Pour rappel, nous nous posons la question suivante : comment sont gérées les contentions dans les EHPAD et permettent-elles de conjuguer sécurité et bien-être des personnes âgées ? Les résultats présentés précédemment montrent qu'il manque bien souvent un lien entre la prise en charge des chutes et la pose de contention. En effet, si tous les EHPAD font des déclarations de chute, il semble qu'il manque parfois un questionnement face à ces chutes : plusieurs EHPAD ne font pas d'analyse globale ni individuelle, peu d'EHPAD mettent en place des formations de sensibilisation aux chutes, peu font des réunions de synthèse sur les chutes répertoriées et il n'y a presque jamais de référent-chute. Par contre, beaucoup mettent en place des mesures de contention physique lors de chutes répétées, et tous les EHPAD mettent en œuvre des moyens de contention physique. La réévaluation de cette contention n'est pas systématique et la réflexion éthique ne semble pas « naturelle ».

Il est primordial que l'infirmier coordinateur ait un rôle central dans la prévention des chutes et sur la question de la contention physique afin que le questionnement soit pluridisciplinaire. En effet, nous avons vu que les chutes peuvent avoir des conséquences très importantes mais la contention physique comporte tout autant de risques et porte de plus atteinte aux droits fondamentaux des personnes âgées. Rappelons encore une fois que la personne âgée est un adulte, un citoyen à part entière même si elle présente plus de fragilités physiques et/ou psychiques que la majeure partie de la population.

L'infirmier coordinateur veille à ce que le protocole de chute soit à jour, en collaboration avec le médecin coordinateur. Dans ce protocole, il faut bien évidemment spécifier comment faire la déclaration de chute mais aussi quelle analyse on en fait, analyse qui doit être rapide. Il faut en effet chercher rapidement pourquoi la personne est tombée afin

que la réponse apportée soit la plus adaptée possible afin d'éviter la récurrence. Aucune chute n'est anodine. Il est possible d'instituer une fois par semaine, lors de transmissions communes, un moment où l'on parle des chutes sur la semaine passée et quelle réponse a été apportée. Cela permettrait d'être sûr qu'il y a toujours « une dynamique ».

Il faut aussi, dès l'entrée du résident, faire un bilan du risque de chute :

- bilan médical : réflexion sur le traitement médicamenteux avec le médecin traitant et le médecin coordinateur, bilan sanguin récent ou non, antécédents médicaux, troubles visuels ou non, troubles auditifs ou non, etc.,
- bilan nutritionnel : pesée, calcul de l'IMC, albuminémie, etc.,
- bilan par le kiné,
- bilan par l'ergothérapeute,
- bilan par la psychologue.

Ce bilan doit ensuite s'inscrire dans le projet de vie du résident ainsi que le niveau de risque de chute que l'on peut déduire de ce bilan. Il faut en informer l'ensemble de l'équipe afin que tous aient la même approche dans la prise en soins. Si la chute survient, il est intéressant de refaire ce bilan afin de savoir ce qui a évolué négativement.

L'analyse globale des chutes est également importante afin de chercher à savoir si une cause « institutionnelle » entre en ligne de compte dans ces chutes. Y a-t-il un problème architectural (couloirs trop sombres, sols inadaptés, etc.) ? Un problème organisationnel ? Il est également possible de faire des préventions de chute en groupe : faire des ateliers de « gymnastique douce » avec des animateurs sportifs, des petites réunions avec les personnes âgées leur expliquant comment prendre de bonnes habitudes (mettre ses lunettes de vue, bien se chausser, utiliser une aide adaptée pour se déplacer, avoir son « alarme » sur soi, etc.). Il existe également des exercices de gymnastique montrant comment « bien tomber » et comment se relever.

L'infirmier coordinateur peut demander à un infirmier d'être référent-chute. Le choix de mettre un infirmier comme référent s'explique par le fait que l'infirmier est celui qui est le plus en relation avec le médecin traitant du résident. Il est également pivot dans la prise en soin de la personne et fait le lien avec les aides-soignants, les kinésithérapeutes, etc. Le référent-chute devra veiller à ce que les déclarations de chutes soient bien faites, analysées

rapidement, et devra être vigilant à ce que tout ce qui est décidé en équipe soit mis en œuvre.

Si la question d'une contention physique est posée, une réponse doit être apportée rapidement à l'équipe, à la famille et au résident. Si l'on décide de ne pas mettre la contention, il est important d'expliquer pourquoi à l'équipe et à la famille : que l'on a bien pris en compte les inquiétudes, que les bénéfices et les risques ont été évalués, que l'on peut mettre des mesures limitant quand même les chutes (lit-alzheimer par exemple), que des activités « sportives » peuvent entretenir les capacités motrices, etc. Il est bon de rappeler aussi lors de ces discussions que les personnes âgées sont des adultes ayant des droits. Les familles, voire parfois certains membres de l'équipe, peuvent avoir tendance à infantiliser la personne âgée et à prendre des décisions à sa place « pour son bien ». Il est effectivement important d'expliquer aux familles la « politique » de l'établissement concernant les contentions physiques et le choix fait de les limiter au maximum mais aussi de leur expliquer comment on peut prévenir les chutes : les familles peuvent souvent être demandeuses de contention faute d'informations et d'explications. Si l'on décide au contraire de mettre en place une contention physique, il faut veiller à ce qu'elle soit motivée, prescrite, et surtout réévaluée. On remarque que c'est trop peu souvent le cas. La contention physique doit être levée le plus souvent possible (déplacements avec le personnel à proximité, temps d'animations, etc.) et levée définitivement et rapidement si d'autres solutions ont été trouvées. Le référent-chute peut être aussi référent-contention et veillera à ce que les prescriptions soient réévaluées.

Conclusion

Chute et contention sont très souvent liées. Il est donc intéressant de travailler sur ces deux thèmes conjointement afin d'apporter des réponses cohérentes et adaptées. Souvent posée, trop peu réévaluée, la contention physique est une atteinte aux droits des personnes âgées. La contention doit être limitée à des situations de « crise » et il n'est pas utopique d'espérer qu'un jour elle n'existera presque plus si une vraie politique de santé et de sensibilisation est menée. Rester « debout » jusqu'au bout est un droit respectable et qui devrait être respecté. Par ailleurs, la chute ne doit pas être une fatalité en EHPAD et prévenir les chutes est un gage de qualité de soins mais aussi de qualité de vie.

Il serait bon également de s'interroger sur la contention psychologique. Invisible donc beaucoup moins connue, elle n'est que peu évoquée. Quel professionnel n'a jamais demandé lors de sa carrière à un patient âgé de rester assis alors que celui-ci cherchait à se lever ? Mais de quel droit le faisons-nous ? Se pencher sur cette question nous permettrait sans doute de faire encore évoluer positivement notre pratique et d'assurer plus de bien-être aux personnes âgées.

Enfin, la création d'un « club éthique » au sein d'un EHPAD est souhaitable. Il s'agirait d'un groupe réfléchissant sur de grands thèmes importants tels que la prévention des chutes et la contention mais aussi sur l'alimentation ou la douleur par exemple. Il pourrait se composer de plusieurs professionnels (le MEDCO, l'IRCO, des IDE, des AS, la psychologue, l'ergothérapeute, etc.) mais aussi de représentants de résidents quand il s'agit de thèmes généraux. Ils sont en effet au cœur de nos prises en soins et doivent pouvoir être acteurs de leur vie dans la résidence. Lors du conseil de la vie social trimestriel, le « club éthique » peut échanger avec les familles sur les thèmes choisis et sur les directions prises. Cela peut également être inscrit dans le projet d'établissement.

N'oublions jamais que même à l'aube de sa vie, une personne âgée doit rester maître de celle-ci et que sa liberté doit toujours être respectée.

Bibliographie

[a] ANAES

Service évaluation en établissements de santé ; octobre 2000

[b] OMS

Aide mémoire N°344 ; octobre 2012

[c] Docteur Lenoir H.

Extrait d'un cours de « la chute chez la personne âgée », Service de gérontologie 2 Hôpital Broca ; 2015

[d] Successful Aging

[consulté le 14/03/2015], disponible à partir de :

www.saging.com/mise_aupoint/les-chutes-causes-conséquenceset-prevention

[e] AXA prévention

[consulté le 14/03/2015], disponible à partir de :

<https://www.axaprevention.fr/>

[f] Friard D.

Revue Santé mentale ; édition Serpsy ; mars 2004.

[g] Cavey M.

Le droit au risque chez la personne âgée ; 2007

[consulté le 14/03/2015], disponible à partir de :

<http://michel.cavey-lemoine.net>

Annexe 1 : test simple « Get up and go test »

« Get up and go test » évalue les transferts assis, debout, la marche et les changements de directions du patient. Cette épreuve a été validée par comparaison des résultats avec ceux d'une étude posturographique de l'équilibre statique réalisée sur plate-forme dynamométrique.

Le test se déroule comme suit : le sujet assis confortablement sur un siège avec accoudoirs, placé à trois mètres d'un mur, est invité :

- à se lever,
- à rester debout quelques instants,
- à marcher jusqu'au mur,
- à faire demi-tour sans toucher le mur,
- à revenir jusqu'à son siège, à en faire le tour et
- à s'y asseoir de nouveau.

Les résultats sont exprimés en fonction d'une échelle cotée de 1 à 5. La cotation est la suivante :

- 1 : aucune instabilité
- 2 : très légèrement anormal (lenteur exécution)
- 3 : moyennement anormal (hésitation, mouvement compensateur des membres supérieurs et du tronc)
- 4 : anormal (le patient trébuche)
- 5 : très anormal (risque permanent de chute).

Un score supérieur ou égal à 3 à chaque question traduit un risque important de chute et doit alerter la vigilance des soignants.

Annexe 2 : Épreuve de Tinetti

Elle est un peu plus longue, mais plus précise que le "Get up and Go test". Ce test analyse l'équilibre au cours de diverses situations de la vie quotidienne, ne nécessite pas d'expérience particulière de l'examineur ni de matériel spécifique. Il a été validé par rapport à des épreuves de posturographie et présente une sensibilité et une fiabilité satisfaisantes. Différentes études ont pu montrer que les personnes qui présentent des anomalies au test de Tinetti ont en général un risque de chutes plus élevé.

L'ÉQUILIBRE		Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche	
1. Équilibre en position assise	<ul style="list-style-type: none"> • S'incline ou glisse sur la chaise → 0 • Stable, sûr → 1 		
2. Lever	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable sans aide → 0 • Capable mais utilise les bras pour s'aider → 1 • Capable sans utiliser les bras → 2 		
3. Essaie de se relever	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable sans aide → 0 • Capable mais nécessite plus d'une tentative → 1 • Capable de se lever après une seule tentative → 2 		
4. Équilibre en position debout (5 premières mn)	<ul style="list-style-type: none"> • Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc) → 0 • Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support → 1 • Stable en l'absence d'un déambulateur d'une canne ou d'un autre support → 2 		
5. Équilibre en position debout	<ul style="list-style-type: none"> • Instable → 0 • Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne, un déambulateur, ou un autre support → 1 • Polygone de sustentation étroit sans support → 2 		
6. Au cours d'une poussée (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible : pousser 3 fois légèrement le sternum du patient)	<ul style="list-style-type: none"> • Commence à tomber → 0 • Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre → 1 • Stable → 2 		
7. Les yeux fermés (même position que en 6)	<ul style="list-style-type: none"> • Instable → 0 • Stable → 1 		
8. Rotation 380°	<ul style="list-style-type: none"> • Pas discontinus → 0 • Pas continus → 1 • Instable (s'agrippe, chancelle) → 0 • Stable → 1 		
9. S'asseoir	<ul style="list-style-type: none"> • Hésitant (se trompe sur la distance, tombe dans la chaise) → 0 • Utilise les bras ou le mouvement est brusque → 1 • Stable, mouvement régulier → 2 		
LA MARCHÉ		Score de l'équilibre / 16	
10. Initiation à la marche (immédiatement après l'ordre de marcher)	<ul style="list-style-type: none"> • S'incline ou glisse sur la chaise → 0 • Stable, sûr → 1 		
11. Longueur et hauteur du pas	<ul style="list-style-type: none"> - Balancement du pied droit <ul style="list-style-type: none"> • Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche → 0 • Le pas dépasse le pied d'appui gauche → 1 • Le pied droit ne quitte pas complètement le plancher → 0 • Le pied droit quitte complètement le plancher → 1 - Balancement du pied gauche <ul style="list-style-type: none"> • Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit → 0 • Le pas dépasse le pied d'appui droit → 1 • Le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher → 0 • Le pied gauche quitte complètement le plancher → 1 		
12. Symétrie des pas	<ul style="list-style-type: none"> • Inégalité entre la longueur des pas du pied droit et gauche → 0 • Égalité des pas du pied droit, et gauche → 1 		
13. Continuité des pas	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt ou discontinuité des pas → 0 • Continuité des pas → 1 		
14. Trajectoire (estimée par rapport à un carreau de 30 cm observer le mouvement des pieds sur environ 3 m de trajet)	<ul style="list-style-type: none"> • Déviation marquée → 0 • Déviation légère ou modérée ou utilise un déambulateur → 1 • Marche droit sans aide → 2 		
15. Tronc	<ul style="list-style-type: none"> • Balancement marqué ou utilisation d'un déambulateur → 0 • Sans balancement mais avec flexion des genoux ou du dos → 1 • Sans balancement, sans flexion, sans utilisation des bras et → 2 		
16. Attitude pendant la marche	<ul style="list-style-type: none"> • Talons séparés → 0 • Talons presque se touchant pendant la marche → 1 		
Plus le score est bas, plus le trouble est sévère Un score total < 26 indique habituellement un problème ; et si < 19, risque de chutes augmenté de 5 fois		Score de la marche / 12	
		Score total (équilibre + marche) / 28	

Annexe 3 : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie

49, rue Mirabeau – 75016 PARIS

Tel : 01 55 74 67 00 – www.fng.fr

Annexe 4 : Questionnaire envoyé aux EHPAD interrogés

- 1) Personnel en présence dans l'EHPAD
 - temps de travail du MEDCO :
 - temps de travail de l'IDEC :
 - temps de travail de l'ergothérapeute :
 - temps de travail de la psychologue :
 - kinés salariés ou libéraux ? :
- 2) Données sur l'EHPAD :
 - Nombre de résidents :
 - GMP :
 - Département :
- 3) Existe-t-il un protocole de chute ? Oui Non
- 4) Faites-vous des déclarations de chute ? Oui Non
- 5) Faites-vous une analyse globale des déclarations de chute ? Oui Non
- 6) Faites-vous une analyse individuelle des déclarations de chute ? Oui Non
- 7) Lors de chutes répétées, faites-vous prescrire une contention physique ? Oui Non
- 8) Si oui, au bout de combien de temps est-elle réévaluée ?
- 9) Quels types de contention physique utilisez-vous : Barrières de lit Ceinture de contention au fauteuil Autres :....
- 10) La prévention des chutes s'inscrit-elle dans le projet de vie individualisé du résident ?
 Oui Non
- 11) Y a-t-il des réunions de synthèse sur les chutes répertoriées et les résidents à risque ?
 Oui Non
- 12) Existe-t-il un référent chute ? Oui Non
- 13) Des formations de sensibilisation à la prévention des chutes sont-elles instaurées auprès du personnel de votre établissement ?
 Oui Non
- 14) Avez-vous une réflexion éthique pluridisciplinaire lors de la pose d'une contention physique ?
 Oui Non