



Chutes en
EHPAD

Prise en charge et prévention
Place de la contention

Dr GUERIN - EHPAD CASTERAN - Mars 2021



Définitions

- **Chute**: « fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ »
- **Chute à répétition**: >2/12mois
- **Chute grave**: entraînant une fracture ou une blessure nécessitant le recours à un médecin, ou entraînant une immobilisation de plus de 2 jours



Quelques chiffres

- 1,7 chutes/lit/an (59,5/35 lits)
- 1 personne âgée qui chute a:
 - 20 fois plus de risque de chuter à nouveau dans l'année
 - 4 fois plus de risque de décéder dans l'année
- 50% des personnes âgées qui chutent sont incapables de se relever seules
- Fracture du col fémoral: 20% des femmes et 30% des hommes décèdent dans l'année.



Conséquences d'une chute

- Fracture du col du fémur
- Syndrome post chute
- Conséquences d'une station au sol prolongée:
 - Rhabdomyolyse (destruction musculaire)
 - Déshydratation
 - Escarres
 - Infarctus du myocarde
- Récidive



Syndrome post-chute

- Désadaptation posturale avec rétropulsion++
- Phobie de la station debout
- Survient de manière aiguë suite à une chute
- A l'origine d'une cascade pathologique souvent dramatique
- **Urgence gériatrique**

Facteurs prédisposants individuels

- Age > 80ans
- Sexe féminin
- Antécédents de chute traumatique
- Troubles de la vue
- Dénutrition
- Pathologies sous-jacentes:
 - Démence
 - Pathologies neurologiques (AVC, Parkinson, troubles de la sensibilité)
 - Dépression
 - Incontinence urinaire (notamment par impériosités)
 - Arthrose
- Médicaments:
 - > 4 médicaments sur l'ordonnance
 - Médicaments psychotropes (Somnifères, anxiolytiques..)
 - Antihypertenseurs, antiarythmiques, antidiabétiques

→ Un résident en EHPAD est de fait à risque de chute

Facteurs prédisposants environnementaux

- Mauvais chaussage
- Contention
- Eclairage (besoin 2 à 3 * supérieur chez personne âgée)
- Obstacles (tapis, meubles bas, fils)
- Sol glissant
- Meubles inadaptés (Roulettes, instabilité..)
- Absence de repère temporel (horloge)

Facteurs de gravité d'une chute

- Médicaments antiagrégants (Aspirine, Kardegic, Clopidogrel..) et anticoagulants (Previscan, Sintrom, Eliquis, Xarelto..)
- Ostéoporose sévère
- Présence d'hématome et/ou déformation
- Impossibilité de se tenir debout après la chute
- Station prolongée au sol (>1h)
- Trouble de conscience
- Présence d'un hématome, d'une déformation
- Signes infectieux ou état fébrile avant la chute
- Augmentation récente de la fréquence des chutes

→ **Avis médical**



Test utiles

- Station unipodale:
 - normal si > 5 secondes
- « Timed up and go »
 - Se lever, marcher 3m, faire demi-tour et se rasseoir
 - Normal si < 20s, déficit important si > 29s
- Depression: mini GDS
- Troubles cognitifs: CODEX, MMS, cinq mots de Fisher...
- Dénutrition: MNA..

Conduite à tenir en cas de chute

- Mettre le patient en sécurité:
 - Lui proposer de se relever seul, avec l'aide des personnes présentes
 - Si le résident ne peut être relevé, le couvrir.
 - Rassurer, réconforter
- Rechercher des signes de gravité → Avis médical
- Réinstaller et surveiller
- Si possible, accompagner le résident **le jour même** vers la reprise de la marche et des activités élémentaires
- Consigner l'évènement dans le logiciel



La Contention physique

Définition

- Tout moyen, méthode, matériel ou vêtement qui empêche ou limite les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté



Contention: nombreux effets indésirables

- Augmentation du nombre de chutes graves
- Aggravation de l'agitation ou de la confusion
- Angoisse
- Syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, escarres, fausses routes, incontinence, déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit)
- Perte d'autonomie
- Mortalité par strangulation et asphyxie
- Vécu pénible des soignants



Contention: mise en œuvre

- En dernier recours
- Uniquement sur prescription médicale
- Dans le respect de la dignité du résident
- Le moins longtemps possible.
- Utilisation de moyens spécifiques les moins restrictifs et les plus adaptés au patient.
Rechercher une certaine liberté de mouvement
- Détacher le résident aussi souvent que possible (au moins toutes les deux heures) afin de maintenir son état fonctionnel
- Dans les textes: renouvellement quotidien de la prescription
- En pratique: réévaluation au minimum quotidienne par l'équipe de soins de la balance bénéfices-risques
- L'entourage du résident doit être informé

Moyens de réduction du recours à la contention physique

- Programmes de réduction des contentions (Exemple du Colorado):
 - Réduction de 50 % du recours à la contention physique
 - Sans augmentation des effectifs
 - Vécu très positif des équipes soignantes
- 4 axes d'approche:
 - Approche médicale et infirmière
 - Modification de l'environnement
 - Approche occupationnelle
 - Approche socio-psychologique



Alternatives à la contention (COLORADO) 1/3

Modification physique

Modification de l'environnement (ex. : plus de lumières, parcours de déambulation délimité, portes de sortie dissimulées...)
Adaptation des fauteuils roulants
Mise à disposition d'aides à la marche (cane, etc.)
Utilisation de différents types de lits
Suppression des roulettes des lits/chaises
Installation de systèmes d'alarme
Réduction des stimuli visuels ou auditifs inutiles (ex. : sonneries, Interphone, télévision...)
Personnalisation des chambres
Utilisation d'unités sécurisées

Approche occupationnelle

Activités de groupe journalières
Incitation aux déambulations/promenades
Exercices physiques
Activités nocturnes
Activités pendant les week-ends
Emploi de bénévoles pour améliorer les choix de programmes
Établir un système de référent pour la surveillance



Alternatives à la contention (COLORADO) 2/3

Approche médicale, infirmière

- Évaluer les problèmes physiques et sociopsychologiques latents
- Déterminer les phases de sommeil
- Soulager la douleur
- Rechercher les chaussures appropriées
- Lunettes, assistance auditive, dentiers
- Accroître l'hydratation
- Accroître assistance et contrôles
- Promenade quotidienne
- Déplacer le résidant près du poste infirmier
- Établir un programme de mise aux toilettes
- Mettre en œuvre des techniques de repositionnement
- Instaurer une sieste quotidienne
- Réévaluer les prescriptions médicamenteuses
- Sorties hors de la chambre
- Rappels fréquents pour éviter certains comportements
- Adopter une attitude de réconfort
- Encourager la compréhension des problèmes par famille et personnels
- Prescrire une thérapie plus spécifique (ex. physique, médicale, psychosociale...)
- Massages
- Collations
- Distractions



Alternatives à la contention (COLORADO) 3/3

Approche sociopsychologique

Pratiquer l'écoute active des sentiments et sensations du résidant

Encourager la détention d'objets personnels/de famille

Inciter à une plus grande autonomie du résidant

Utiliser des stratégies comportementales

Modifier les stimuli sensoriels (ex. aromathérapie, ton des papiers peints...)

Encourager les liens sociaux, les visites

Être un point de repère pour le résidant

Accepter la perception qu'a le résidant de sa réalité



Prévenir les chutes et éviter la contention: tous acteurs

- Médecin
- Aide soignant(e)
- Infirmier(e)
- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- ASH, agent d'entretien
- animateurs
- Bénévoles
- Familles



Conclusion

- S'il est impossible d'éviter toutes les chutes en EHPAD, il est important de ne pas les banaliser afin de les prévenir au maximum.
- Une mesure de contention physique est pénible pour le résident comme pour le soignant.
- Elle ne doit être envisagée qu'après étude systématique de toutes les alternatives.
- La sécurité des résidents résulte d'un équilibre délicat entre préservation de l'autonomie et limitation des situations à risque.

Merci de votre
attention
