



**ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**Directeur d'établissement sanitaire et  
Social public**

**Promotion 1999-2000**

**LE RISQUE DE CHUTE DANS UN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**QUELLE PREVENTION POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE ?**

**BEGOC Isabelle**

**JE TIENS A REMERCIER PARTICULIEREMENT :**

Madame Annick LECLERE, Directrice de l'Hôpital Local de Grand Fougeray qui a su me faire partager sa passion pour la profession,

Mesdames CAROFF et POUESSEL, Surveillantes à l'Hôpital Local de Grand Fougeray, pour leur collaboration,

Monsieur BOUDET, Attaché d'éducation à la CRAM de Bretagne,

Madame FONLUPT, Chargée de mission au Comité Régional de la Gymnastique Volontaire, pour le développement des « ateliers équilibre »,

Monsieur le Professeur JOUANNY, Chef de Service Gériatrique au CHU de Rennes, pour leurs interventions lors de la conférence sur « La chute du Sujet âgé » à l'Hôpital Local de Grand Fougeray,

Madame le Docteur Chantal FAUCHIER, Chef de Service Gériatrique au CHU de Brest, Centre René Fortin,

Madame LASSALE, Responsable du Service Info Santé de la CRAM de Bretagne,

Madame PERRIN, Cadre Infirmier Supérieur du Service Hématologie au CHU de Nancy, pour leurs conseils, le partage de leurs expériences et les précieuses informations qu'elles m'ont communiquées.

# SOMMAIRE

## TABLE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION..... 1

## **1<sup>ère</sup> PARTIE : LA CHUTE, REALITE DE LA VIE QUOTIDIENNE D'UN EHPAD . 4**

### **TITRE 1 : Le risque de chute à l'Hôpital Local de Grand Fougeray ..... 4**

<b>I - PRESENTATION DE L'ETUDE DE TERRAIN .....</b>	<b>4</b>
1. Description sommaire de l'établissement .....	4
2. Méthode utilisée .....	9
3. Les limites .....	10
4. Résultats de l'étude de terrain .....	11
5. Analyse et observations.....	16
<b>II - LA MATERIALITE DU PROBLEME EN RAPPORT A LA REALITE .....</b>	<b>22</b>
1. Conséquences traumatiques des chutes.....	23
1.1. <i>Dans l'ensemble de la population âgée</i> .....	23
1.2. <i>En établissement pour personnes âgées</i> .....	25
2. <i>Conséquences psychomotrices et psychologiques</i> .....	28
2.1. <i>Le déni et la peur de tomber</i> .....	28
2.2. <i>Le syndrome post chute</i> .....	29

### **TITRE 2 : Pourquoi les personnes âgées chutent-elles ? ..... 31**

<b>I - LES CAUSES INDIVIDUELLES .....</b>	<b>31</b>
1. L'état de santé de la personne âgée .....	31
1.1. <i>L'instabilité posturale</i> .....	31
1.2. <i>Les facteurs de risque intrinsèques</i> .....	32
2. L'entrée en institution .....	35
2.1. <i>Les facteurs prédisposant à l'entrée en institution</i> .....	36
2.2. <i>Les conditions de l'admission</i> .....	38

<b>II - LES CAUSES INSTITUTIONNELLES ET CONJONCTURELLES</b> .....	41
1. La conception architecturale de l'établissement .....	41
<b>1.1. L'inadaptation des locaux</b> .....	<b>41</b>
<b>1.2. Les équipements et appareillages</b> .....	<b>44</b>
2. Le mode de prise en charge du résident et l'organisation des équipes soignantes .....	46
2.1. <i>Le mode de prise en charge</i> .....	46
2.2. <i>La mauvaise perception du risque</i> .....	47
3. Les causes conjoncturelles .....	50

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : LA PREVENTION DU RISQUE DE CHUTE DANS UN EHPAD ..... 53**

### **TITRE 1 : Les préceptes à l'application d'une politique de prévention ..... 53**

#### **I - LA PREVENTION DANS LA PRISE EN CHARGE DU SUJET AGE, UNE MESURE DE SANTE PUBLIQUE 53**

1. La mission de prévention de l'Hôpital Local et des EHPAD .....	53
2. L'opportunité de la réforme de la tarification et des référentiels de qualité .....	55

#### **II - QU'EST CE QUE LA PREVENTION DANS LE CADRE DU RISQUE DE CHUTE DU SUJET AGE ? 59**

1. La prévention primaire .....	60
1.1. <i>L'éducation sanitaire</i> .....	60
1.2. <i>L'aménagement de l'environnement</i> .....	61
1.3. <i>L'information et la formation des professionnels</i> .....	61
2. La prévention secondaire .....	64
2.1. <i>Le rôle du médecin généraliste</i> .....	64
2.2. <i>Les relations familiales et sociales</i> .....	65
3. La prévention tertiaire .....	65

<b>TITRE 2 : La mise en œuvre d'une politique de prévention du risque de chute dans un EHPAD .....</b>	<b>66</b>
<b>I - L'ARCHITECTURE ET L'ENVIRONNEMENT .....</b>	<b>66</b>
Les circulations, les espaces collectifs, l'environnement extérieur.....	66
1.1. <i>Les circulations</i> .....	66
1.2. <i>Les espaces collectifs</i> .....	70
1.3. <i>L'environnement extérieur</i> .....	70
Les espaces privés.....	71
2.1. <i>L'aménagement intérieur</i> .....	72
2.2. <i>Le cabinet de toilette</i> .....	73
2.3. <i>Les moyens d'appel</i> .....	73
Le projet de restructuration du secteur hébergement de Grand Fougeray .....	75
<b>II - LE MODE DE PRISE EN CHARGE DU RESIDENT .....</b>	<b>77</b>
1. Le dépistage des facteurs de risque .....	77
1.1. <i>La préparation de l'admission</i> .....	77
1.2. <i>La prise en charge médicale</i> .....	79
2. Le personnel .....	
2.1. <i>La sensibilisation du personnel</i> .....	85
2.2. <i>L'organisation du service et remise en question des pratiques professionnelles</i> .....	87
2.3. <i>Le problème de la contention</i> .....	89
2.4. <i>La prévention chez les sujets atteints de déficience psychique</i> .....	91
3. Les programmes collectifs de prévention.....	91
3.1. <i>L'éducation nutritionnelle</i> .....	92
3.2. <i>La pratique d'une activité physique</i> .....	92
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>95</b>

## **ANNEXES**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## TABLE DES ABREVIATIONS

<b>AGGIR</b>	Autonomie gérontologique groupe iso ressource
1.1 <b>APS</b>	Avant projet sommaire
<b>2 AS</b>	Aide soignante
<b>3 ASH</b>	Agent de service hospitalier
3.1 <b>CFES</b>	Comité français pour l'éducation de la santé
<b>4 CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CNAVTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>5 CRAM</b>	Caisse régionale d'assurance maladie
<b>6 DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EV</b>	Espérance de vie
7 <b>EVSI</b>	Espérance de vie sans incapacité
<b>8 GIR</b>	Groupe iso ressource
<b>9 GMP</b>	Gir moyen pondéré
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'état
10 <b>PSD</b>	Prestation spécifique dépendance
<b>10.1 SSLD</b>	Service de soins de longue durée
<b>11 SSR</b>	Service de soins de suite et de réadaptation

## INTRODUCTION

Depuis quelques années, le thème de « la chute du sujet âgé » est régulièrement abordé dans la littérature médicale et grand public. Des campagnes d'information pilotées par des organismes médico-sociaux<sup>1</sup> ont tenté de sensibiliser la population au risque de chute des personnes âgées. Bien qu'il soit reconnu que ce ne sont pas les personnes âgées qui chutent le plus, mais les enfants, il se trouve qu'un enfant qui tombe se relève et reprend sa course, alors qu'une personne âgée qui tombe est en général, secourue et parfois hospitalisée. Le problème concerne en priorité la population de plus de 65 ans. Son ampleur et la gravité des conséquences qu'elles impliquent en font une question qui relève du domaine de la santé publique. Les initiatives menées pour limiter le phénomène s'adressent principalement à un public vivant à domicile, soit approximativement 95% de la population de plus de 60 ans<sup>2</sup>. Toutefois, bien que les EHPAD n'accueillent que 5% des personnes de plus de 60 ans, il semble intéressant d'explorer le sujet sous l'angle des missions confiées aux établissements et de la prise en charge institutionnelle.

Le stage professionnel de dix mois, intégré à la formation du directeur d'établissement sanitaire et social, offre l'opportunité au directeur stagiaire d'être confronté à la réalité du terrain. L'immersion dans la vie quotidienne d'un EHPAD est l'occasion d'appréhender le phénomène des chutes des personnes âgées qui y sont accueillies. Effectuant ce stage à l'Hôpital Local de Grand Fougeray (Ille et Vilaine), j'ai abordé le problème par une étude de terrain qui a servi de base aux réflexions évoquées dans ce mémoire.

Dans un premier temps, il est fait état de l'enquête réalisée dans deux unités de vie du secteur hébergement de l'Hôpital Local. Après avoir précisé les conditions de réalisation et les limites de cette étude, les résultats sont analysés et comparés à d'autres études plus scientifiques.

---

<sup>1</sup> CNAVTS : caisse nationale d'assurance vieillesse des salariés ; CFES : comité français d'éducation pour la santé ; CRAM : caisse régionale d'assurance maladie.

Un constat peut d'évidence être fait : la chute du sujet âgé est un problème récurrent en EHPAD. D'autant plus que l'une des missions principales d'un EHPAD n'est-elle pas d'offrir un cadre sécurisé à ses usagers ?

L'approche de la gravité du phénomène des chutes des personnes âgées en institution est réalisée en prenant en considération les conséquences traumatiques et psychologiques qu'elles infligent aux sujets chuteurs. La réalité du problème évoquée, il apparaît essentiel d'en rechercher les causes afin de pouvoir, par la suite, réfléchir aux solutions à adopter. Les origines des chutes se situent non seulement au niveau individuel, mettant en cause l'état de santé de la personne âgée, mais aussi au niveau institutionnel, par la conception architecturale et le mode de prise en charge du résident. Cependant, il convient de préciser que l'évolution des particularités du public hébergé en EHPAD n'est pas sans rapport avec la question.

La seconde partie de ce travail est consacrée à la recherche de solutions impliquant la mise en œuvre d'une politique de prévention du risque de chute en institution. L'actualité de la politique sociale relative aux personnes âgées et, notamment, la réforme de la tarification des EHPAD a permis d'enrichir la réflexion. En effet, si l'application d'une politique de prévention des chutes pouvait être envisagée avant la promulgation des textes<sup>3</sup>, il n'en demeure pas moins, que l'application imminente de la réforme est une opportunité à saisir pour les établissements. Les remises en question qu'elle implique et les recommandations qu'elle préconise constituent les fondements d'une réflexion collective sur l'adaptation des établissements aux particularités des usagers, s'attachant plus spécialement, à la prise en charge globale du résident et à la lutte contre la dépendance.

Une politique de prévention des chutes doit développer deux axes complémentaires, l'un s'orientant vers une dimension collective des mesures à prendre, et l'autre, portant sur un aspect plus individuel. Il est question de reconsidérer l'environnement architectural de l'établissement au regard du risque de chute et des mesures à prendre pour le réduire. L'adaptation de

---

<sup>2</sup> L'habitat des personnes âgées, éditions Le Moniteur.

<sup>3</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

l'environnement est à envisager dans les espaces collectifs et privés de l'établissement. Certains moyens élémentaires peuvent être appliqués sans difficulté notable.

Le mode de prise en charge du résident est examiné par la suite. A ce propos, les possibilités offertes par la création du poste de médecin coordonnateur sont étudiées dans le cadre du mode de prise en charge médicale de l'utilisateur et, notamment, par son rôle déterminant dans le dépistage des facteurs de risque de chute. Il convient également de porter une attention particulière à l'organisation des services et à la coordination des différents acteurs du secteur médico-social.

Le personnel constitue un élément fondamental pour la réussite d'une stratégie de prévention efficace. Sa sensibilisation et son information sur le problème du risque de chute des résidents qu'il entoure de ses soins est une étape importante dans l'élaboration d'une stratégie de prévention. De nombreuses remises en question sont suscitées concernant certaines pratiques professionnelles telle que la contention. La mise en œuvre de programmes collectifs d'éducation proposés aux usagers est également une mesure à envisager pour compléter cette politique de prévention concourant à limiter le risque de chute en EHPAD.

Le fondement de cette démarche nécessite une réflexion collective, mobilisatrice de toutes les énergies institutionnelles. Dans ces conditions, il est alors possible de fixer des priorités dans la politique institutionnelle conduite par la direction. Cette recherche est illustrée de quelques expériences testées sur le terrain de stage. Les difficultés et obstacles rencontrés ont permis de dégager des enseignements relatifs à la mise en œuvre d'un projet. Ce travail sur le thème du risque de chute des personnes âgées en établissement d'hébergement ne se veut nullement péremptoire, toutefois, il fait apparaître une réalité issue du quotidien même du résident qu'il est indispensable de prendre en considération pour respecter le devoir d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

# **1<sup>ère</sup> PARTIE : LA CHUTE, REALITE DE LA VIE QUOTIDIENNE D'UN EHPAD**

Afin de percevoir la réalité du risque de chute pour une personne âgée accueillie en EHPAD, une étude de terrain a été réalisée dans deux unités de vie du secteur hébergement de l'Hôpital Local de Grand Fougeray. Une description rapide de l'établissement et du public hébergé apparaît nécessaire en vue d'appréhender correctement l'environnement et les particularités des résidents de l'établissement, notamment ceux hébergés dans les unités de vie qui font l'objet de l'étude. Par la suite, la présentation de l'étude et l'analyse de ses résultats sont réalisés.

Le phénomène des chutes du sujet âgé ne peut être correctement apprécié sans la recherche et l'examen de ses causes. Il sera question dans un second temps d'explorer les sources du problème sous ses divers aspects.

## **Titre 1 : LE RISQUE DE CHUTE A L'HOPITAL LOCAL DE GRAND FOUGERAY**

### **I - PRESENTATION DE L'ETUDE DE TERRAIN**

#### **1. DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ETABLISSEMENT**

##### **□ La capacité d'accueil ( 113 lits )**

##### Services d'hospitalisation

Médecine	15 lits
Soins de suite et de réadaptation	3 lits

### Services d'hébergement pour personnes âgées

Accueil temporaire	3 lits
Hébergement social	92 lits autorisés mais 95 effectifs
	Dont 40 lits en section de cure médicale

Les 3 lits d'accueil temporaire ne sont pas localisés précisément, mais, sont attribués en fonction des disponibilités.

Le secteur hébergement est géographiquement réparti en 3 unités de vie.

	Unité 1	Unité 2	Unité 3	Total
<b>Nombre de résidents</b>	31	34	33	98

#### ▪ Activité du secteur sanitaire

*Le service de médecine (15 lits)*

4275 journées ont été réalisées soit 229 entrées.

La DMS (durée moyenne de séjour) est de 18,67 jours et le taux d'occupation de 78,08 %.

*Le service de soins de suite et de réadaptation (3 lits)*

981 journées ont été réalisées soit 41 entrées.

La DMS est de 23,47 jours et le taux d'occupation de 89,80 %.

#### ▪ Activité du secteur hébergement

*L'hébergement permanent, 95 lits effectifs (annexe 2)*

34 430 journées ont été réalisées y compris les journées de réservation.

Le taux d'occupation est de 102,53% étant donné les 3 lits d'hébergement supplémentaires.

*L'accueil temporaire, 3 lits (annexe 3)*

986 journées ont été réalisées y compris les journées de réservation<sup>4</sup>.

Le taux d'occupation est de 80,91%.

---

<sup>4</sup> Les journées de réservation sont les journées pendant lesquelles le résident n'est pas effectivement présent dans l'établissement. Les conditions sont expliquées dans le contrat de séjour, il s'agit le plus souvent de la réservation d'une chambre avant l'admission réelle, de périodes de vacances à l'extérieur. Les journées d'hospitalisation sont également considérées comme journée de réservation. Pour l'établissement, l'incidence de ces journées se place au niveau du financement car le montant du forfait hospitalier est déduit du prix de journée.

## □ Effectif en personnel

Le tableau des emplois permanent de l'exercice 2000 (annexe 1) affiche un effectif théorique en équivalent temps plein est de 54,25 personnes dont 27,50 sont affectées au secteur sanitaire et 26,75 au secteur hébergement. Dix personnes en contrat emploi solidarité sont réparties entre les différents services, un contrat emploi consolidé et deux emplois jeunes et complètent cette dotation en personnel.

## □ La population accueillie

- *La répartition par sexe* au 31 décembre 1999 est la suivante :

71 personnes sont des femmes et 25 des hommes, soit respectivement, 73,96 % et 26,04 % de la population (96 personnes âgées hébergées).

Répartition par sexe dans les unités de vie 1 et 2 qui font l'objet de l'étude :

	Capacité	Femmes	% Femmes	Hommes	% Hommes
<b>Unité 1</b>	31	24	77,4 %	7	22,6 %
<b>Unité 2</b>	34	22	64,7 %	12	35,3 %
<b>U1 + U2</b>	65	46	70,8 %	19	29,2 %

- *La moyenne d'âge* de la population du secteur hébergement est de 80,08 ans en 1999. (82,48 ans pour les femmes et 73,28 ans pour les hommes)
- *L'état de dépendance des résidents* :

L'outil utilisé pour évaluer l'état de dépendance des personnes âgées est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique-Groupe Iso Ressource)<sup>5</sup>. AGGIR est un modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seules par la personne âgée et de définir en fonction de la perte d'autonomie un Groupe Iso-

<sup>5</sup> Décret n°97-427 du 28 avril 1997 fixant le guide de l'évaluation de la personne âgée et instituant la grille AGGIR.

Ressource (GIR). Le GIR 6 est attribué à une personne autonome, l'imputation d'un GIR 1 préfigure un état de dépendance maximum.

En septembre 1999, la répartition des résidents en fonction du GIR qui leur a été attribué est la suivante :

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	TOTAL
<b>U3</b>	16	11	4	0	1	1	33
<b>U1 + U2</b>	7	17	9	9	9	12	63
<b>U1+U2+U3</b>	23	28	13	9	10	13	96
<b>%</b>	23,95	29,16	13,54	9,37	10,41	13,54	100

Le GIR Moyen Pondéré (GMP)<sup>6</sup> est évalué à 648,85 en septembre 1999.

#### □ L'environnement architectural

L'historique détaillé de l'établissement ne sera pas développé car de nombreuses phases de restructuration, démolition et construction ont eu lieu à partir de 1970. Mais, il semble important d'évoquer la construction de la nouvelle maison de retraite de 60 lits en 1976, étant donné qu'elle regroupe les unités 1 et 2 qui font l'objet de l'étude de terrain réalisée sur les chutes des résidents. L'unité 1 située au rez de chaussée dispose de 31 chambres individuelles et d'une salle de restaurant de 45 places. Au 1<sup>er</sup> étage de ce bâtiment, l'unité 2 accueille 34 résidents. Une salle de restaurant de 20 places se trouve à cet étage. Les lieux de vie collective (salle d'animation, hall) sont éloignés de ces unités.

Malgré les phases successives de travaux (1970, 1978, 1984, 1990), le secteur hébergement de l'établissement ne correspond pas aux exigences actuelles de confort et de qualité spécifiques à un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. Un projet de travaux de 37 millions de francs, en phase d'avant projet sommaire en juillet 2000, devrait débiter en mars 2001. Ce projet concerne principalement la restructuration du secteur hébergement, des services généraux ainsi que la création d'une unité de vie pour personnes

<sup>6</sup> Le GMP s'obtient en divisant le total des points GIR de l'établissement par le nombre de résidents total.

âgées désorientées et d'une halte garderie. Ce projet en phase imminente de réalisation s'applique aux obligations futures des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, la qualité des espaces constitue une des nombreuses recommandations préconisées dans les textes instituant la réforme de la tarification des EHPAD<sup>7</sup>.

#### □ **Organisation des équipes de soins**

Une réorganisation des équipes de soins a été décidée à compter de novembre 1999. Chacune des 3 unités de vie se voit alors attribuer une équipe de soins attitrée. La dotation en personnel de chacune des équipes est fixée à partir de l'évaluation réelle de la charge de travail de chaque unité.

Auparavant, l'unité 3 (appelée cure) concentrait les personnes les plus dépendantes relevant de la section de cure médicale. Une organisation plus médicale qu'hôtelière était en place. Le nombre d'agents était également supérieur car basé sur une charge de travail d'origine importante. Une seule équipe avait la charge des unités 1 et 2 qui regroupaient les résidents les plus valides. La perte d'autonomie d'un résident dans ces unités avait pour conséquence un changement de chambre et de service.

Suite au changement de direction en 1997, une politique de prise en charge différente a été mise en œuvre. La directrice a souhaité que chaque résident conserve la chambre qui lui est attribuée lors de son admission pendant l'intégralité de son séjour dans l'établissement. Progressivement, des personnes dépendantes ont été accueillies en unité 1 et 2 ainsi que des personnes autonomes en unité 3, mais, deux ans ont été nécessaires pour pouvoir mettre en place la nouvelle organisation de travail de novembre 1999.

Ces précisions sont essentielles étant donné que du 10 janvier 1999 au 10 juillet 1999, période au cours de laquelle l'étude est réalisée, la nouvelle organisation n'est pas encore établie.

---

<sup>7</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

## 2. METHODE UTILISEE POUR LA REALISATION DE L'ETUDE DE TERRAIN

L'étude en question constitue une étude rétrospective, non scientifique, élaborée à partir du signalement des chutes des résidents de deux unités de vie du secteur hébergement de l'Hôpital Local de Grand Fougeray. Mais en préalable, un éclairage sur les phénomènes de la marche et de la chute s'impose.

La marche bipède est spécifique à l'homme. Elle lui confère son autonomie locomotrice et une partie de sa liberté. Il s'agit d'un processus acquis progressivement dans l'enfance. Les chutes sont courantes chez l'enfant et font partie de l'apprentissage de la marche. Cependant, après dix ans, une chute devient le plus souvent un incident occasionnel lié, en règle générale, à une maladresse ou une prise de risque volontaire ou non. Chez le sujet âgé, cet accident survient plus couramment, et, de plus en plus fréquemment avec l'avance en âge.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la chute est la conséquence de tout événement qui fait tomber une personne à terre contre sa volonté. Cette définition n'est pas restrictive. Il convient de considérer la chute comme la conséquence de l'inadaptation du comportement du sujet à son environnement. Dans le cadre de l'étude des chutes chez le sujet âgé, on considère que « la chute regroupe tous les incidents entraînant un contact avec le sol, comme une glissade, un affaissement vers le sol involontaire ou occasionné par un tiers. La chute peut survenir pendant la marche, la station debout immobile ou lors des transferts (lit, fauteuil, toilette, fauteuil roulant) le transfert pouvant être réalisé seul ou avec une aide »<sup>8</sup>.

- ❑ Les informations obtenues pour la réalisation de l'étude de terrain ont été recueillies dans le *cahier de transmission* commun aux unités de vie 1 et 2.
- ❑ Ces unités 1 et 2 hébergent un total de *65 résidents*.
- ❑ La période de référence de l'étude est de *six mois compris entre le 10 janvier et le 10 juillet 1999*.

Le cahier de transmission constitue l'élément de base de cette étude de terrain. Il s'agit d'un outil qui privilégie la continuité de la prise en charge et la surveillance quotidienne des résidents. Il a pour objet de recueillir les informations et observations que chaque agent, IDE

---

<sup>8</sup> Epidémiologie des chutes dans les institutions gériatriques, La chute de la personne âgée, pp 7-13.

(infirmière diplômée d'état), ASH (agent des services hospitaliers) et AS (aide soignante) juge indispensable de transmettre aux autres membres de l'équipe de soins. Il permet la fiabilité, la traçabilité ainsi qu'une certaine transparence sur les informations des événements concernant les résidents. Les transmissions orales s'effectuent régulièrement, cependant, un document écrit autre que le dossier de soins est indispensable pour éviter toute perte d'information relative à la vie du service et de ses résidents. Le cahier de transmission est un instrument permettant le lien entre tous les membres de l'équipe, notamment ceux qui ne sont pas présents au moment des transmissions orales du matin. Tout événement ou comportement inhabituel d'un résident qui attire l'attention d'un agent y est mentionné. Les éléments le plus régulièrement retranscrits portent sur l'état de santé physique et psychologique.

Ce document n'est pas le dossier de soins du résident. En effet, chaque résident dispose en plus d'un dossier de soins individuel qui réunit le dossier médical et le dossier de soins infirmier. Il n'a pas été pris en considération dans cette étude. Son étude aurait nécessité un temps de recherche trop important. Il sera d'ailleurs remplacé par un nouveau dossier de soins fin 2000.

Toutes les indications évoquant la survenue d'une chute d'un résident de l'unité 1 et 2 contenues dans le cahier de transmission ont été prises en considération. Quelques renseignements complémentaires, donnés par la surveillante du service hébergement, ont été nécessaires pour comprendre certaines situations insuffisamment décrites.

### **3. LES LIMITES**

Cette étude n'a, bien entendu, aucune valeur scientifique. Il s'agit d'un état des lieux sur le nombre de chutes des personnes âgées hébergées dans les unités 1 et 2 du secteur maison de retraite de l'Hôpital Local de Grand Fougeray, entre le 10 janvier 1999 et le 10 juillet 1999.

*Les circonstances exactes* de chaque chute n'ont pas été recherchées. Le risque d'erreur et/ou d'oubli me semblait trop élevé au vu du délai important existant entre le moment de survenue de chaque chute et le début de l'étude en décembre 1999.

Les *conséquences psychologiques* des chutes ont été impossibles à prendre en considération par manque d'information. Des entretiens auraient été peu fiables pour étudier les deux éléments précédents.

*L'âge et l'état de santé* de chaque chuteur n'ont pas été examinés.

Le nombre de chutes inscrites dans le cahier de transmission est certainement inférieur à la réalité pour deux raisons principales :

- Les agents n'ont pas toujours le réflexe de noter la survenue d'une chute lorsqu'elle est sans gravité apparente, d'autant plus qu'aucune sensibilisation du personnel sur ce problème n'était réalisée durant la période en question, et qu'aucune fiche de déclaration de chute n'était établie.
- Le nombre de chutes survenues chez les personnes qui ont eu la capacité de se relever seule apparaît de manière négligeable. Les personnes qui parviennent à se relever par leur propre moyen signalent rarement leur chute lorsque les conséquences n'occasionnent pas de gêne. Une chute est très souvent considérée comme une faiblesse ou un événement accidentel de la vie courante sans grande importance.

#### **4. RESULTATS DE L'ETUDE**

*83 chutes* ont été répertoriées dans le cahier de transmission.

*27 personnes* ont été victimes d'une ou plusieurs chutes.

*41,54%* de la population accueillie au sein des unités 1 et 2 sont tombées au moins une fois.

Parmi ces *27* chuteurs,

*16 personnes* sont tombées une seule fois, soit de *59,26%* de l'ensemble des résidents chuteurs.

*11 personnes* ont chuté au moins 2 fois et totalisent *67 chutes* dont *56 récidives*.

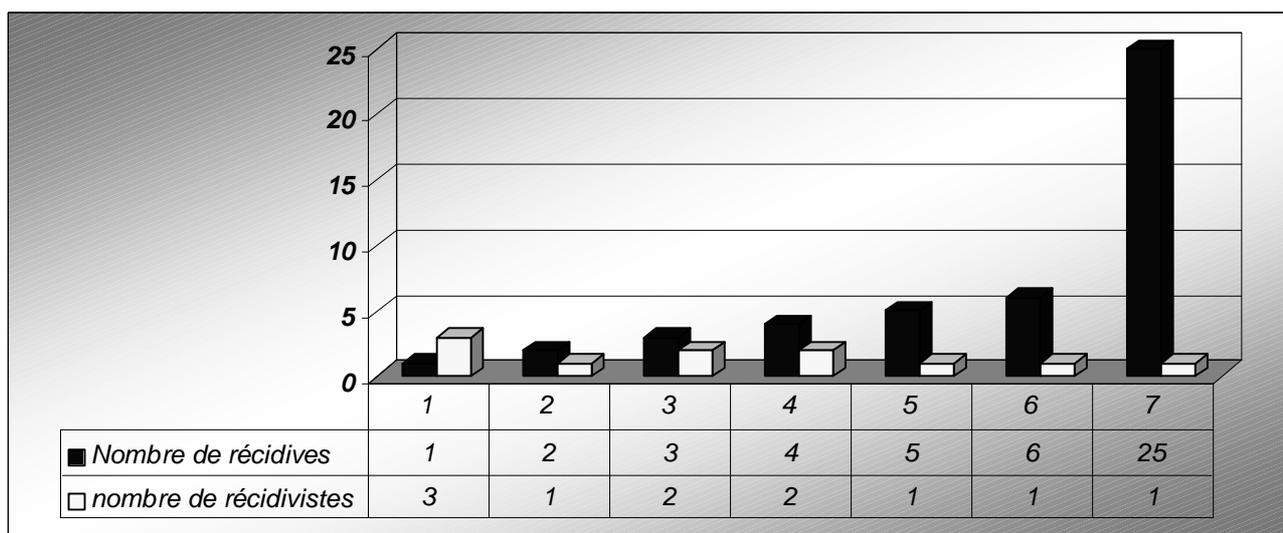
Le taux de récidivistes est de *40,74%* de l'ensemble des chuteurs.

Le taux de récidives de chute est de *67,47%* de l'ensemble des chutes.

### Tableau récapitulatif

chutes signalées	chuteurs	non chuteurs	Pers ayant chuté une seule fois	Pers ayant chuté au moins 2 fois	Nb de récidives
83	27	38	16	11	56
	41,54%	58,46%	59,26	40,74%	67,47%

### Répartition des récidives



Sur 6 hommes chuteurs, 2 d'entre eux ont chuté plus d'une fois (respectivement 1 et 4 récidives)

Il convient également de remarquer que 5 personnes parmi les récidivistes ont chuté 2 fois dans la même journée, et qu'une autre personne a effectué à deux reprises, 3 chutes au cours de la même nuit.

Sur les 65 résidents,  
19 sont des hommes (29,23%) et 46 des femmes (70,77%).

Parmi les 27 chuteurs,  
*6 chuteurs de sexe masculin* ont été répertoriés. Le pourcentage de chuteur masculin est de 22,22 %.

*72 chutes (86,75%) relèvent de 21 personnes de sexe féminin (77,78%)*

Parmi les 83 chutes totales,  
*11 relèvent de chutes dont les hommes sont les victimes*, soit un taux de 13,25 % de chutes.  
 91% des récidives sont le fait de femmes contre 9% pour les hommes.

	FEMMES	HOMMES	H + F
<b>Nombre de chuteurs</b>	21	6	27
<b>%</b>	77,78	22,22	100
<b>Nombre de chutes</b>	72	11	83
<b>%</b>	86,75	13,25	100
<b>Nombre de récidivistes</b>	9	2	11
<b>%</b>	42,85	33	
<b>Nombre de récidives</b>	51	5	56
<b>%</b>	91	9	100

Le nombre de chuteurs récidivistes est également supérieur chez les personnes de sexe féminin, 9 femmes sont concernées, soit 42,85% des femmes qui ont chuté. Les chuteurs récidivistes de sexe masculin sont au nombre de 2, soit 33% des chuteurs hommes.

#### □ Horaires des chutes

Le moment de la journée ou l'heure précise de la chute sont signalés dans le cahier de transmission dans seulement 63 cas de chute sur les 83 mentionnées. En considérant les cas

où l'information est précisée, la répartition des chutes en fonction du moment de la journée est la suivante :

	<b>MATIN 6H30-13H30</b>	<b>APRES-MIDI 13H30-20H30</b>	<b>NUIT 20H30-6H30</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nombre de chutes</b>	8	25	30	63
<b>%</b>	12,69	39,70	41,61	100

#### □ **Lieux des chutes**

Peu de précisions sont données à ce sujet. Les chutes semblent se produire principalement dans la chambre du résident. Dans cette étude, seulement 8 signalements de chute précisent que la personne avait l'intention de se rendre dans son cabinet de toilette ou y a été découverte sur le sol.

Trois chutes déclarées sont survenues au cours d'un déplacement dans les circulations. Deux chutes à l'extérieur de l'établissement sont également à déplorer, dont une causée par une voiture. En considérant ces éléments, on peut évaluer à 6% le taux de chutes en dehors de la chambre. Par conséquent, le taux de chutes supposées être survenues en chambre est de 94%. Le déficit d'informations sur les circonstances des chutes ne permet pas de retirer plus d'informations sur les lieux des chutes.

#### □ **Les conséquences traumatiques et fonctionnelles**

L'étude du dossier de soins n'ayant pas été effectuée, il est simplement fait le constat des conséquences des chutes répertoriées. Peu de précisions sont mentionnées dans le cahier de transmission concernant les hospitalisations et actes médicaux consécutifs aux chutes. *21 traumatismes physiques* de gravité variable ont fait l'objet d'une observation dans le cahier de transmission.

Le taux de chute avec traumatisme physique s'élève à 25,30% de l'ensemble des chutes.

**La répartition des ces traumatismes en fonction de leur particularité est la suivante :**

	Nombre	%	LOCALISATION
<b>Fractures</b>	3	14,29	bras, poignet et omoplate
<b>Plaies</b>	7	33,33	paupière, arcade sourcilière, avant bras, coude, genou, cuir chevelu
<b>Hématomes</b>	5	23,80	front, genou, main
<b>Douleurs</b>	6	28,58	tête, genou, épaule, poignet, dos

Les fractures représentent 3,61% de l'ensemble des chutes, les plaies 8,43% et les traumatismes de moindre gravité (hématomes et douleurs) 13,25%.

52,28% (hématomes et douleur) de l'ensemble des troubles rapportés se révèlent bénins au niveau physique.

Le nombre de chutes signalées sans gravité dans le cahier, avec les mentions « RAS » (rien à signaler) ou « sans gravité apparente », est de 19. Il en ressort que 45 chutes n'ont pas donné lieu à des observations particulières sur les conséquences physiques ou psychologiques éventuelles. Il convient de supposer que celles-ci ont été évaluées sans gravité au moment de la découverte du chuteur. Par conséquent, on peut considérer que sur 83 chutes comptabilisées, 64 sont sans gravité apparente. Ainsi, 74,70 % des chutes observées dans les unités 1 et 2, entre le 10 janvier 1999 et le 10 juillet 1999, se seraient révélées sans conséquence traumatique.

#### ❑ Observations diverses

*Le signal d'appel* a été utilisé par 3 personnes (11,1%) pour obtenir de l'aide, soit 6 chutes notifiées (6,97%).

Seules 3 personnes (11,1%) ont signalé leur chute après s'être *relevées seules*. Ce chiffre doit être vraisemblablement sous évalué car nombre de personnes chuteuses omettent

couramment, volontairement ou non, de signaler leur chute au personnel notamment lorsqu'elles sont parvenues à se relever seules et qu'elles ne ressentent aucune séquelle.

Une personne a été retrouvée par *sa voisine de chambre* qui est allée chercher de l'aide.

La découverte d'une personne âgée au sol est majoritairement le fait *d'un membre de l'équipe de soins*. Aucun signalement de chute par un visiteur n'apparaît dans le cahier. Seules 7 chutes (2 à l'extérieur, 4 où les personnes se sont relevées seules et 1 signalée par une voisine de chambre) ont été révélées sans l'assistance du personnel, soit 8,43% de l'ensemble des chutes. Par conséquent, 91,57% des chutes ont été découvertes par un agent.

Une personne a chuté après avoir franchi les barrières installées sur son lit.

Deux chutes signalées la nuit par les veilleuses ont occasionné la mise en place de 2 barrières sur le lit du chuteur.

Une personne a chuté après avoir pris ses pieds dans le déambulateur de son voisin.

Trois personnes ont chuté, deux d'entre elles de leur fauteuil roulant et l'autre de la chaise « garde robe » sur laquelle elle était installée.

Une chute est due à la défection *d'un système de contention*. Dans un autre cas, la décision d'utiliser un système de contention a été décidée par l'agent suite à une chute pour éviter les récidives.

## **5. ANALYSE ET OBSERVATIONS**

Le pourcentage de chuteurs dans ces unités est de 41,53, ce qui représente une proportion considérable de personnes âgées. Le taux de personnes ayant chuté au moins deux fois est également important puisqu'il atteint 40,75% des chuteurs. Il est probable que certaines chutes, notamment des récidives auraient pu être évitées.

La personne victime de 25 récidives avait des problèmes cardiaques importants. La pause d'un pacemaker était envisagé au cours de la période concernée par l'étude mais l'intervention n'a pu être réalisée.

Les 25 récurrences de chute de cette personne influent sur les taux de récurrences constatés. Mais il me semblait nécessaire de les inclure dans les calculs car elles reflètent une réalité sur une période donnée.

Toutefois, en occultant les 26 chutes totales de cette personne, il demeure un nombre de 57 chutes déclarées dans le cahier de transmission concernant 26 résidents. Les récidivistes sont au nombre de 10 pour 30 récurrences. Ce niveau reste très élevé.

La proportion des femmes ayant chuté est supérieure à celle des hommes. En effet, elles représentent 70,77% des personnes âgées hébergées en U1 (unité 1) et U2 (unité 2) mais 77,78 % des chuteurs. Pour leur part, les chuteurs masculins constituent 22,22% de l'ensemble des victimes d'une ou plusieurs chutes, tandis qu'ils incarnent 29,23% des résidents.

La différence d'âge entre la population féminine et la population masculine peut justifier cet écart. Dans le secteur hébergement de l'Hôpital Local, la moyenne d'âge des femmes est de 82,48 ans et celle des hommes de 73,28 ans. Il est probable que les moyennes d'âge sont approximativement identiques dans les deux unités de vie étudiées.

Sans avoir examiné précisément l'état de santé du public hébergé, il apparaît raisonnable de supposer que l'état de santé des femmes est plus détérioré que celui des hommes. Dans les unités 1 et 2, la comparaison entre les GIR des hommes et des femmes, permet de constater que, 47,62% des hommes ont été classés dans un des groupes GIR 6 ou 5 (autonomie importante) pour 26,19% des femmes.

Certaines particularités sociales des résidents masculins peuvent expliquer cette constatation. Ceux-ci sont en majorité des salariés agricoles retraités et célibataires admis pour des raisons sociales. Certains participent d'ailleurs à de menus travaux au sein de l'établissement. Ils ont conservé leur autonomie mais sont parfois victimes de problème d'alcoolisation.

#### □ Horaires des chutes

La répartition horaire des chutes au cours de la journée porte à s'interroger sur les raisons qui peuvent les justifier.

*La matinée* est une période moins propice aux chutes que l'après-midi ou la nuit. Il a été signalé 8 chutes soit 12,69 %. Le mode de prise en charge hôtelière et l'organisation de l'équipe de soins le matin peuvent apporter une réponse.

Le petit déjeuner est servi en chambre pour tous les résidents. Les déplacements dans les circulations sont rares avant 10h30. Seules les personnes totalement autonomes s'y trouvent à ces heures.

Les soins d'hygiène et de nursing s'effectuent généralement de 6h30 à 11 heures. Les agents passent dans chaque chambre. Les déplacements des personnes à l'intérieur de la chambre sont aidés notamment pour qu'elles se rendent dans leur cabinet de toilette. La charge de travail matinale est considérable et due à la progression du niveau de dépendance des résidents. Toutes les personnes âgées sont levées de leur lit, même les plus dégradées physiquement, elles sont conduites dans la salle de restaurant pour le déjeuner ainsi que les personnes nécessitant une aide à la marche.

La présence en personnel est constante tout au long de la matinée et le nombre d'agents plus élevé qu'aux autres moments de la journée. Cette couverture en personnel entre 6h30 et 13h30 peut expliquer le taux de chute inférieur de ce moment de la journée de même que l'organisation qui favorise le confinement des résidents dans leur chambre le matin. Néanmoins, l'étude a montré que les chutes surviennent principalement dans les chambres. L'explication du confinement en chambre pourrait être contestée. L'influence de la présence en personnel semble plus fondée.

*L'après-midi* et en début de soirée (de 13h30 à 20h30), 25 chutes (39,70 %) sont signalées. Après le déjeuner servi à midi, les résidents regagnent leur chambre. Les périodes post prandiales sont des périodes à risque, car, après le repas, les résidents ressentent généralement le besoin de se rendre aux toilettes. Leurs déplacements sont moins souvent assistés que dans la matinée. Des chutes surviennent à ces occasions.

Les déplacements dans les circulations sont plus nombreux l'après-midi. Les résidents désirent se rendre sur les lieux des animations (salle d'animation excentrée) ou sortir en individuel. Dans cette étude, l'infime proportion de chutes déclarées dans les circulations ne permet pas de valider totalement cette explication.

Le dîner est servi à 18 heures. Les personnes âgées les plus dépendantes sont couchées avant le repas. Les personnes valides se rendent en salle de restaurant. Le nombre d'agents étant inférieur en soirée qu'en matinée, l'accompagnement des résidents est souvent limité. La

charge de travail est importante car elle comporte le service de restauration et l'aide au coucher.

La période post prandiale du soir est favorable aux risques de chute, d'autant plus que bon nombre de résidents se couchent peu de temps après le repas. La préparation au coucher donne lieu à un rituel précieux pour eux. Celui-ci incite à de nombreux déplacements dans la chambre et favorise le risque de chute.

Le personnel passe d'une chambre à une autre sans pouvoir prendre le temps nécessaire pour satisfaire toutes les personnes âgées. La soirée est très souvent vécue par les personnes âgées comme une période d'inquiétude et parfois d'excitation avant la nuit. Le rapprochement inconscient de la nuit avec l'idée de la mort peut parfois favoriser les comportements à risque.

*Au cours des nuits*, 30 chutes ont été signalées dans l'étude soit 41,61 % des observations sur les chutes qui précisent le moment de la journée.

Deux veilleuses de nuit sont chargées de la surveillance des 3 unités de vie de la maison de retraite et du secteur sanitaire de l'établissement. Elles effectuent 4 rondes par nuit. Une infirmière de nuit qui effectue une garde couchée est également présente dans les lieux. Les chutes survenues la nuit concernent très souvent des personnes qui désirent se rendre aux toilettes. Elles éprouvent des difficultés pour sortir de leur lit, à se mettre debout. Le défaut d'information sur les circonstances des chutes ne permet pas de donner d'éclaircissement sur les raisons particulières qui ont motivé la volonté de sortir du lit. On peut supposer que la difficulté de trouver la lumière et/ou la sonnette est une des raisons qui peut être invoquée.

L'heure précoce du dîner (18 heures) et du coucher qui suit sont des éléments favorisant le risque de chute. En effet, une personne couchée à 19h30 qui n'est pas incontinent aura certainement besoin de se relever au cours de la nuit. L'heure de passage de la veilleuse ne coïncidera pas forcément avec ses besoins. Elle tentera par ses propres moyens à les satisfaire sans demander d'aide à moins qu'elle ne décide d'utiliser le signal d'appel si elle parvient à le trouver. La méthode de prise en charge de l'incontinence et surtout, des efforts pour le maintien de la continence, joue certainement un rôle prépondérant à ce niveau.

La mise en place de barrière après une chute a été relevée à deux reprises. La décision de poursuivre dans cette voie est ensuite discutée en équipe. Une chute au-dessus des barrières a également été signalée. Il semble difficile de faire des observations sur ces situations par manque de renseignements.

## □ **Lieux des chutes**

La chambre et le cabinet de toilette sont les lieux privilégiés où surviennent une majorité de chutes. Le manque de précision des informations relatant les circonstances des chutes ne permet pas tirer des conclusions, mais, certaines suppositions peuvent être faites. Les unités 1 et 2 sont situées dans un bâtiment construit en 1976 qui fait partie du futur projet de restructuration du secteur hébergement. Une population de plus en plus dépendante a dû être accueillie progressivement dans ce bâtiment à l'origine réservé à un public de personnes âgées valides. Les locaux sont inadaptés, et la vie au quotidien n'est pas toujours aisée que ce soit pour les résidents ou le personnel soignant. L'éloignement des lieux de vie collective est très souvent avancé ainsi que l'exiguïté des chambres (16 m<sup>2</sup> en moyenne) et les difficultés d'accessibilité au cabinet de toilette (lavabo et W-C).

## □ **Les conséquences traumatiques et fonctionnelles**

La comptabilisation du nombre de traumatismes physiques et fonctionnels n'a pas donné lieu à de difficultés particulières, étant donné que lorsqu'une chute a des conséquences visibles immédiates, les agents ont le réflexe de faire le signalement à l'infirmière de garde. La retranscription dans le cahier de transmission est aussi bien intégrée dans ces situations. Seul un léger doute peut exister concernant les situations où il s'agit de l'infirmière qui a découvert la personne au sol. Celle-ci pourrait avoir omis de le noter dans ce cahier dans la mesure où elle aurait complété le dossier de soins du chuteur. Ces dossiers n'ayant pas été étudiés, il est impossible d'apporter des précisions à ce sujet.

Le taux de chutes supposées sans gravité dans l'étude est de 74,70%. Ce taux ainsi que ceux relatifs aux conséquences traumatiques seront examinés en comparaison avec les résultats d'enquêtes plus scientifiques parus dans la littérature.

Cette étude n'a pas permis d'évaluer le taux de mortalité consécutif aux chutes. Il faut cependant signaler que 4 personnes ayant été victime d'une ou plusieurs chutes sont décédées dans l'année qui a suivi leur chute. Mais, il est impossible de dire si l'impact physique et/ou psychologique de la chute a eu une influence prépondérante sur ces décès.

## □ Observations diverses

*Le signal d'appel* est peu utilisé pour avertir de la survenue d'une chute. Trois personnes l'ont utilisé pour un total de 6 chutes. Le système en place est peu performant par sa localisation, sa visibilité et la longueur réduite de son câble. Les cabinets de toilette disposent d'un bouton d'appel mural. On peut également se poser la question de savoir si l'ensemble des résidents connaît l'utilisation du système d'appel et si l'information a été suffisante pour les inciter à se l'approprier comme un moyen améliorant leur sécurité. Il convient de préciser, bien évidemment, que la localisation du chuteur au sol interfère sur l'utilisation du signal d'appel. Cet équipement pourrait cependant être un moyen de prévention intéressant dans un certain nombre de chutes évitables.

Les observations concernant l'utilisation des *barrières au lit et les moyens de contention* présument de l'utilisation régulière qui en est faite dans le service. Cependant, la décision est prise en équipe avec accord du médecin traitant, du résident et/ou de sa famille. Cette décision est d'ailleurs réévaluée régulièrement suivant l'état de santé de la personne âgée.

*Le signalement des chutes par les chuteurs eux même* est minime, notamment lorsqu'ils sont parvenus à se relever du sol par leur propre moyen. Elles sont au nombre de 4 (pour 3 chuteurs) sur 83 chutes, soit 4,8% des chutes. Comme évoqué précédemment, il est raisonnable de penser que ce chiffre est sous évalué. Une chute est vécue par une personne âgée comme un échec, une dégradation de son état. Certaines d'entre elles ne désirent pas avouer qu'elles ont chuté afin de préserver une apparence de totale autonomie. Parfois, la chute passe également inaperçue, ou du moins est rapidement oubliée par la victime elle-même, car il n'y a aucune séquelle traumatique et psychologique.

La découverte des chuteurs, quasi systématique, par un membre du personnel soignant est évidente. Si l'on considère les 7 chutes signalées par un appel (sonnette, voisine de chambre), les 2 chutes à l'extérieur, et les 4 signalements par les personnes elles même, soit 15,66% des chutes totales, on parvient par déduction à 84,34% des chutes découvertes par un agent.

En effet, une des missions d'un établissement pour personnes âgées est de proposer une surveillance et une présence en personnel 24 heures sur 24. Par contre, il semble étonnant

qu'aucune chute n'ait été signalée par un visiteur. Bien que la présence en personnel (3 personnes le matin et deux l'après-midi et en début de soirée) ait été renforcée par une nouvelle organisation depuis novembre 1999, la période pendant laquelle se déroule l'étude n'a pas bénéficié de cette amélioration. La particularité de l'organisation précédente était d'attribuer une seule équipe aux unités 1 et 2. En unité 2 (1<sup>er</sup> étage), les résidents et les familles déploraient l'absence d'un agent en permanence. Des conflits entre les résidents, dus à une agressivité latente étaient souvent signalés. Même si la proportion de personnes valides était importante, le risque de chute n'était pas exclu. L'absence de signalement de chute par des visiteurs ou des voisins de chambre paraît surprenante. Le faible taux de visite régulière des résidents pourrait expliquer en partie cet état de fait.

## □ Conclusion

Le thème du risque de chute des personnes âgées institutionnalisées m'est apparu suffisamment important pour vouloir vérifier sur mon terrain de stage la réalité du problème. Les résultats obtenus n'ont qu'une valeur relative étant donné la méthode de réalisation et les limites qu'elle impose. Il s'avère malgré tout qu'elle permet de faire remonter un certain nombre de vérités sur la vie quotidienne en maison de retraite, l'adéquation de l'environnement à la population et sur les pratiques professionnelles. Le risque de chute est donc bien réel en hébergement pour personnes âgées à l'Hôpital Local de Grand Fougeray. Qu'en est-il dans les autres établissements de même catégorie ?

## II - LA MATERIALITE DU PROBLEME EN RAPPORT A SA REALITE

La dimension véritable de ce problème ne peut être appréhendée sans être intégrée dans la vision globale de la chute du sujet âgé dans l'ensemble de la population âgée. Les résultats de l'étude de terrain effectuée à l'Hôpital Local de Grand Fougeray sont révélateur de l'existence d'un dysfonctionnement. Ces résultats sont-ils représentatifs d'un EHPAD ? L'appréciation des résultats avec ceux d'enquêtes plus scientifiques peut donner un éclairage appréciable sur la véracité de la situation.

# **1. LES CONSEQUENCES TRAUMATIQUES DES CHUTES**

## *1.1. Dans l'ensemble de la population âgée*

Les accidents de la vie courante sont responsables de 18 000 décès<sup>9 10</sup> chaque année dont 80% frappent les personnes de 65 ans et plus. La chute est le mécanisme majeur des décès accidentels dans cette classe d'âge. On en dénombrait 8 686 en 1995, presque autant que le nombre total de victimes par accidents de la circulation pour l'ensemble de la population française à la même période<sup>11</sup>. Au-delà de 80 ans, les chutes constituent la cause la plus fréquente d'accidents domestiques (87%)<sup>12 13</sup>. En France, le nombre total de chute serait de 2 millions chaque année chez les plus de 65 ans. Entre un tiers et la moitié des sujets âgés de cette tranche d'âge font au moins une chute dans l'année<sup>14</sup>. Une récurrence de chute est observée dans 10% des cas au cours des 6 mois qui suivent la première chute, et dans 50% des cas dans l'année qui suit<sup>15</sup>.

La majorité des chutes chez la personne âgée<sup>16</sup> a lieu au domicile ou dans l'environnement immédiat. Elles surviennent au cours d'activités habituelles telles que marcher ou se lever d'une chaise (ou du lit). Une minorité des chutes (5% environ) est liée à des activités clairement dangereuses (pratiquer un sport, monter sur une échelle...). Il s'agit le plus souvent de chutes d'un même niveau, néanmoins, 10% d'entre elles ont lieu dans les escaliers, lors de la descente généralement.

La proportion des chuteurs est 2 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, mais à partir de 85 ans le sex-ratio s'équilibre. La gravité des lésions s'accroît également avec l'âge<sup>17</sup>

---

<sup>9</sup> Statistiques sur les causes médicales de décès 1995, INSERM.

<sup>10</sup> Dossier CNAMTS n°38, août 1997 : Enquête sur les accidents de la vie courante de 1987 à 1994.

<sup>11</sup> Statistiques sur les causes médicales de décès 1995, INSERM.

<sup>12</sup> Revue du Praticien T9-n°293, avril 1995.

<sup>13</sup> Enquête EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System). Il s'agit d'un système d'information et de surveillance des accidents de la vie courante mis en place en 1985 par l'Union Européenne et développée dès 1986 par la Direction Générale de la Santé. Il est basé sur un recueil de données effectuées 24heures sur 24 par des professionnels de santé dans les services d'urgence de 8 hôpitaux du réseau en France.

<sup>14</sup> Source EHLASS.

<sup>15</sup> Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol 43-1995, pp 72-83.

<sup>16</sup> Source EHLASS.

<sup>17</sup> Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol 43-1995, pp 72-83.

La majorité des chutes est bénigne mais, 10 à 15 % d'entre elles provoquent une fracture ou entraînent des lésions nécessitant des soins médicaux<sup>18</sup>. Ainsi, 5 à 6% des chutes s'accompagnent d'une fracture, dont 9% de l'extrémité supérieure du fémur, une des conséquences les plus graves pour le sujet âgé. Par rapport aux sujets de même âge et de même sexe, en population générale, les personnes ayant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ont un excès de mortalité de 10 à 20%. Il convient cependant de relativiser ces taux, car, l'augmentation du risque chez les chuteurs est liée au fait que leur état de santé est moins bon, en général, que celui des non-chuteurs. Les fractures de l'avant bras, de la hanche, des vertèbres et des poignets sont ensuite les plus fréquentes. 48% des cas de chute révèlent des contusions et 5 à 10% des chutes s'accompagnent d'autres traumatismes sévères nécessitant des soins médicaux (luxation, entorse, hématome, plaie profonde...).

Les chutes accompagnées de fractures ou autres blessures graves entraînent souvent une réduction importante et durable de la mobilité et des capacités physiques. Ce déclin fonctionnel peut être marqué même chez les sujets qui avaient des capacités physiques élevées avant la fracture.

Le taux d'hospitalisation<sup>19</sup> suite à une chute est de 35% et augmente avec l'âge ainsi que la durée de séjour hospitalier dont la moyenne est de 10,9 jours (sans tenir compte des passages dans les structures de soins de suite et de réadaptation et de longue durée). La prise en charge médicale par le médecin de ville ou soins externes à l'hôpital est de 31%.

Les malaises et les chutes, très souvent liés, correspondent à 10 à 20% des causes d'admission des sujets âgés dans les services d'urgence ou unités de gériatrie de court séjour<sup>20</sup>. A long terme, la chute provoque l'entrée de la personne en institution dans 40% des cas<sup>21</sup>. Parmi les sujets qui vivaient de façon indépendante à leur domicile avant la fracture, 15 à 25% entrent en institution pour un séjour d'au moins un an, tandis que 25 à 35% retournent chez eux mais nécessitent une aide pour leurs déplacements. Le taux de décès à 1 an après une fracture est de 25%.

---

<sup>18</sup> Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol 43-1995, pp 72-83.

<sup>19</sup> Revue du Praticien T13 n°468.

<sup>20</sup> Concours Médical -24 10 98-120-35.

<sup>21</sup> Revue du Praticien T8 n°263, octobre 1994.

## 1.2. En établissement pour personnes âgées

En institution gériatrique<sup>22 23</sup>, l'incidence<sup>24</sup> des chutes est 3 fois plus fréquente que celle observée dans la population vivant à leur domicile. Elle est comparable à celle relevée dans les services hospitaliers. Cependant toutes les personnes vivant en institution ne sont pas exposées au risque de chute mais il existe un sous-groupe important (de l'ordre de 50%) fortement exposé. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que les sujets sont plus âgés (moyenne d'âge > 80 ans), d'une plus grande fragilité et qu'un recueil plus systématique des données est effectué sur les chutes. Le niveau de dépendance des résidents influence directement le risque de survenue de chutes graves. Il semble également que le taux de chute se révèle inversement proportionnel au nombre de soignants.

La majeure partie des chutes survient généralement durant une activité impliquant un déplacement du centre de gravité de faible amplitude. Ces activités sont le fait de se pencher, de se lever du lit, le déplacement vers les toilettes, le transfert du lit ou d'un siège ou encore, l'abaissement du tronc en avant.

Les chutes les plus courantes surviennent dans la chambre (78%), mais, un sujet peut tomber dans les couloirs, le salon, la salle à manger ou à l'extérieur de la maison de retraite. Les horaires des chutes suivent le rythme de la journée du résident. Les moments de la journée où les chutes sont plus fréquentes : les heures du lever, les heures du repas, les heures des activités, la nuit. Les patients récidivistes semblent chuter plus fréquemment la nuit.

Les pensionnaires chuteurs sont découverts par les soignants (38%), des voisins de chambre (12%), utilisent la sonnette (31%) ou appellent (19%).

Parmi les sujets qui ont chuté une seule fois, les personnes les plus autonomes sont les plus nombreuses, tandis que les personnes « récidivistes » sont significativement plus âgées et moins autonomes. Il faut noter que 93,5% des chuteurs n'ont pas pu se relever seuls.

Les conséquences immédiates de la chute sont dans 30% des cas des contusions ou des plaies avec suture et, dans 4% des cas, des fractures. La majorité des chutes est sans conséquence immédiate (66%).

---

<sup>22</sup> La Revue de Gériatrie tome 24, n°4 avril 1999.

<sup>23</sup> Epidémiologie des chutes dans les institutions gériatriques, La chute de la personne âgée, pp 7-13.

<sup>24</sup> L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas pendant une période d'observation.

La comparaison des résultats de l'étude effectuée à l'Hôpital Local de Grand Fougeray avec ces résultats<sup>25</sup> peut certainement porter à critique. Cependant, il me semble qu'elle constitue un excellent moyen d'observation de la réalité quotidienne d'un EHPAD.

*Nombre de chuteurs :*

	% de chuteurs	% Femmes	% Hommes	% récidivistes
HLGrand Fougeray	41,53%	77,78%	22,22%	40,74%
Enquête	31,25%	80%	20%	36%

Il apparaît peu de différences entre les résultats des deux études. La différence concernant le nombre de chuteurs peut s'expliquer par la sensibilisation des acteurs dans l'enquête scientifique. Pour être efficace, un programme de prévention doit s'envisager sur le moyen et long terme car le court terme ne réduit pas le nombre de chute de manière conséquente. Mais, il ne faut pas oublier que le nombre de chute dans les unités 1 et 2 a certainement été sous évaluées ce qui signifie que le nombre de chuteurs doit être encore supérieur.

La répartition hommes/femmes et le pourcentage de récidivistes sont peu éloignés. On peut malgré tout en déduire que, peu importe la méthode utilisée, les caractères des chuteurs ne varient pas énormément dans la population des structures étudiées.

*Lieux de survenue des chutes :* Seulement 5 chutes (6%) ont été déclarées dans les couloirs et à l'extérieur dans l'étude des unités 1 et 2. Le manque de précision des déclarations réduit certainement leur importance et le taux supposé de 94% de chute en chambre est certainement sur-évalué. Mais il apparaît que le taux de 78% de chute survenue en chambre dans l'étude de la littérature met également en évidence que la chambre est le lieu de prédisposition de survenue d'une chute dans une maison de retraite. De plus, une grande partie des chutes qui surviennent dans les chambres est due aux déplacements en direction (et au retour) du cabinet de toilette. Dans notre étude, le déficit d'information concernant les circonstances de survenue des chutes ne permet pas de confirmer cette perspective.

---

<sup>25</sup> Facteurs environnementaux de la chute en maison de retraite à partir d'une étude prospective de l'incidence des chutes sur dix mois, La Revue de Gériatrie, T 24 n°4, avril 1999.

*Horaires des chutes* : Dans l'étude de terrain des unités 1 et 2, la nuit et l'après-midi sont les moments de la journée où les personnes chutent le plus. Il semble que ces moments soient aussi ceux où les chutes sont les plus courantes dans la maison de retraite où s'est déroulée l'enquête scientifique excepté les heures du lever le matin.

*Conséquences traumatiques* : 3,61% des traumatismes répertoriés dans notre étude sont des fractures alors qu'ils s'élèvent à 4% dans l'enquête. Les taux sont proches. Cela peut s'expliquer par le fait que les chutes les mieux signalées sont celles qui ont des conséquences visibles immédiates. Il apparaît que 66% des chutes de l'enquête de la littérature soient sans conséquence, elles ont été évaluées à 74,70% dans les unités 1 et 2.

*Qui découvre le chuteur ?* Dans notre étude, 84,34% des chutes sont découvertes par le personnel tandis que 7,22% des chuteurs ont utilisé la sonnette. Dans l'enquête scientifique, les chuteurs sont 38% à avoir été découverts par un agent et 31% à avoir utilisé la sonnette. Les différences sont importantes mais peuvent se justifier par un éventuel niveau de dépendance moins élevé des résidents, un équipement en sonnettes plus fonctionnel, et la sensibilisation effectuée auprès des résidents et des personnels pour ce qui relève de l'enquête scientifique. Peu de différence apparaissent entre les deux études concernant les personnes qui n'ont pas pu se relever seuls car 93,5% des patients de l'enquête scientifique et 95,2% dans notre étude ont dû attendre une aide pour pouvoir se relever.

Les études permettent de faire une évaluation chiffrée d'un problème particulier. Ces résultats conduisent à des observations, notamment concernant l'ampleur du problème et ses conséquences visibles. Malgré ses imperfections, l'étude de terrain effectuée dans les unités 1 et 2 de l'Hôpital Local, révèle un risque de chute conséquent pour les résidents, d'autant plus que le nombre de signalements doit être inférieur à la réalité. Si les conséquences physiques sont généralement perceptibles, et donc plus aisément appréciables, les conséquences psychomotrices et psychologiques sont plus complexes à évaluer.

## **2. LES CONSEQUENCES PSYCHOMOTRICES ET PSYCHOLOGIQUES**

### **2.1. Le déni et la peur de tomber**

Le vécu d'une chute se situe dans un contexte dramatique, la chute à une valeur symbolique. Elle souligne la fragilité de la personne vieillissante, témoigne du deuil de la prestance et symbolise la mort. L'estime de soi, notion qui représente la capacité d'une personne à entretenir une attitude favorable envers elle-même, est profondément atteinte.

*Le déni* de la chute est un système de défense pour la personne âgée face à une situation vécue comme un échec. L'expérience de l'effondrement, manifestation brutale, génère fréquemment la crainte de la rechute. Le déni et la rationalisation font, soit que la chute est mise au compte du hasard, de circonstances fortuites ou de facteurs conjoncturels. La chute renvoie à une image inquiétante de la vieillesse en réactivant une des craintes de la personne âgée : la dépendance. La chute impose l'évidence de la faiblesse, et au-delà de la perte d'autonomie, elle engendre un sentiment de dépendance vis à vis de l'entourage. Il est alors plus aisé de comprendre que certaines personnes âgées se réfugient dans un comportement de déni, afin de se sécuriser et de faire en sorte que la projection de leur vie dans le futur soit encore possible.

*La peur de tomber* est reconnue comme une conséquence psychologique handicapante suite à une chute. Il apparaît qu'environ 30 à 50% des personnes âgées ayant fait l'expérience d'une chute dans le courant de l'année reconnaissent avoir peur de tomber<sup>26</sup>. L'importance de la peur est corrélée à la gravité de la chute. Néanmoins, même en l'absence de blessure grave, une chute peut avoir des conséquences psychologiques importantes et provoquer un déclin accéléré des capacités fonctionnelles, indépendamment de l'état de santé initial du sujet. En voulant se protéger, la personne âgée va progressivement restreindre ses activités et met en place des stratégies d'adaptation qui peuvent influencer sur sa vie sociale et relationnelle.

---

<sup>26</sup> Répercussions psychologiques de la chute, limitation d'activité et entrée en institution, La chute de la personne âgée, pp 213-219.

Une des hypothèses avancée pour expliquer le déclin fonctionnel est, que le choc psychologique provoqué par la chute fait naître chez certains sujets un sentiment de peur, d'insécurité, de perte de confiance en soi et de démotivation qui les conduit à se replier sur eux-mêmes, à restreindre voire abandonner leurs activités sociales habituelles. Le déconditionnement physique qui suit la réduction d'activité pourrait à son tour augmenter le risque de nouvelle chute créant ainsi un véritable cercle vicieux. Ce phénomène accompagne progressivement le sujet vers la spirale de la dépendance. La chute est l'occasion pour le patient âgé de percevoir la dimension de son vieillissement, de la fragilité de son état et de l'approche de la mort, qui se traduit par une inhibition psychomotrice.

Pour les personnes vivant à domicile, la peur de tomber peut conduire à plus ou moins long terme à un départ anticipé en institution. La prise de conscience que la chute peut conduire à un départ en maison de retraite peut être vécue de manière angoissante. La peur de tomber devient alors le reflet d'une peur d'admission en institution. Cette hypothèse peut expliquer la peur de tomber de sujets n'ayant pas fait l'expérience d'une chute<sup>27</sup>.

## 2.2. Le syndrome post chute

L'ensemble des modifications psychologiques et comportementales observées chez certains sujets après une chute a été désigné sous le terme de syndrome post chute<sup>28</sup>. La peur de tomber constitue l'élément clé de ce syndrome. Ce sentiment de peur existe même en l'absence de traumatisme physique grave. Le syndrome post chute est particulièrement marqué chez les sujets qui sont restés longtemps au sol sans pouvoir se relever. Il correspond à un syndrome de régression psychomotrice qui apparaît dans les suites immédiates ou différées d'une chute. Il peut conduire à l'état grabataire définitif.

Il s'agit d'une véritable sidération des automatismes posturaux entraînant une perte des réactions d'adaptation posturale, avec difficulté ou même impossibilité totale pour le sujet à se maintenir en orthostatisme »<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Facteurs environnementaux de la chute en maison de retraite à partir d'une étude prospective de l'incidence des chutes sur dix mois, La Revue de Gériatrie, T 24 n°4, avril 1999.

<sup>28</sup> Dossier «la chute du sujet âgé », Impact Médecin Hebdo, n°451.

Le syndrome post chute est également appelé syndrome de régression psychomotrice.

<sup>29</sup> Cf. note n°28.

Le syndrome post chute associe un déséquilibre arrière (rétropulsion), une difficulté à l'initiation de la marche, une hypertonie lors de la mobilisation des membres et une impossibilité plus ou moins complète de répondre au déséquilibre (disparition des réactions de protection et d'adaptation posturale). Il constitue une urgence gériatrique car, en l'absence de prise en charge, il évolue vers une perte définitive des possibilités de mobilité, d'orthostatisme et de marche.

L'étude de terrain n'a pas permis de faire remonter l'impact de ces problèmes dans la population. Cependant, il est crucial de les prendre en considération car, si les conséquences et complications psychologiques sont difficiles à évaluer, elles sont capitales dans le cadre de la reprise d'autonomie.

### Conclusion de l'étude

Malgré toutes ses imperfections, l'étude extraite de mon terrain de stage révèle la réalité d'un risque sérieux de chute pour les résidents. Cette étude ne fait pas découvrir le problème qui a été traité de nombreuses fois dans la littérature mais elle s'intègre dans un ensemble. La personne âgée, qu'elle vive en institution ou à domicile est soumise à un risque de chute imminent. Les conséquences et leur gravité ont pu être évaluées par des enquêtes. Les résultats de l'étude effectuée à l'Hôpital Local de Grand Fougeray ne prévalent que pour cet établissement, mais se rapprochent considérablement des résultats d'enquêtes scientifiques. La prise de conscience de la gravité du problème par la portée de ses conséquences conduit à en rechercher les causes principales. Les origines du risque de chute vont être examinées dans le cadre du fonctionnement d'un EHPAD et de son environnement.

## **TITRE 2 : POURQUOI LES PERSONNES AGEES CHUTENT-ELLES ?**

L'examen des origines des chutes du sujet âgé apparaît indispensable pour pouvoir approcher le phénomène en profondeur. Celles-ci sont à rechercher à un niveau individuel; institutionnel et conjoncturel.

### **I - LES CAUSES INDIVIDUELLES**

#### **1. L'ETAT DE SANTE DE LA PERSONNE AGEE**

##### **1.1. L'instabilité posturale**

« Des troubles de la marche sont présents chez 20% des personnes de plus de 65 ans considérés comme normales hors institution, chez 38% des plus de 85 ans et chez 63% des sujets en institution »<sup>30</sup>. Il s'avère donc indispensable de se pencher sur les troubles de la marche des sujets âgés, facteur prédominant dans le risque de chute.

Les personnes âgées ont une démarche particulière, caractérisée par une perte de vitesse liée à une diminution de la longueur des pas, une réduction de leur hauteur, alors que la largeur augmente. Le déroulement du pied est moins ample chez la personne âgée du fait de la diminution de la dorsiflexion de la cheville qui altère l'attaque du talon. Le pied s'adapte moins bien au sol et à ses irrégularités.

Les troubles de l'équilibre et de la marche multiplient par quatre le risque de blessure. L'origine multifactorielle de ces troubles explique en grande partie leur difficulté d'analyse. Dans de nombreux cas, la chute du sujet âgé peut être considérée comme un syndrome résultant d'une décompensation de la fonction de l'équilibre et de la marche.

---

<sup>30</sup> La marche chez les personnes âgées, La chute de la personne âgée, pp 47-52.

La station debout et la marche ne sont possibles que par le parfait fonctionnement des appareils impliqués :

- ❑ l'appareil cardio-vasculaire (régulation de la pression artérielle lors de l'orthostatisme et des efforts)
- ❑ le système neurologique et sensoriel (vigilance, fonction proprioceptive, cérébelleuse et vestibulaire, vue, ouïe)
- ❑ l'appareil locomoteur (membres inférieurs, pieds)
- ❑ le système musculaire (force segmentaire et tonus)

En cas de défaillance de l'un de ces systèmes dans le grand âge, les possibilités de compensation sont réduites. L'efficacité des capteurs sensoriels, la qualité du traitement des informations par le système nerveux central ainsi que les aptitudes de l'appareil locomoteur sont les éléments de base de la fonction d'équilibration. Des effets délétères sur les entrées sensorielles et les effecteurs qui interviennent par l'effet du vieillissement provoquent la fragilisation progressive de la fonction posturale. Le vieillissement normal de la fonction d'équilibration se caractérise notamment par une modification de la perception visuelle et une augmentation du temps de réaction et de la latence des réflexes de posture. La vulnérabilité de la fonction d'équilibration chez le sujet âgé est accrue du fait de la fréquence de la polyopathie. Un facteur intercurrent, non directement lié au contrôle de la posture (anémie, hyperthermie, déshydratation...), peut faire basculer cet équilibre fragile.

## 1.2. Les facteurs de risque intrinsèques

L'ensemble des maladies chroniques accumulées au cours de la vie aggrave la réduction des réserves fonctionnelles secondaires au vieillissement. Du fait de ces réserves fonctionnelles diminuées, la chute survient généralement sous l'influence d'un facteur précipitant dépassant les possibilités adaptatives. Le sujet âgé peut brutalement être exposé à la chute sous l'effet d'un facteur déclenchant accumulé à sa fragilité préexistante.

Les facteurs de risque intrinsèques sont extrêmement divers étant donné la multiplicité des organes et fonctions impliquées dans l'équilibre et la marche. Certaines conditions pathologiques semblent favoriser le risque de chute.

❑ ***Les affections neurologiques***

Les troubles de la posture et de l'équilibre sont bien souvent associés à des altérations cérébrales sous corticales. Des dysfonctionnements sous corticaux s'observent fréquemment en pratique gériatrique, souvent, consécutifs à des maladies dégénératives telles que la maladie de Parkinson ou encore des atteintes vasculaires subaiguës (leuco-encéphalopathie de Binswanger). Les syndromes démentiels corticaux ont également fréquemment un lien avec les risques de chute.

Le vieillissement du système nerveux central et des capacités d'intégration, qui se traduit par des troubles de la sensibilité profonde et les troubles de l'attention, accroît également le risque de chute. De plus, les déficiences neuro-musculaires et cognitives affectent le risque de traumatisme lors de la chute en réduisant la vitesse et l'efficacité des réflexes de protection.

❑ ***Les affections ostéo-articulaires***

La limitation d'amplitude des articulations coxofémorales ainsi que la limitation de la dorsiflexion de la cheville sont également des facteurs prédictifs de chute.

❑ ***Les déficits sensoriels***

Les déficits visuels (cataracte, glaucome) sont mis en cause dans la survenue de certaines chutes. Les altérations périphériques et latérales du champ visuel, la difficulté de l'appréciation des contrastes, la réduction marquée de la vision nocturne et de l'accommodation aux éblouissements ainsi que la modification des couleurs sont les symptômes du vieillissement du système oculaire.

Les troubles de l'audition augmentent également le risque de chute au cours des déplacements par la mauvaise appréhension des bruits extérieurs. Les principaux problèmes auditifs sont reliés à des modifications physiologiques comme la dégénérescence de la fibre nerveuse de l'audition, l'épaississement du tympan, la réduction dans la production du cérumen, la rigidité accrue des osselets dans l'oreille moyenne, l'atrophie du nerf auditif...

□ *Les autres affections et éléments perturbateurs*

L'amyotrophie (atrophie des muscles striés), la dénutrition protéino-énergétique, la carence d'apport en calcium qui favorise l'ostéoporose (fragilisation osseuse), ont des effets directs sur le risque de chute et la gravité des traumatismes.

La polymédication et surtout la prise de psychotrope sont fortement associées au risque de chute. Une corrélation a également été constatée entre chute et dépression en raison du ralentissement psychomoteur lié à cette pathologie causé par les traitements psychotropes régulièrement prescrits.

L'état des pieds du sujet âgé doit également faire l'objet d'une attention particulière car il peut engendrer des douleurs et des déformations prédisposants à des difficultés de mobilité et d'équilibre.

Les facteurs précipitants intrinsèques sont considérés comme les agents déclenchants de la chute. Ils sont multiples et souvent associés entre eux et constituent des événements pathologiques aigus. La notion de malaise et de perte de connaissance avant la chute oriente rapidement vers un facteur étiologique grave, le plus souvent cardio-vasculaire ou neurologique. L'absence de malaise, cependant, n'exclut pas systématiquement la responsabilité d'une cause organique survenue dans la chute. Le facteur le plus fréquent est l'hypotension orthostatique impliquée dans 10 à 20 % des chutes. Les causes cardiaques ainsi que les affections vasculaires qui occasionnent un bas débit cérébral (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire) sont également couramment constatées. Les épisodes confusionnels exposent le sujet âgé à un risque de chute majeur en raison de l'altération de la vigilance. Les causes métaboliques (hypoglycémie et hypocalcémie) ont également un impact important sur le risque de chute.

Chaque atteinte d'organe constitue un facteur de risque additionnel susceptible de faire tomber le sujet âgé. La mise en évidence de nombreux facteurs de risque intrinsèque de chute pourrait conduire à penser que celle-ci est essentiellement un problème chez le sujet très âgé, en mauvais état de santé et en mauvaise condition physique. Or, il s'avère que chez les sujets actifs ne présentant aucune pathologie chronique majeure, environ 39% des sujets<sup>31</sup> ont fait une chute ou plus sur un an de suivi. De plus, le pourcentage de chutes accompagnées d'une

---

<sup>31</sup> Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol 43-1995, pp 72-83.

blessure grave est plus élevée parmi les sujets « vigoureux » que parmi les sujets « fragiles ». En d'autres termes, bien que les sujets « vigoureux » aient moins tendance à chuter, lorsqu'ils chutent, ils ont tendance à souffrir d'un traumatisme physique grave. Il est cependant important de signaler que les sujets plus « fragiles » qui font des chutes à répétition apprennent au cours du temps à tomber doucement.

Les résultats des études se recoupent pour déterminer les principaux facteurs de risque intrinsèques de chute :

- ❑ un âge élevé
- ❑ le sexe féminin
- ❑ les troubles de l'équilibre et de la marche
- ❑ la réduction de la force musculaire
- ❑ les déficiences cognitives
- ❑ les troubles de la vision
- ❑ la prise de médicaments sédatifs hypnotiques

L'état de santé du sujet âgé est un élément décisif dans la responsabilité de nombreuses chutes chez la personne âgée. Cependant, d'autres facteurs individuels sont parfois également mis en cause.

## **2. L'ENTREE EN INSTITUTION**

L'entrée en institution est un passage difficile et parfois obligé pour une personne âgée. Il peut déclencher des réactions diverses, pouvant aller jusqu'à la pathologie physique ou psychique, et conditionnant le risque de chute.

## 2.1. Les facteurs prédisposant à l'entrée en institution

Les facteurs prédictifs d'une admission en institution pour une personne âgée vivant à son domicile sont l'avance en âge, le sexe féminin, le manque de support social, les troubles cognitifs et les pertes d'autonomie ainsi que certains problèmes médicaux majeurs<sup>32</sup>.

Très souvent, l'entrée en institution est une « mesure de placement » décidée sans l'accord de la personne âgée et sans concertation. Elle peut être conseillée par des professionnels, médicaux ou médico-sociaux et soutenue par l'entourage. Lorsque la décision est prise par la personne âgée, celle-ci est généralement autonome. Cependant, les situations où l'admission est une démarche volontaire de l'intéressé sont rares. En effet, C. BADEY-RODRIGEZ<sup>33</sup> confirme que « même dans le cas d'une décision prise par la personne elle-même, il n'y a pas forcément réel désir d'entrer en institution car il y a très souvent conflit entre désir et nécessité, nécessité qui fait souvent loi en ce qui concerne la décision à prendre ».

L'argument généralement invoqué en premier lieu pour convaincre une personne à quitter son lieu de vie concerne l'aspect sécuritaire. Le maintien en milieu ordinaire devient parfois impossible parce que les services d'aide à domicile sont insuffisants ou inexistantes. Les enfants, retraités et parfois fragilisés par des problèmes de santé, atteignent après un certain temps, un niveau de découragement et d'épuisement élevé, lorsqu'ils ont la charge de leur parent. Il leur est recommandé de chercher une réponse qui les préserve d'un vieillissement accéléré tout en ne les déresponsabilisant pas de leur parent. Généralement, la solution proposée réside en un séjour dans un hébergement pour personnes âgées, temporaire dans un premier temps puis rapidement définitif. Le sentiment de culpabilité des familles est très fort dans ces circonstances, même s'il s'agit de la solution qui semble la mieux adaptée à tous.

*Les hospitalisations* des personnes âgées constituent souvent des circonstances propices pour proposer une institutionnalisation. L'entrée en établissement est décidée dans un service de court séjour, qui, pour des raisons de durée moyenne de séjour (DMS) oriente le patient

---

<sup>32</sup> Répercussions psychologiques de la chute, limitation d'activité et entrée en institution, La chute de la personne âgée, pp 213 219.

<sup>33</sup> L'entrée en institution des personnes âgées, Bulletin juridique de la santé publique n°6, avril 1998.

vers un service de soins de longue durée (SSLD) ou un service de soins de suite et de réadaptation (SSR).

A l'Hôpital Local de Grand Fougeray, il a été constaté que de nombreuses personnes âgées ont été admises en hébergement définitif après avoir suivi la voie de l'hospitalisation en service de médecine, parfois de SSR puis de l'hébergement temporaire. La complémentarité de ces services est appréciée car elle propose un service de proximité pour la population locale. Cependant, l'avis de la personne âgée elle-même, est trop souvent secondaire à celui des professionnels (médecins, soignants, médico-sociaux) et de la famille.

*Les chutes*, leur fréquence et leurs conséquences immédiates font partie des facteurs prédisposants à une institutionnalisation. Plus les chutes sont nombreuses et leurs conséquences graves, plus le risque d'entrer en maison de retraite est élevé. La chute est souvent l'événement précipitant le choix d'un départ du domicile pour l'institution. La peur de tomber et l'anxiété sont également des éléments importants dans la décision. Suite à une ou plusieurs chutes à domicile, et par soucis de sécurité, l'entourage familial et les professionnels soumettent souvent l'idée d'un « placement » en maison de retraite. La crainte des récidives, et surtout, de l'éventualité de leurs conséquences dramatiques, sont les principaux arguments avancés. L'entrée en établissement ne fait pas disparaître totalement le risque de chute mais assure une assistance précoce en cas de chute.

*L'isolement, la peur des vols et des agressions*, sont des éléments qui interviennent aussi dans le départ de la personne âgée de son domicile vers un établissement d'hébergement.

Ces différents facteurs se juxtaposent et s'associent pour justifier une entrée en établissement. Très souvent, c'est un événement particulier qui conditionne la décision. Ce peut être une chute, une hospitalisation, malheureusement une situation de crise ne favorise pas l'adaptation du futur résident à son nouveau lieu de vie. Une préparation psychologique apparaît nécessaire pour éviter les phénomènes dépressifs consécutifs à une admission subite et subie, par la personne âgée.

## 2.2. Les conditions de l'admission

Les conditions dans lesquelles se réalise l'admission en institution déterminent l'adaptation du résident à son nouveau lieu de vie. Lorsque l'entrée en maison de retraite s'effectue dans une situation d'urgence, sans préparation réelle de la personne âgée, des difficultés d'adaptation et d'appropriation des lieux se profilent. Etant donné qu'une faible proportion de résidents choisisse le moment de leur entrée, la majorité d'entre eux la subisse.

Dans ces conditions, des conséquences non négligeables sur l'état de santé globale sont courantes. Les somatisations diverses, les décès, les troubles du comportement sont nombreux dans les mois qui suivent l'entrée dans l'établissement. Il est reconnu que des événements médicaux aigus surviennent plus couramment chez ces résidents dans l'année qui suit l'admission. Une étude a levé le voile sur cette réalité<sup>34</sup>.

Les événements significatifs relevés sont, principalement, des épisodes infectieux, des malaises et/ou chutes sans étiologie satisfaisante retrouvée, des accidents cardio-respiratoires graves. Il a été noté un doublement du nombre de consultations médicales pour ces résidents par rapport aux autres ainsi qu'un taux d'hospitalisation plus élevé. Les chutes et/ou malaises sont un symptôme classiquement observé dans l'expression d'un mécontentement ou d'une frustration chez une personne âgée.

L'examen des facteurs d'autonomie est également déconcertant. Tous les indicateurs ont été signalés significatifs pour les sujets admis en institution contre leur volonté. Autrement dit, l'incontinence urinaire et/ou fécale, la détérioration mentale, le défaut alimentaire avec perte de poids, la grabatisation et le refus d'effectuer les actes simples de la vie quotidienne apparaissent fréquemment dans le comportement dans les mois qui suivent une institutionnalisation subite. Ces résultats sont révélateurs des réactions pathologiques et psychologiques plus ou moins inconscientes des personnes âgées « non consentantes » à leur admission en hébergement définitif.

Il a également été constaté une augmentation de la consommation médicamenteuse notamment, en ce qui concerne les anxiolytiques, neuroleptiques et antalgiques et d'un degré moindre pour les antidépresseurs et les hypnotiques.

Une surmortalité de l'ordre de 10 à 12% a été relevée dans les 6 premiers mois, les trois premiers mois étant déterminants.

---

<sup>34</sup> Conséquences médicales du placement non consenti, *Gérontologie et société* n°53, 1990, pp 30-37.

Alors même que l'un des objectifs institutionnels est le maintien de l'autonomie, il convient d'avouer que ces éléments portent à réfléchir sur la capacité réelle des établissements à répondre à cette mission. Il serait souhaitable d'offrir des conditions de préparation à l'admission adéquates ainsi qu'une prise en charge renforcée les premiers mois de qualité. La réforme de la tarification des EHPAD<sup>35</sup>, s'applique à faire de la qualité de prise en charge une de ses missions principales, il s'avère que l'accueil est un des aspects pris en considération.

Les constatations précédentes portent à s'interroger sur l'éthique de l'entrée en institution. A-t-on le droit d'imposer une admission en établissement face à un refus de la personne âgée ou une acceptation forcée, parce qu'il s'agit de la meilleure ou la moins mauvaise solution ?

A ce propos, le Docteur A.M. MATHIEU<sup>36</sup> précise que « sur le plan légal, la notion maîtresse est que le refus du patient est toujours accepté. L'article 7 du décret du 14 avril 1971 proclame le droit du malade à refuser une hospitalisation. Le consentement doit toujours être recherché. De plus le consentement est une obligation juridique qui s'impose à tous (art. 36 du code de déontologie médicale 1995). Ainsi, si « l'hospitalisation est un droit dont peut se prévaloir la personne lorsqu'elle répond aux critères médicaux, mais, elle n'est pas, sauf hospitalisation d'office, une obligation. *Tout malade peut refuser son hospitalisation et par conséquent son entrée en institution. Il y donc bien à l'origine d'une admission une volonté exprimée par la personne et qui doit l'être librement* ». <sup>37</sup>

La personne âgée est rarement associée à la prise de décision et aux démarches administratives en vue d'une admission en institution. Il est pourtant précisé dans l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante<sup>38</sup> que « le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins ».

---

<sup>35</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

<sup>36</sup> L'éthique de l'entrée en institution, *Gérontologie* n°101, 1997-1, pp 9-12.

<sup>37</sup> Souligné par nous.

<sup>38</sup> Définie une première fois en 1987 par la Fondation nationale de gérontologie, cette charte a fait l'objet d'une nouvelle rédaction en 1996, publiée conjointement par la Fondation nationale de gérontologie et le ministère du travail et des affaires sociales.

Il convient cependant de reconnaître que les circonstances et l'état de santé du futur résident sont des éléments majeurs, qui, bien souvent, interviennent pour contrer les meilleures intentions. A ce propos, on peut également évoquer la situation particulièrement douloureuse des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et de leur entourage dont processus décisionnel exclu très souvent le futur résident.

Au-delà du problème éthique du choix de l'entrée en institution pour la personne âgée, on doit admettre que la décision d'entrer en institution pour une personne âgée, lorsqu'elle n'en est pas l'initiatrice ou s'y résout douloureusement, provoque une rupture dans le mode de relation de la personne âgée, un nouvel équilibre entre la personne âgée, sa famille et l'institution doit être trouvé. De nouveaux repères et de nouveaux modes de fonctionnement doivent être établis.

Entrer en maison de retraite impose une renonciation à la possibilité de disposer librement de soi, de rester maître de son lieu de vie, de ses relations et des risques assumés. Elle peut être assimilée à une perte d'identité sociale. Le réseau social, créé depuis de nombreuses années, doit être abandonné pour entrer dans un milieu inconnu où le choix des amis sera réduit.

Une institutionnalisation conduit la personne âgée à la reconnaissance de ses propres handicaps, qui rendent difficile son maintien à domicile. Elle devra accepter son état de dépendance et admettre qu'elle est incapable de s'assumer seule dans les actes de la vie quotidienne. Cela implique une nouvelle perception de son corps. De plus, elle va devoir vivre dorénavant entourée par d'autres personnes âgées. Elle percevra pleinement son propre vieillissement d'autant qu'elle devra côtoyer au quotidien des résidents très dépendants ce qui peut être une source de traumatisme car cette réalité lui renvoie l'image de ce qu'elle peut devenir. Des manifestations dépressives et des plaintes hypocondriaques sont courantes chez le sujet nouvellement admis. Elles constituent des expressions du tumulte émotionnel que subit le résident, celui-ci peut se laisser aller à des comportements tendant à la régression. Le syndrome de glissement en est l'expression la plus grave. L'équipe soignante, perçue comme un système hiérarchisé, suspecté de vouloir prendre le pouvoir sur la vie de la personne âgée, va se voir confrontée à des conduites d'opposition qui traduisent des tentatives de redéfinition de soi des résidents en perte d'identité.

Le mode de vie collective impose ses contraintes que la personne âgée et son entourage perçoivent difficilement avant l'admission. La personne âgée va devoir s'adapter à un cadre de vie différent, des horaires institutionnels, des habitudes alimentaires à un moment où ses capacités d'adaptation s'amenuisent.

En définitive, nombreuses sont les conséquences produites par l'admission d'une personne âgée en établissement. « Bouleversement des habitudes, pertes de certaines capacités, modification du rythme de vie, changement de repères, rupture avec l'environnement géographique, affectif, social, abandon du domicile, réaménagement de la dynamique familiale...autant de stress à subir et de deuils à faire pour la personne qui arrive en institution. »<sup>39</sup> Cependant, chaque situation est unique et chaque personne âgée la vit ou la subit avec la force ou la fragilité de son histoire personnelle.

Il convient de reconnaître néanmoins, que dans ce tableau, une chute, n'est certainement pas un événement si banal et si dénué de sens. Elle peut représenter le symptôme d'un trouble psychologique et/ou pathologique lié à l'entrée en institution. Par conséquent, des mesures concernant la préparation à l'admission en institution devront certainement s'inscrire dans une politique de prévention du risque de chute institutionnelle.

## **II - LES CAUSES INSTITUTIONNELLES ET CONJONCTURELLES**

### **1. LA CONCEPTION ARCHITECTURALE DE L'ETABLISSEMENT**

#### **1.1. L'inadaptation des locaux**

L'organisation et l'aménagement des espaces privés et collectifs d'un EHPAD interviennent directement sur le niveau de risque de chute perceptible chez le sujet âgé. Bien qu'en une décennie la conception de l'accueil des personnes âgées se soit transformée, orientée par le programme d'humanisation des hospices engagé à la fin des années 1970, il n'en demeure pas moins que 25 ans après, celui-ci n'est toujours pas achevé.

---

<sup>39</sup> Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol 43-1995, pp 72-83.

De nombreux établissements ont terminé une phase de construction ou restructuration, cependant, certains éléments notoires n'ont pas été pris en considération dans les aménagements internes. Le respect et l'application stricte de la réglementation relative à l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite<sup>40</sup> ne sont pas suffisants pour offrir un aménagement intérieur et extérieur parfaitement sécurisé aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les résultats de l'enquête sur le risque de chute des patients adultes au CHU de Nancy<sup>41</sup> sont révélateurs des principaux facteurs de risque environnementaux.

□ ***Dans les lieux collectifs et les circulations***

*L'éloignement* est un facteur de risque favorisant la chute. Il a été constaté de nombreuses chutes dans les salles de bain ou cabinets de toilette éloignés des chambres. La distance au cours d'un déplacement augmente le risque de fatigue et le délai d'intervention des soignants. Ce facteur est également existant dans un EHPAD lorsque les lieux de vie collectifs (restaurant, salle d'animation...) sont éloignés des chambres. A l'hôpital local de Grand Fougeray, cet argument est souvent avancé par les résidents qui hésitent à se rendre seuls dans les lieux collectifs.

*La nature et les caractéristiques du revêtement de sol* favorisent les chutes. Les causes soulignées sont plus particulièrement la présence d'une barre de seuil, le décollement de dalles plastiques ou la différence de la nature du sol d'une pièce à une autre. Par leur démarche caractéristique, les personnes âgées sont sensibles à la nature du sol et à ses irrégularités, car, la hauteur et la longueur de leurs pas sont réduites. De plus, leurs pieds s'adaptent moins bien au sol par la diminution de la souplesse de leur cheville.

Il apparaît indispensable d'étendre *l'accessibilité aux abords de l'établissement* (parc, allées...), les normes handicapées<sup>42</sup> sont imposées, mais, elles ne sont pas toujours suffisantes car les personnes âgées en fauteuil roulant ont une force et un tonus inférieur aux adultes

---

<sup>40</sup> Article 49 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, complété et renforcé par la loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

<sup>41</sup> Développée dans le cadre d'un contrat d'assurance qualité en 1998, les résultats de cette enquête concernant les patients adultes peuvent être utilisés à juste titre, car, il a été constaté dans de nombreuses études que les circonstances et les risques de chute en service de court séjour et en gériatrie sont quasi identiques.

<sup>42</sup> Article 49 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, complété et renforcé par la loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

handicapés plus jeunes. Il conviendrait d'adapter les aménagements urbains et de ne pas se limiter aux abords directs de l'établissement, mais de réaliser un prolongement dans le quartier. Cela favoriserait les sorties des résidents et éviterait certaines chutes, car, les résidents qui chutent à l'extérieur de l'établissement ont souvent été surpris par des bordures de trottoir ou autres obstacles. En effet, vivre dans un milieu protégé, adapté aux handicaps, même partiellement, favorise la disparition de certaines capacités de réaction et de certains réflexes.

❑ *Dans les espaces privés*

De nombreuses chutes dans des chambres communes ont été signalées dans l'étude du CHU de Nancy. Elles sont le fait *d'encombrement* (meublier sur la trajectoire du patient) et de prise d'appui sur des matériels instables (tables adaptables ou chaises «garde robe»). La CNAV<sup>43</sup> impose un maximum d'un tiers de la capacité totale de l'établissement en chambre à deux lits. La majorité des chambres en EHPAD doivent donc être individuelles, ce qui limite ce risque. Cependant, les chambres communes, lorsqu'elles existent, sont effectivement plus encombrées, d'autant plus que de nombreux établissements incitent les résidents à apporter quelques petits mobiliers personnels. Qu'elles soient à un ou deux lit, les chambres ont souvent une surface réduite laissant des espaces libres insuffisants pour des déplacements avec un appareillage (déambulateur, fauteuil roulant).

Le cabinet de toilette est souvent mal conçu pour les personnes âgées. Il y a été constaté de nombreuses chutes. Il n'existe pas toujours d'espace de rotation pour un fauteuil et la douche est parfois munie de seuil ou de marche. Les WC ne sont pas toujours équipés de barre d'appui et le bouton d'appel n'est pas toujours à proximité et facile d'accès.

Un effort particulier doit être effectué en matière *d'éclairage et de signalisation*. La baisse de capacité visuelle chez les personnes âgées induit des effets directs sur leur mode de vie, allant de la simple gêne à accomplir des activités quotidiennes jusqu'à une grave insécurité dans les déplacements.

---

<sup>43</sup> Dossier CNAV : Etablissements d'accueil pour personnes âgées, recommandations techniques et participation financière.

Un meilleur environnement physique doit intégrer *le concept de l'orientation dans la réalité*, qui vise à créer un environnement sécuritaire, où il fait bon vivre. Un défaut de signalisation ou une signalisation mal adaptée (non lisible, trop en hauteur...) ne favorise pas l'appropriation de l'espace par les personnes âgées. Des chutes peuvent survenir suite à des errances dans des couloirs où l'identification des différents lieux est difficilement perceptible.

Cette rapide énumération des facteurs de risques de chutes liées à l'environnement de la personne âgée en établissement permet de cibler les faiblesses de certains programmes de restructuration même récents. Il convient de tirer des leçons de ces expériences afin de ne pas reproduire les mêmes erreurs et de tenter d'apporter un maximum de sécurité aux résidents accueillis en EHPAD. En effet, pour un même niveau d'invalidité, l'adaptation de l'environnement fait reculer le seuil de la dépendance.

## 1.2. Les équipements et appareillages

Les résultats de l'étude du CHU de Nancy sont riches d'enseignement sur les facteurs de risque liés aux équipements et matériels.

### □ ***L'absence de matériel***

L'absence de matériel est en cause à plusieurs niveaux. Ainsi, il a été relevé que l'absence de hauteur variable sur les lits accroît le risque de chute pour les personnes de petites taille souhaitant se déplacer.

L'absence de contentions adaptées implique de la part des personnels des techniques d'attache non appropriées avec des draps ou alèses noués. Ces méthodes non fiables et même dangereuses pour le résident sont responsables de chutes du fauteuil ou du lit car elles se délient.

Les déambulateurs, en nombre insuffisant, ont conduit certaines personnes à utiliser des tables adaptables par défaut, pour se déplacer dans leur chambre. L'utilisation de chaises « garde robe » en guise de fauteuil a été relevée par manque de fauteuils de repos. Cette

pratique est facteur de risque de chute car l'instabilité des chaises « garde robes » et l'inefficacité de leurs freins rend ces appareils dangereux compte tenu du contraste entre leur légèreté et le poids de la personne âgée. Les fauteuils roulants ne sont pas équipés de ceintures de sécurité. Cet équipement pourrait éviter la chute de certaines personnes.

L'absence ou l'inaccessibilité des sonnettes a été souligné, ce facteur ne joue pas sur la survenue des chutes mais sur le délai d'intervention.

#### ❑ *La conception du matériel*

Il est intéressant d'étudier la conception de certains matériels étant donné l'impact qui peut exister sur le risque de chute. Les baignoires sans prise d'appui ont été la cause de chutes dans le cadre de l'étude du CHU de Nancy. L'absence de freins sur les tables adaptables et leur instabilité a été reconnue. Les lits trop étroits, les fauteuils à dossier fixe et les tables à quatre pieds ont également provoqué des chutes.

#### ❑ *La maintenance du matériel*

Le défaut d'entretien des roulettes et des freins du mobilier (lit, fauteuil, chaises «garde robe », tables adaptables) a été le facteur déterminant dans la survenue de certaines chutes.

Lors du choix de matériels, il convient donc d'examiner avec précision ces données pour ne pas réitérer les mêmes erreurs. Ces différents exemples permettent de faire prendre conscience de la nécessité du travail de recueil des besoins dans les services de soins. Les services économiques, qui en ont la charge, peuvent ainsi procéder à la programmation des achats pour qu'ils correspondent avec la réalité des besoins. Il convient de reconnaître que c'est par l'application d'un ensemble cohérent de pratiques que la lutte contre le risque de chute peut être initiée dans un établissement.

## **2. LE MODE DE PRISE EN CHARGE DU RESIDENT ET L'ORGANISATION DES EQUIPES**

### **2.1. Le mode de prise en charge**

Le mode de prise en charge des personnes âgées a connu des évolutions au cours des dernières décennies. Pendant de nombreuses années, la prise en charge médicale a été prépondérante puis progressivement un modèle plus hôtelier s'est développé. Il n'en demeure pas moins que des habitudes ont été prises et qu'il est parfois difficile de faire changer certaines pratiques professionnelles. Le public accueilli a également un profil différent, majoritairement moins autonome, le risque majeur consiste en une médicalisation comme seule prise en charge de la dépendance des résidents en hébergement collectif.

Une démarche vers l'amélioration de la qualité de prise en charge doit tendre vers une prise en charge globale du résident. Comme l'exprime C. BADEY-RODRIGEZ, « L'individualisation de la prise en charge n'en est qu'à ses balbutiements, il reste donc à recentrer l'accompagnement des personnes âgées sur l'identité de chacun, en prenant en compte leur histoire, leurs habitudes de vie, leurs désirs, leurs souhaits et intérêts propres <sup>44</sup> ». La prise en charge médicale et celle de la dépendance ne constituent donc qu'un aspect du mode de prise en charge globale individuel auquel il est nécessaire d'associer les aspects psychologiques et sociaux. Néanmoins, l'absence de procédure de dépistage du risque de chute chez le sujet âgé apparaît préjudiciable à l'heure actuelle dans le mode de prise en charge en hébergement collectif. Ce risque plurifactoriel implique une attention particulière, tant au niveau de la prise en charge médicale que psychologique.

Par ses orientations, la réforme de la tarification des EHPAD<sup>45</sup> s'applique à mettre en œuvre un certain nombre de mesures recherchant l'individualisation et la prise en charge globale de chaque résident, visant au maintien de l'autonomie. Dans le cadre du risque de chute des sujets âgés, l'absence de prise en charge globale et de mesure de dépistage du risque

---

<sup>44</sup> L'entrée en institution des personnes âgées, Bulletin juridique de la santé publique n°6, avril 1998.

<sup>45</sup> Décret n°99-316 du 26 avril 1999 : modalité de tarification et de financement des établissements.

Décret n°99-317 du 26 avril 1999 : gestion budgétaire et comptable.

Arrêté du 26 avril 1999 : composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire.

Arrêté du 26 avril 1999 : modalité d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale.

Arrêté du 26 avril 1999 : contenu du cahier des charges de la convention tripartite.

nuit à la sécurité du résident. Il convient d'en faire état afin de pouvoir envisager les mesures à mettre en œuvre pour les éliminer.

## 2.2. La mauvaise perception du risque

La chute, événement indésirable, est vécue difficilement par les équipes soignantes car perçue comme un phénomène évitable. Il existe des sujets à risque qu'il est nécessaire de dépister. Mais parfois, ce sont les situations qui sont, elles aussi, à risque. Ainsi, la mauvaise perception du risque par le personnel soignant lors du déplacement des résidents et son manque de vigilance peut favoriser la survenue de l'accident. De nombreuses études ont souligné la responsabilité directe ou indirecte de certaines pratiques professionnelles et organisation de service. Ces données révèlent que le risque de chute est difficilement perçu par un certain nombre de soignants lorsqu'ils n'y ont pas été sensibilisés.

Certaines *pratiques de soins* peuvent contribuer à la survenue de chutes. Dans l'étude effectuée au CHU de Nancy, le choix ou l'usage du matériel, le changement d'environnement du patient, la pose de barrières au lit ou de contentions sont fréquemment soulignés parmi les causes de survenue de certaines chutes. D'autres pratiques en cause relèvent de l'inattention ou de l'erreur, ainsi, un matériel théoriquement à la disposition du patient mais inaccessible (sonnette, interrupteur pour la liseuse, déambulateur, table adaptable...) occasionne des chutes.

*L'encombrement de la chambre* causé par du matériel mal rangé ou volumineux est également responsable de chutes. Le défaut d'éclairage nocturne (veilleuses des chambres et/ou couloir non allumées), les lits à hauteur variable laissés en position haute, l'absence de siège dans un local, sont autant de facteurs sources de chutes qui ont été clairement identifiés.

D'autres situations relevant directement *de l'organisation du travail* augmentent le nombre de chutes. Ainsi, il a été souligné que les changements de chambre ont parfois une forte responsabilité dans la survenue de chutes. Il est vrai, que la disparition des repères familiers occasionne des troubles chez les personnes fragilisées. Pour une personne âgée admise en EHPAD, la chambre a une signification particulière. Elle constitue son domaine

privé, qu'elle s'approprie et investit progressivement. Etant donné les difficultés d'adaptation de certains résidents, il est compréhensible qu'un changement d'environnement implique des perturbations tant psychologiques que pathologiques. Les causes des chutes consécutives à un changement de chambre sont multifactorielles mais il convient de remarquer que le facteur favorisant relève de ce changement d'environnement.

Certains modes d'organisation, responsables d'un manque de disponibilité (notamment lors des périodes postprandiales des résidents) ou une mauvaise adéquation entre les impératifs d'entretien du service (sols mouillés) et la nécessaire circulation des usagers peuvent être à l'origine de chutes. Le manque d'attention accordé à chaque résident peut être considéré comme responsable de certaines chutes évitables. Ainsi, le port de chaussures inadaptées (trop lâches, semelles usées ou glissantes...) et de vêtements trop amples ou trop longs fait partie des facteurs de risque régulièrement relevés dans les circonstances des chutes.

*Les méthodes de travail* des personnels sont aussi à l'origine de certaines chutes involontaires de personnes âgées. Par exemple, la mobilisation d'une personne par un seul agent au cours d'un soin ou d'un transfert, alors que celle-ci nécessite la présence de deux agents. La mauvaise appréciation de l'état du résident, le manque de personnel ou le défaut d'utilisation des équipements (lève-malade) sont aussi source de chute pour les résidents. L'abus de l'utilisation de contentions inadaptées et de la pose de barrières sur les lits, sans concertation avec l'équipe de soins, médecin, famille et le résident, a été à plusieurs reprises mis en cause dans la survenue de chutes.

Les résultats de l'étude au CHU de Nancy a souligné qu'« il existe un très net décalage des logiques et des niveaux de compréhension des situations entre les soignants et les soignés. Les soignants reconnaissent une tentation à prendre le pouvoir sur le patient ». Cette remarque vaut aussi pour certaines équipes en EHPAD lorsqu'elles ne remettent pas leurs pratiques professionnelles et/ou leur organisation de travail en question.

Dans les EHPAD, « la staticité des équipes soignantes qui ne se renouvellent pas, le recrutement local, le peu de mouvement de personnel, l'impossibilité de promotion professionnelle, le manque de formation et l'usure professionnelle associés parfois au manque

de moyens, sont des freins à l'amélioration de la qualité »<sup>46</sup>. Il apparaît également que face à la « charge émotionnelle du travail, le doute existentiel sur l'utilité du travail et l'absence de valorisation du métier, s'ajoutent les problèmes propres à la prise en charge des grands âgés polydépendants ». Il semble donc indispensable de veiller à améliorer les conditions d'exercice des soignants pour favoriser la motivation et l'implication des personnels et faire progresser le mode de prise en charge des résidents vers une qualité optimum, en tenant compte des facteurs de risque de chute chez le sujet âgé.

La mauvaise perception du risque de chute se retrouve également chez certains médecins. La majorité des EHPAD collaborent avec des médecins généralistes libéraux qui interviennent sous la forme de vacations hebdomadaires. Force est de reconnaître que, très souvent, leur activité libérale est prioritaire face à leur clientèle institutionnelle. Parfois, leur sensibilisation à la gériatrie et aux pratiques gériatriques est insuffisante. De ce fait, ils n'appréhendent pas toujours correctement la globalité des problèmes auxquels sont confrontées les personnes âgées accueillies en établissement.

Les équipes soignantes, principalement les infirmières, tentent de collaborer de leur mieux pour les informer sur le mode de prise en charge adapté, mais, il arrive que le dialogue soit difficile. Dans ce cadre, le dépistage du risque de chute est trop souvent insuffisant voire inexistant. La visite d'admission n'est pas effectuée dans tous les établissements alors que cette visite devrait être le moment privilégié pour pratiquer ce dépistage. De même, après une première chute, peu de mesures sont prises en concertation pour éviter les récurrences, le médecin se cantonnant souvent aux causes liées à l'état de santé et aux pathologies.

La perspective de la mise en place prochaine du poste de médecin coordonnateur dans les EHPAD, découlant de l'application des mesures de la réforme de la tarification<sup>47</sup>, devrait permettre d'apporter des améliorations considérables à ce niveau.

---

<sup>46</sup> L'équipe en maison de retraite : mythe ou réalité ?, *Gérontologie* 1997-1, n°101, pp 33-39.

<sup>47</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

### **3. LES CAUSES CONJONCTURELLES**

#### *L'évolution des particularités de la population âgée*

L'évolution du public accueilli en EHPAD n'est pas sans relation avec les difficultés que rencontrent les établissements dans leur mode de prise en charge et de gestion. Depuis les années 70, le vieillissement de la population française est perceptible, engendré par la simultanéité de la baisse du taux de natalité et du taux de mortalité. « Le déclin de la mortalité profite aux âges supérieurs à 60 ans (...). A présent il s'observe aux âges les plus avancés, d'où une augmentation considérable de la proportion de la population âgée de 75 ans et plus, du nombre de personnes de 80 ans et plus et un allongement de la durée moyenne de vie de ces groupes. »<sup>48</sup>. En 1997, les 60 ans et plus représentent 20,3% de la population totale et les 75 ans et plus 6,9%. Les progrès médicaux, le développement de la médecine préventive, une hygiène et un mode de vie différent sont les principaux facteurs ayant favorisé la baisse du taux de mortalité et l'allongement de la vie.

L'augmentation *de l'espérance de vie à la naissance* a été considérable mais il existe des écarts importants entre les sexes. « L'espérance de vie à 80 ans a crû entre 1960 et 1990 de respectivement 37% chez les femmes et 33% chez les hommes »<sup>49</sup>.

En 1991, l'espérance de vie (EV) est de 81,1 ans pour les femmes et de 72,9 ans pour les hommes. L'espérance de vie à 65 ans s'élève pour le sexe féminin et le sexe masculin respectivement à 20,1 et 15,7 ans. Entre 1981 et 1991, on enregistre un accroissement de l'espérance de vie de 2,5 ans sur la période considérée, soit « trois mois supplémentaires gagnés à chaque calendrier »<sup>50</sup>.

En 1996, l'EV atteint 81,9 ans pour les femmes et 74 ans pour les hommes. La population féminine représente les trois quarts de la population accueillie<sup>51</sup> dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, ce qui s'explique, entre autres, par leur espérance de vie supérieure à celle des hommes.

---

<sup>48</sup> Henrard, Ankri, Grand âge et santé publique, éditions ENSP.

<sup>49</sup> Cf. note n°48.

<sup>50</sup> Haut comité de la santé publique, La santé des français, éditions La découverte, collection repère, 1995.

<sup>51</sup> La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, éditions Berger-Levrault, 1997.

*L'espérance de vie sans incapacité*<sup>52</sup> (EVSI) est un indicateur majeur pour examiner l'impact d'une probabilité de la dépendance dans la population âgée. Ainsi, en 1991, l'EVSI à 65 ans s'élève à 12,1 ans pour les femmes et à 10,1 pour les hommes. Cette espérance de vie sans incapacité reste supérieure chez la femme, mais, de façon moindre que l'indicateur global d'espérance de vie. Ce qui peut faire dire que les femmes vivant plus longtemps ont une probabilité plus grande de vivre en incapacité.<sup>53</sup> Si l'EVSI progresse dans les années à venir à un rythme plus lent que celui de l'EV, on peut s'attendre à une certaine pandémie<sup>54</sup> des incapacités.

Les caractéristiques de la population âgée de plus de 60 ans et l'impact de certaines mesures de politique vieillesse a modifié la typologie des sujets hébergés en établissement pour personnes âgées. La priorité donnée au développement de structures de maintien à domicile dans les années 90, a reporté l'âge d'entrée dans les institutions. La logique de l'entrée en institution reflète les mutations récentes de la population âgée. Retardée le plus longtemps possible, elle ne se fait que lorsque le maintien à domicile devient impossible, le séjour en hébergement collectif en est d'autant raccourci.

Il en résulte un risque de dépendance accru pour les personnes accueillies. Le nombre de personnes de 60 ans est marginal actuellement. L'âge moyen d'entrée dans un établissement a régulièrement progressé au cours de la décennie précédente. Actuellement il est de 83 ans. La moyenne d'âge des résidents augmente aussi régulièrement. Pour les personnes hébergées de plus de 65 ans, elle est passée entre 1990 et 1994 de 82 à 83 ans, à l'hôpital local de Grand Fougeray elle s'élève à 80,08 ans en 1999. Au début des années 95 près des trois quarts des personnes placées en institution avaient plus de 75 ans et 45% plus de 85 ans<sup>55</sup>.

---

<sup>52</sup> L'espérance de vie sans incapacité est un indicateur de la durée moyenne de la vie vécue en bonne santé.

<sup>53</sup> Cf. note n°52.

<sup>54</sup> Une situation de pandémie se caractérise par la diminution de la mortalité des maladies chroniques mais pas de leur incidence et des incapacités induites.

<sup>55</sup> L'habitat des personnes âgées, Le Moniteur, 1997.

En 1997. »<sup>56</sup>, 13% des personnes âgées de plus de 75 ans et 17,5% des plus de 80 ans sont hébergées en établissements sociaux et médico-sociaux et services de soins de longue durée.

Les EHPAD sont non seulement confrontés à l'augmentation du nombre des personnes dépendantes sur le plan physique mais également à l'accroissement de la proportion des personnes âgées déficientes psychiques. L'état de santé des résidents est très dégradé sur le plan physique et psychique et implique une réduction considérable sinon totale de leur autonomie. Il a été estimé<sup>57</sup> que 16% des personnes sont confinées au lit ou au fauteuil et que parmi les 84% restant, 36% ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, 19% ont besoin d'être aidé pour sortir de l'établissement. De plus, 40% de la population hébergée est victime d'une détérioration intellectuelle. Le nombre de personnes atteintes de déficience des capacités cognitives augmente avec l'âge : de 35% avant 75 ans, il passe à 37 % entre 75 et 84 ans et à 46% au-delà

## **Conclusion partielle**

La perspective d'une entrée en institution soulève rarement l'enthousiasme, cependant, en rapport à ce tableau et aux projections dans les années futures, il convient de constater que les EHPAD répondent à un besoin réel de la population âgée, notamment après 80 ans. Face à l'évolution de ce public, des adaptations sont indispensables. L'étude du risque de chute en EHPAD s'inscrit dans cette perspective pour répondre aux besoins d'une population en perte d'autonomie. L'accroissement de la dépendance en établissement nécessite la mise en œuvre de nouvelles pratiques et d'une nouvelle conception plus globale et individuelle de la prise en charge du résident. La prévention doit parvenir à trouver sa place dans cet ensemble. L'application de la réforme de la tarification est une étape capitale pour que les EHPAD puissent répondre dans les meilleures conditions à leurs missions, notamment par des mesures de lutte contre la dépendance.

---

<sup>56</sup> Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ? , Gérontologie et société, n°81, 1997.

<sup>57</sup> Henrard, Ankri, Grand âge et santé publique, éditions ENSP.

## **2<sup>ème</sup> Partie : LA PREVENTION DU RISQUE DE CHUTE DANS UN EHPAD**

L'incidence du tableau épidémiologique des chutes du sujet âgé sur le coût des dépenses de santé est considérable. La prévention des chutes et des traumatismes physiques et psychiques qui y sont liés doit s'adresser à l'ensemble de la population âgée et tenir compte des circonstances les plus probables de chute qui varient selon l'âge, l'état de santé et le niveau de mobilité mais également du lieu où elles surviennent, domicile ou institution. Dans cette seconde partie, il sera question de la prévention du risque de chute en EHPAD. Comme il a été vu précédemment, ce problème affecte une large proportion du public hébergé en établissement. La mise en œuvre d'une stratégie de prévention de ce risque s'avère donc être une action prioritaire de la politique institutionnelle en santé publique.

### **TITRE 1 : LES PRECEPTES A L'APPLICATION D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION**

#### **I - LA PREVENTION DANS LA PRISE EN CHARGE DU SUJET AGE, UNE MESURE DE SANTE PUBLIQUE**

##### **1. LA MISSION DE PREVENTION DE L'HOPITAL LOCAL ET DES EHPAD**

L'Hôpital Local est un établissement public de santé qui relève de la loi hospitalière de 1991<sup>58</sup>. L'Hôpital Local ayant à la fois une mission sanitaire et médico-sociale doit investir le champ de la prévention comme l'une de ses missions naturelles. Il convient de préciser que, si l'Hôpital Local, est un établissement public de santé soumis à la réglementation du secteur

<sup>58</sup> Article L.711 de la loi hospitalière du 31 juillet 1991.

Le décret n°1210 du 13 novembre 1992 ainsi que la circulaire d'application du 26 mars 1993 fixent conformément à la loi, par voie réglementaire, le fonctionnement médical des hôpitaux locaux.

sanitaire, le secteur hébergement de personnes âgées est soumis à la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Par son rôle d'acteur de santé de proximité, l'Hôpital Local dispose d'une position privilégiée pour la mise en place d'actions de prévention. Les partenariats engagés dans le cadre de conventions avec des centres hospitaliers<sup>59</sup>, par des réseaux ou autres modes de coopération avec des professionnels ou structures relevant du secteur médical ou médico-social sont également des atouts pour mettre en œuvre une politique de prévention. Les orientations de ces actions peuvent être diverses : prévention de la dénutrition, lutte contre le diabète, amélioration de l'hygiène de vie...<sup>60</sup>. L'efficacité d'une telle démarche dans le cadre de la prévention des chutes du sujet âgé n'est pas à négliger, car, elle peut intervenir en interne comme en externe. L'Hôpital Local de Grand Fougeray s'est engagé dans cette voie au premier trimestre 2000.

Les EHPAD relèvent du secteur médico-social et de la loi de 75<sup>61</sup> en cours de réexamen. Différents types d'établissements (dont nous ne détailleront pas les caractéristiques) sont désignés sous cette appellation depuis la parution des textes relatifs à la réforme de la tarification. Cette appellation s'explique par le nouveau mode de tarification basé sur le niveau de dépendance des usagers. L'article premier de la loi 75-535 du 30 juin 1975 précise que « sont des institutions sociales ou médico-sociales au sens de la présente loi tous les organismes publics ou privés qui à titre principal et de manière permanente : (...) hébergent des personnes âgées (...) ». Un EHPAD a donc pour principale mission l'hébergement des personnes âgées. La jurisprudence administrative<sup>62</sup> s'est employée à résoudre certaines difficultés apparues pour qualifier la nature « sociale » d'un établissement hébergeant des personnes âgées. Il en résulte que, pour définir un établissement social relevant de la loi de 75, il est nécessaire de retenir la notion de dépendance et de besoins des usagers par rapport à la structure.

---

<sup>59</sup> L'article L.711.6 de la loi hospitalière de 1991 précise que la conclusion d'une convention se révèle obligatoire pour le maintien d'un service de médecine à l'hôpital local.

<sup>60</sup> Les hôpitaux locaux de la région Languedoc-Roussillon en partenariat avec la Mutualité Sociale Agricole ont engagé une étude sur le thème de « L'hôpital local, acteur de la prévention ». L'objectif est de recenser les domaines de prévention dans lesquels l'hôpital local peut avoir un rôle de coordonnateur et de repérer les actions de prévention existantes et la méthodologie qui a permis de réussir leur concrétisation.

<sup>61</sup> Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>62</sup> Dictionnaire permanent action sociale, feuillet 23 (10 novembre 1998), p 938 D.

Les pouvoirs publics évoquent de plus en plus la santé publique comme une priorité, mais les faits soulignent régulièrement la faiblesse et le manque d'efficacité des décisions et interventions publiques. Les décisions en santé publique se distinguent de l'activité curative individuelle. Les premières visent à réduire l'incidence des maladies en agissant sur les facteurs de risque déterminants, la seconde cherche à rétablir la santé en combattant la maladie individuellement constatée et ses conséquences. Dans le contexte actuel de limitation des dépenses de santé, il semble important que la démarche de santé publique soit investie par tous les acteurs, non seulement du système de sanitaire, mais également, du secteur médico-social. Les Hôpitaux Locaux et les EHPAD se doivent de trouver leur place dans la politique de santé publique engagée au niveau national et développer des démarches de prévention adaptées à leurs missions. D'ailleurs, dans son rapport sur le vieillissement<sup>63</sup>, le comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rendu un avis, conformément au Conseil de l'Europe, pour une approche de la dépendance en terme de santé publique qui intègre la notion de « facteur déclenchant » et de prévention.

Les marches de manœuvre relatives à la politique de prévention des Hôpitaux Locaux sont plus diversifiées que pour les EHPAD. Cependant, tous les EHPAD ont la possibilité de mettre en œuvre des actions de prévention concernant la chute du sujet âgé. Dans ce travail, les propositions avancées ne tiennent pas compte des spécificités des Hôpitaux Locaux. En effet, bien qu'il eut été possible d'étendre cette étude aux services de médecine et de SSR de l'Hôpital Local de Grand Fougeray, l'option choisie a été de cibler uniquement les services d'hébergement pour personnes âgées de l'établissement.

## **2. L'OPPORTUNITE DE LA REFORME DE LA TARIFICATION ET DES REFERENTIELS DE QUALITE GERONTOLOGIQUE**

La question de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées a été abordée en premier lieu à travers la loi 97-60 du 24 janvier 1997 « tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées

---

<sup>63</sup> Rapport sur le vieillissement n°59-CCNE, rendu public le 8 octobre 1998. Le Comité national d'éthique plaide pour un « plan gérontologie », Actualités sociales hebdomadaires, octobre 1998.

dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance ». Cette loi de nature transitoire, ne propose pas de réponse définitive à la question de la prise en charge de la personne âgée dépendante. Cependant, G. BRAMI<sup>64</sup> estime que « le changement est d'importance et fait entrer la réflexion et l'action sociale à l'égard des personnes âgées dans une spécificité qui leur attribue, pour la première fois, une véritable considération pouvant déboucher sur des voies législatives nouvelles ».

Les objectifs de la loi 97-60 du 24 janvier 1997 sont de trois ordres. En premier lieu, elle vise à améliorer la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes par la création d'une prestation en nature appelée « prestation spécifique dépendance » (PSD). Elle propose de réformer le système de tarification, et plus largement, le mode de financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, et de développer la coordination gérontologique par la passation de conventions.

Parmi les mesures importantes apportées par cette prestation, la transformation de l'aide financière par son versement en nature est une avancée considérable vers la recherche de projets individuels. La reconnaissance au niveau national de la grille AGIR<sup>65</sup> comme « outil de référence » a permis de trouver un langage commun à l'appréciation de la dépendance des personnes âgées. L'évaluation du montant de la prestation est proportionnelle au niveau de dépendance attribué par l'équipe médico-sociale à la personne âgée.

La promulgation des textes de la réforme de la tarification des EHPAD a incité à la révision de certaines modalités d'attribution. En effet, le montant de la PSD perçue dans les EHPAD devrait impérativement permettre une solvabilisation des résidents par la prise en charge du tarif dépendance pour les personnes répondant aux conditions d'attribution.

*La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*<sup>66</sup> constitue donc le prolongement de la loi 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la PSD. Son objectif premier consiste au remplacement d'une tarification axée sur le statut juridique des établissements hébergeant des personnes âgées par une tarification reposant sur

---

<sup>64</sup>La nouvelle tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, ed Berger-Levrault.

<sup>65</sup> Décret n°97-427 du 28 avril 1997 instituant la grille AGIR.

<sup>66</sup> Décret n°99-316 du 26 avril 1999 : modalité de tarification et de financement des établissements.

Décret n°99-317 du 26 avril 1999 : gestion budgétaire et comptable.

Arrêté du 26 avril 1999 : composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire.

Arrêté du 26 avril 1999 : modalité d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale.

Arrêté du 26 avril 1999 : contenu du cahier des charges de la convention tripartite.

l'état de dépendance des usagers. Le principe consiste en l'instauration de trois sections tarifaires, respectivement, hébergement, dépendance et soins.

L'application de cette réforme devait s'effectuer avant le 27 avril 2001 pour les établissements de plus de 85 lits. Cependant, le projet de réforme a été handicapé par l'incertitude pesant sur les moyens affectés. Il s'agissait de ne pas bouleverser l'actuelle répartition des ressources des établissements afin de ne pas transférer de charges nouvelles sur l'assurance maladie, ni sur les conseils généraux, ni sur l'utilisateur. Les résultats de la simulation de l'effet de la réforme diligentée par la mission MARTHE<sup>67</sup>, ont permis de constater que la répartition des coûts liés à la dépendance et aux soins réclame une programmation différée pour que les financeurs puissent répondre leurs obligations. Il semblerait qu'un délai de deux années supplémentaires soit accordé.

Outre ses aspects purement financiers, cette réforme implique la signature d'une *convention pluriannuelle tripartite* entre l'établissement, l'assurance maladie et le conseil général. L'arrêté du 26 avril 1999 présentant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite s'attache à définir les recommandations de la démarche d'assurance qualité dans laquelle doivent s'engager les partenaires. Cette réforme est fondamentale à ce niveau, car, le cahier des charges est basé sur des références de bonnes pratiques assorties d'indicateurs permettant leur évaluation. Un ensemble de recommandation est édicté :

- ❑ Au regard de la qualité de vie des résidents
- ❑ Au regard de la qualité des relations avec les familles et l'entourage
- ❑ Au regard de la qualité des personnels exerçant dans l'établissement
- ❑ Au regard de l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique

La pratique de l'évaluation de la qualité des EHPAD introduite par cette réforme doit devenir systématique. Le cahier des charges de la convention tripartite précise que chaque établissement devra s'engager dans une démarche d'évaluation avec une méthodologie et des outils de son choix. L'élaboration et la diffusion de référentiels de qualité gérontologique est une contribution essentielle pour répondre à ces exigences. En effet, la signature de la

---

<sup>67</sup> Mission MARTHE (mission d'appui à la réforme de la tarification des EHPAD) est une mission ministérielle chargée de l'accompagnement de la réforme de la tarification.

Qu'est-ce qu'il dit ERNEST, premiers enseignements tirés de l'exploitation de l'« échantillon représentatif national d'établissement pour simuler la tarification », Rapport d'exploitation au 5 novembre 1999.

convention tripartite constitue l'élément décisif qui permet à l'établissement d'entrer dans le nouveau mode de tarification.

Il apparaît important d'évoquer brièvement la procédure d'accréditation dans le secteur sanitaire, donc pour un Hôpital Local. Les ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 ont mis en place une procédure obligatoire d'accréditation à laquelle tous les établissements de santé doivent se soumettre. Cette procédure a pour objectif d'apprécier la qualité et la sécurité des soins ainsi que la capacité des établissements à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge des patients. Cette démarche, engagée à l'initiative du chef d'établissement, se déroule en plusieurs étapes dont une phase essentielle d'auto-évaluation.

Il existe une concordance évidente entre la démarche d'accréditation et celle de la réforme de la tarification car, dans les deux cas, l'objectif principal est l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur. L'engagement de l'Hôpital Local de Grand Fougeray dans la procédure d'accréditation devrait intervenir en 2001. L'application presque simultanée de la nouvelle tarification dans le secteur hébergement orientera définitivement l'établissement dans une politique d'amélioration continue de la qualité.

Le référentiel de qualité gérontologique constitue l'outil de base pour faire une évaluation en hébergement pour personnes âgées. Un référentiel<sup>68</sup> est un outil reconnu par les professionnels pour être un ensemble de repères, de références qui permettent de mesurer l'avancée des démarches mises en place pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Il est construit à partir des textes réglementaires et législatifs, mais aussi, à partir des bonnes pratiques professionnelles reconnues, des expériences et des valeurs que défendent les professionnels. Dans un premier temps, il permet de faire un diagnostic des pratiques institutionnelles, puis dans un second temps, il incite à faire des projections dans l'avenir en fixant des objectifs précis à atteindre. La programmation de mesures spécifiques doit être réalisée à court et moyen terme à travers un projet institutionnel<sup>69</sup>. Une phase d'évaluation s'avère cependant essentielle dans cette démarche car elle permet d'accomplir des réajustements.

---

<sup>68</sup> Le projet de vie : un référentiel qualité en gérontologie, Revue hospitalière de France, n°2, mars- avril 1999.

<sup>69</sup> Le projet institutionnel est un « document dans lequel sont définis les caractéristiques générales du projet de vie et le projet de soins ».

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes a donné lieu à la parution de plusieurs référentiels qualité<sup>70</sup>. Dans son chapitre II « Besoins d'accompagnement et soins des résidents et réponses apportées », le référentiel de la mission MARTHE consacre trois paragraphes à la prévention des chutes et aux moyens mis en œuvre pour limiter les risques. Le référentiel élaboré par le département d'Ille et Vilaine et le référentiel de certification de services et établissements pour personnes âgées<sup>71</sup> ne spécifient pas précisément la prévention des chutes. Toutefois, ces trois référentiels préconisent la mise en œuvre de mesures pour lutter contre la dépendance et favoriser le maintien de l'autonomie des usagers. Ils ont un même objectif : engager les EHPAD dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Dans le même esprit que la réforme de la tarification, le projet de refonte de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux établissements sociaux et médico-sociaux prévoit également la définition de références de bonnes pratiques professionnelles.

La réforme de la tarification des EHPAD cadre parfaitement avec l'idée de la prise en charge du risque de chute des personnes âgées admises en établissement. Son application dans les EHPAD est l'occasion de développer une réflexion pour la mise en œuvre d'une politique institutionnelle de prévention. Nous verrons que l'élaboration d'une politique de lutte contre le risque de chute devrait être facilitée par l'application de cette réforme à travers certaines des mesures qu'elle préconise dont, la création du poste de médecin coordonnateur.

## **II - QU'EST-CE QUE LA PREVENTION DANS LE CADRE DU RISQUE DE CHUTE DU SUJET AGE ?**

Nous avons pu constater dans la première partie que la chute est la conséquence d'une mauvaise compétence comportementale et/ou d'un mauvais environnement objectif<sup>72</sup>. De plus, sa survenue est susceptible d'avoir une influence négative sur cette même compétence

---

<sup>70</sup> MARTHE/DAS et ENSP/ Document de travail/14/02/2000, Conduire une autoévaluation au sein d'un établissement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>71</sup> Ce référentiel élaboré sous l'égide de la Fnacppa (Fédération nationale accueil et confort pour les personnes âgées) et l'Uneppa (Union nationale des établissements privés pour personnes âgées) est un « guide de bonne pratique » pour les établissements et un instrument de certification. La Certification de Services Qualicert est fondée sur les articles R115-1 à R115-12 du code de la consommation.

<sup>72</sup> Chute et qualité de vie, La chute de la personne âgée, pp 180-184.

comportementale, sur la qualité de vie ressentie et sur le bien-être psychologique. Il s'avère donc essentiel de rechercher les moyens à développer pour limiter le risque de chute chez la personne âgée institutionnalisée. Une politique de prévention adaptée doit d'être envisagée et appliquée pour que les établissements répondent à leur mission de prise en charge de qualité du sujet âgé. Les modes de prévention sont classés trois catégories. Ils répondent à des situations et des moments d'intervention spécifiques. Certaines actions ont déjà eu lieu dans le cadre de la chute chez le sujet âgé, mais ciblant plus particulièrement la population demeurant à son domicile. La perspective de la mise en œuvre d'autres projets doivent être envisagés.

## **1. LA PREVENTION PRIMAIRE**

La prévention primaire consiste à intervenir avant que la maladie ou le problème ciblé ne survienne. Elle s'adresse à une population en bonne santé et permet d'éviter l'apparition de la maladie. En matière de santé publique, la prévention primaire s'applique par des campagnes d'information et d'éducation sanitaire. Elle peut être très efficace si elle est bien acceptée par les individus. Dans le domaine qui nous intéresse, la prévention primaire consiste à faire prendre conscience qu'il existe un risque de chute chez le sujet âgé institutionnalisé. Son objectif est de mettre en œuvre des mesures pour éviter la survenue des chutes évitables. Lorsque le public est correctement ciblé, l'un des avantages de ce type de prévention, est, que son coût est faible par rapport aux bénéfices apportés.

### **1.1 L'éducation sanitaire**

L'éducation sanitaire consiste à prévenir les habitudes de vie délétères. Les actions concernant l'hygiène de vie ont un rôle primordial dans la prévention des chutes et de leurs conséquences. Les préceptes valables en matière de prévention générale s'appliquent aussi en ce qui concerne la préservation des capacités d'équilibration : sédentarité, alimentation déséquilibrée, consommation abusive d'alcool ou de tabac, inadaptation du rythme de sommeil, poly ou auto-médication sont autant de facteurs qui exposent à un risque accru de développer des états pathologiques favorisant les chutes. Le rôle d'une alimentation équilibrée et régulière est indispensable. L'ostéoporose, pathologie principalement féminine fréquente après 50 ans, est un

facteur prédominant dans le risque de fracture, notamment en ce qui concerne la fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

Le médecin est un interlocuteur privilégié pour conseiller et évaluer la possibilité d'apparition de facteurs de risque chez un patient. Il intervient à tous les niveaux de prévention, en fonction de la situation rencontrée. Son rôle de conseil en hygiène de vie doit être valorisé car il touche un large public regroupant toutes les tranches d'âges. La population âgée constitue une proportion importante de sa clientèle qu'il lui est possible d'informer individuellement sur le risque de chute.

L'encouragement à la pratique d'activité physique et à la rééducation de l'équilibre représente un des principes fondamentaux de toute stratégie de prévention des chutes. Plusieurs études ont montré qu'il était possible d'améliorer objectivement les capacités posturales des personnes valides après quelques semaines d'entraînement. Des actions de prévention prenant en compte cet élément devront être programmées en institution.

## 1.2 L'aménagement de l'environnement

L'aménagement de l'habitat relève des mesures de prévention primaire. Les risques de chute liés à l'environnement sont les plus faciles à éliminer. L'adaptation des locaux aux besoins de personnes ayant des difficultés pour leurs déplacements est la mesure préventive prioritaire à mettre en œuvre dans un établissement hébergeant des personnes âgées.

## 1.3 L'information et la formation des professionnels

La formation des professionnels est un domaine qui nécessite une concentration d'énergie. Bien que la littérature médicale et professionnelle abonde depuis quelques années sur le thème du dépistage et de la prise en charge des conséquences de la chute du sujet âgé, l'impact de cette diffusion d'informations sur les pratiques des professionnels reste difficile à évaluer. Une campagne d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement est une action essentielle pour accroître les chances de succès d'une politique de prévention institutionnelle.

Elle doit s'adresser au médecin comme à tout le personnel pour que tous les acteurs soient sensibilisés et mobiliser ainsi toutes les énergies.

Il apparaît nécessaire d'évoquer les actions nationales et régionales de prévention des chutes qui ont été développées auprès du grand public ces dernières années. En effet, ces actions doivent être rattachées à la mise en œuvre d'une politique de prévention des chutes institutionnelle.

#### □ *Les campagnes nationales de prévention des chutes*

En 1997, la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) associée au CFES (Comité Français d'Education pour la Santé) a développé une campagne nationale de prévention sur les accidents de la vie courante et les chutes des personnes âgées. La stratégie de cette campagne s'articulait autour de trois cibles principales :

- les personnes de 50 à 75 ans

Elles sont concernées en tant qu'acteur de leur prévention mais aussi en tant que membre de l'entourage d'une personne plus âgée. L'objectif consiste à lever l'obstacle du déni et faire prendre conscience que la chute est un accident qui se révèle plus fréquent et plus grave à partir d'un certain âge. Il s'avère indispensable de montrer l'intérêt et les bénéfices physiques et psychologiques d'une prévention active. La personne devra être valorisée en tant qu'acteur responsable de sa prévention.

- les personnes âgées de plus de 75 ans

Il s'agit de la population la plus exposée aux chutes. L'information se doit d'être concrète et pratique. L'image renvoyée doit également être valorisante. L'information doit cibler les risques et les principales modalités de prévention, préciser leurs droits, les lieux où elles peuvent se renseigner.

- l'entourage

La démarche de prévention primaire et secondaire revient à l'entourage familial mais il semble indispensable de s'adresser à l'entourage sanitaire et social proche des personnes âgées.

Le dispositif de communication de cette campagne d'information regroupait une campagne de presse, des supports d'information (brochure, affiches) et des diffusions de spots télévisuels.

Une nouvelle campagne de sensibilisation s'est déroulée en octobre 1999 sur les mêmes principes. Ce type de campagne d'information apparaît important car il cible un large public susceptible d'être à un moment ou un autre confronté au risque de chute pour lui-même ou son entourage.

#### □ *Les actions de la CRAM de Bretagne*

La CRAM de Bretagne a mis en place des actions de sensibilisation dès 1990 sur le thème de la prévention des accidents domestiques. Il s'agissait plus particulièrement d'une campagne d'information du grand public avec publication et diffusion de brochures. La CNAV s'est inspirée de cette première expérience pour sa campagne de 1997

Le service Info-Santé de la CRAM de Bretagne s'investit dans une politique de prévention qui s'adresse plus particulièrement aux professionnels en relation directe avec les personnes âgées. Il propose une formation qui s'adresse aux professionnels peu qualifiés travaillant auprès des personnes âgées. Le programme de formation mis en place depuis 1994 s'articule en trois modules. Le premier module intitulé « Para-chutes » péril en la demeure, s'applique à la prévention des chutes de la population âgée. L'aide à la création d'ateliers équilibre constitue un autre axe de cette politique de prévention. La campagne « L'équilibre, où en êtes vous ? » développée en 1999 s'inspire de l'expérience du Comité de pilotage de la CRAM de Bourgogne à l'origine de la création et de la validation des « ateliers équilibre ». Le recul de plusieurs années d'expérience a permis de faire ressortir l'efficacité de ces ateliers dans la prévention des chutes chez le sujet âgé. Le Comité Régional de la Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire est délégataire de formation pour l'organisation et la mise en œuvre de ce projet.

Ainsi, des mesures de prévention primaire existent déjà auprès du grand public. Il reste cependant à évaluer leur impact sur la population générale et la population âgée plus précisément. Par contre, leur efficacité est à démontrer pour ce qui concerne les établissements. La diffusion des informations ne s'effectue qu'à travers la distribution de brochures consacrées à l'aménagement du domicile et à quelques règles d'hygiène de vie. De plus, l'information ne parvient pas nécessairement jusqu'aux professionnels. Au cours de mon stage, lorsque j'ai souhaité mettre en place des actions de prévention, il a fallu que j'entreprenne des recherches

pour avoir accès aux informations sur les « ateliers équilibre » car celles-ci n'étaient pas diffusées auprès des établissements accueillant des personnes âgées. Une insuffisance apparaît donc dans la diffusion des informations. Il conviendrait d'améliorer le mode de communication pour que la sensibilisation des professionnels et des personnes âgées soit maximale en institution.

## **2. LA PREVENTION SECONDAIRE**

La prévention secondaire s'adresse à des personnes qui présentent des signes mineurs de la maladie ou qui ne présentent pas de signes cliniquement décelables, mais, qui peuvent être mis en évidence par des méthodes de dépistage spécifiques. Il s'agit de reconnaître le plus tôt possible les états pathologiques afin qu'une solution efficace au problème révélé soit apportée. Si aucun traitement ou aucune action ne peuvent être envisagées, ce type de prévention est inutile. Il est important à ce niveau de bien cibler les actions afin qu'elles aient un impact sur la population. Dans le cas de la chute du sujet âgé, une prévention secondaire efficace peut être envisagée notamment à travers le dépistage des facteurs de risques intrinsèques lié à la chute du sujet âgé.

### **2.1 Le rôle du médecin généraliste**

Le médecin généraliste est détenteur d'une relation privilégiée avec ses patients âgés. Son rôle est primordial dans la démarche de prévention des chutes, notamment par l'identification des sujets à risques. L'évaluation du risque de chute chez une personne âgée repose sur l'examen clinique. Des tests simples permettent de découvrir les sujets à risque. L'intérêt d'une telle évaluation est de dépister la présence d'une incapacité à un stade suffisamment précoce pour mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes et proposer un éventuel réentraînement spécifique des réactions d'équilibration. La mise en place du médecin coordonnateur en EHPAD devrait favoriser ce mode de prévention car le dépistage des sujets à risque doit être la mesure prioritaire à développer dans un EHPAD.

## 2.2 Les relations familiales et sociales

Lutter contre l'isolement et la solitude des personnes âgées est une autre orientation des actions de prévention pour lutter contre le risque de chute. Le réseau de relations sociales des personnes âgées se restreint naturellement au cours de leur avance en âge. Il est important de préserver le maintien des liens qui subsistent car ils permettent une participation à la vie sociale. Les institutions font des efforts pour couvrir les besoins des personnes âgées (animation en institution, individualisation de la prise en charge...) mais parviennent difficilement à faire renouer des liens sociaux satisfaisants. En institution, des efforts doivent être faits pour promouvoir l'ouverture des établissements sur l'extérieur, favoriser l'intégration de la famille et de bénévoles en interne, améliorer l'accueil et la préparation à l'admission.

## **3. LA PREVENTION TERTIAIRE**

La prévention tertiaire consiste à éviter les conséquences lointaines d'un préjudice, son extension et à prévenir les rechutes. Dans le cadre de la prévention des chutes, elle développe deux axes d'intervention. D'une part, une prise en charge médicale et de réadaptation pour prévenir le risque de récurrence et d'entrée progressive dans la dépendance et d'autre part, une évaluation globale médico-sociale du sujet et de son environnement. Ce type de prévention relève plus particulièrement de mesures individuelles de rééducation qui interviennent notamment après la survenue d'une chute pour éviter les récurrences.

Après avoir brièvement traité des principes de la prévention, il s'agit de se pencher sur les possibilités d'application d'une telle politique dans un EHPAD. Il sera fait part de mesures concrètes à mettre en œuvre pour tendre vers une réduction du risque de chute.

## **TITRE 2 : LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE DE CHUTE DANS UN EHPAD**

Les axes de prévention à développer dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées ont trois cibles privilégiées : l'environnement, le résident, le personnel. Les modes de prévention doivent intervenir à deux niveaux : au niveau collectif et au niveau individuel. Un travail de réflexion collective sur la démarche de prévention du risque de chute avec la nécessité de trouver des solutions adaptées doit être initié. En premier lieu, il sera question de l'aménagement environnemental d'un EHPAD et de la mise en œuvre de mesures préventives pour éviter la survenue de chutes des résidents. Dans un second temps, les applications de la politique de prévention seront abordées dans mode de prise en charge de la personne âgée.

### **I - L'ARCHITECTURE ET L'ENVIRONNEMENT**

Il a été constaté que « les établissements dont la conception architecturale et l'équipement étaient adaptés aux risques de chutes ont une incidence de chutes plus faible dans leur population de résidents. »<sup>73</sup>. L'environnement est l'un des facteurs de risque de chute le plus simple à corriger. Afin de mettre en relief les éléments prioritaires à aménager, il apparaît nécessaire de réaliser une évaluation sur le terrain de ces facteurs de risque.

### **1. LES CIRCULATIONS, ESPACES COLLECTIFS, L'ENVIRONNEMENT EXTERIEUR**

#### **1.1 Les circulations**

« Les espaces de circulation, qu'ils soient horizontaux (hall, couloirs...) ou verticaux (escaliers ascenseurs) doivent garantir une bonne accessibilité à l'ensemble des divers lieux, intérieurs comme extérieurs, destinés aux résidents. Les espaces de circulation doivent être dimensionnés en tenant compte en tenant compte des difficultés de déplacement des résidents »<sup>74</sup>. Les recommandations du cahier des charges correspondent parfaitement aux priorités d'une politique de prévention du risque de chute d'aménagement de

<sup>73</sup> Prévention de la chute en institution, La chute du sujet âgé, pp 374-379

<sup>74</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, Annexe I, II-2.2.2, La qualité des espaces.

l'environnement. Outre le respect rigoureux des règles de sécurité contre l'incendie<sup>75</sup> et celui de la réglementation pour l'accessibilité des personnes à mobilité réduite<sup>76</sup>, il est indispensable de réexaminer certaines normes. En effet, celles relatives à l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite sont étudiées pour des handicapés plus jeunes, et, les personnes âgées ont moins de tonus et de force musculaire pour la manipulation de fauteuils roulants, ces normes sont parfois inadaptées au public âgé. Il peut être intéressant d'augmenter les cotes réglementaires dans certains lieux.

La largeur des circulations principales (reliant les escaliers entre eux ou aux sorties) doivent avoir une largeur minimum de deux unités de passage (140 cm). Mais il est préférable d'augmenter à 150 ou 160 cm<sup>77</sup> au niveau des portes des chambres pour faciliter les manœuvres des fauteuils roulants. La mise en place mains courantes des deux côtés dans les couloirs et de rampes dans les escaliers est indispensable. Leur hauteur et leur ergonomie doivent être adaptées aux sujets âgés. Des zones de repos proposant des fauteuils pour accueillir les personnes fatiguées lors de leurs déplacements doivent être prévus à distance régulière dans les couloirs pour permettre aux personnes fatiguées de reprendre des forces. Il semble également essentiel de rompre la monotonie des couloirs et de créer des repères.

Une attention particulière doit être accordée aux *espaces de déambulation* aménagés dans les unités pour personnes âgées déficientes psychiques. Ceux-ci doivent être spacieux, dépourvus d'obstacle et si possible s'élargir en leur extrémité car un élargissement éclairé latéralement facilite la déambulation des personnes désorientées.

La transparence *des portes coulissantes automatiques* et leur vitesse d'ouverture sont souvent source d'incidents. Des bandes noires ou colorées peuvent être apposées dans la partie inférieure et à hauteur de vue pour que les personnes âgées puissent bien les visualiser ou des dalles de couleur sombre peuvent être apposées sur les sols pour prévenir la présence des portes en verre. Les difficultés apparaissent notamment au niveau des sas d'entrée comportant deux portes automatiques. Le système d'ouverture automatique à capteurs

---

<sup>75</sup> Arrêté du 6 août 1996 relatif à la protection contre les risques d'incendie et la panique dans les établissements publics de santé et les institutions sociales et médico-sociales publiques.

<sup>76</sup> Article 49 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, complété et renforcé par la loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

<sup>77</sup> Préconisation de la Cnav pour les circulations principales des services collectifs et de soins.

infrarouges, doit avoir la plus large plage de détection possible. Il est arrivé que des personnes de petite taille, lentes à se déplacer, chutent après avoir été surprises par la fermeture d'une porte car le système ne les avait pas détectées. Certains établissements s'équipent d'un dispositif vidéo de surveillance mais l'objectif est plus la surveillance des fugues que celle du risque de chute.

*L'ascenseur* est un lieu important dans la vie d'un EHPAD car toutes les circulations y convergent. Sa maintenance doit être vigilante. Le mode d'ouverture et de fermeture des portes ainsi que leur vitesse doivent permettre aux personnes à mobilité réduite appareillées (fauteuil, cannes, cadre de déplacement) de les utiliser sans risque<sup>78</sup>. Des assises possibles et des barres d'appui doivent y être prévues et le système d'alarme doit être facilement accessible et repérable. Les boutons, placés entre 90 et 120 cm de hauteur, doivent être non seulement reconnaissables visuellement, mais également tactilement, afin que les personnes déficientes visuelles puissent utiliser l'ascenseur sans accompagnement. Une signalisation spécifique doit donc être étudiée et aménagée.

*Les sols* ne doivent être ni glissants, ni antidérapants, non réfléchissants, sans rupture de couleur qui surprenne le sujet âgé et lui fait croire qu'il existe un obstacle. Il est indispensable de veiller à ce qu'il n'y ait pas de barre de seuil et à ce que l'entretien des sols soit régulier (éviter les dalles dont les angles se décollent par exemple). Le choix des revêtements doit donc être étudié avec minutie lors de projets de réaménagement des locaux.

La conception de *l'éclairage* doit également être considérée avec attention. La luminosité doit être adéquate c'est à dire que l'éclairage doit être régulier, indirect et d'intensité suffisante. Il ne doit pas être seulement conçu comme un éclairage d'ambiance mais doit être lumineux mettant en valeur les sols et les portes. En effet, « Le problème d'éclairage le plus fréquent est la brillance, soit la lumière est trop brillante et provoque l'éblouissement soit elle n'est pas assez brillante. L'intensité de l'éclairage modifie la perception des couleurs. Les lumières très crues produites par les néons incitent à fermer les yeux. Ce type d'éclairage rallonge les couloirs par un effet d'optique. De plus, cette lumière réfléchi par les murs et le sol créer un effet de tunnel. »<sup>79</sup>. Dans les années 70, l'éclairage

---

<sup>78</sup> Art. 3 de l'arrêté du 31 mai 1994 fixant les dispositions techniques destinées à rendre accessible aux personnes handicapées les établissements recevant du public et les installations ouvertes au public.

<sup>79</sup> L'éclairage confort et sécurité, Décideurs n°30, avril 2000.

général normalisé, qui est fixe et unique, a été systématiquement installé. Ce type d'éclairage n'intègre pas l'activité des occupants des locaux. La variabilité de l'éclairage s'avère indispensable en EHPAD alors que les normes ne la rendent pas obligatoire. Dans toutes les pièces et les couloirs, un éclairage général voisin de 200 lux est conseillé<sup>80</sup>. Il convient de porter une attention particulière à la conception de l'éclairage non seulement pour éviter les chutes mais aussi parce qu'il contribue à donner un sens à un espace en même temps qu'une bonne transmission des informations visuelles<sup>81</sup>. Les interrupteurs doivent être lumineux, bien visibles et rapprochés. L'installation d'un allumage automatisé à cellules infrarouges disposé face aux portes des chambres et des ascenseurs peut être intéressant dans la mesure où il libère le résident de toute préoccupation.

*La signalisation* est le prélude à une bonne orientation des personnes âgées dans l'institution et leur offre un environnement sécuritaire pour leurs déplacements. Lorsqu'elle est adaptée au public âgé, très souvent sujet aux déficiences visuelles, elle leur permet de se repérer plus facilement dans l'espace. La signalisation doit être à hauteur de vue et contrastée, des lettres de 40 cm de hauteur sont recommandées<sup>82</sup>. Une décoration réfléchie au niveau des couleurs permet d'éviter la désorientation spatiale. L'uniformité des couleurs dans un couloir doit être bannie car elle rend plus difficile le repérage des chambres si la couleur des murs et des portes est identique. Les couleurs des portes des salles communes doivent attirer le regard alors que les portes de service doivent se fondre dans le coloris du mur. L'identification des toilettes nécessite de différencier la couleur des portes de celles des murs environnants. La couleur des portes des toilettes doit être la même dans tout l'établissement. Ces aménagements me semblent importants car l'on sait que les déplacements des personnes âgées vers les toilettes sont responsables de nombreuses chutes. Une amélioration de leur signalisation évitera les confusions et les déambulations dans les circulations. Une signalisation au sol (formes géométriques et/ou colorées) peut également être envisagée pour marquer les seuils des chambres par exemple, et ainsi faciliter la reconnaissance des espaces privés. En effet, les personnes âgées se déplacent très souvent le regard au sol.

Les personnes âgées subissant très souvent des déficiences visuelles, il m'est apparu indispensable de faire profiter le public âgé des expériences du milieu du handicap spécialisé

---

<sup>80</sup> Cf. note n°79.

<sup>81</sup> Cf. note n°79.

<sup>82</sup> L'habitat des personnes âgées, éditions Le moniteur.

dans ce domaine. Il existe en effet, un certain nombre de moyens pour favoriser les déplacements des personnes atteintes de ces troubles. La mise en œuvre de ces mesures améliore la vie au quotidien et lutte contre la perte d'autonomie. Par exemple, le travail des rééducateurs (ergothérapeutes, instructeur de locomotion principalement) est à prendre en considération tant au niveau de l'adaptation de l'environnement que de la prise en charge individuelle. Il est possible de prendre contact avec un service de rééducateurs spécialisés pour étudier les possibilités d'adaptation d'un EHPAD aux troubles visuels dont sont très souvent victimes les personnes âgées, et par conséquent, prévenir le risque de chute. Certains instituts étudient des conventions sur demande.

Une analyse de l'existant exécutée par un professionnel semble indispensable. Une autre possibilité serait de faire appel à un étudiant en ergothérapie de 3<sup>ème</sup> année (dans le cadre de son stage optionnel d'un mois en fin d'études). Un projet rédigé pourrait permettre de trouver des financements pour appuyer une demande de création de poste.

## 1.2 Les espaces collectifs

L'aménagement des espaces collectifs doit être examiné avec précaution. Ils doivent être spacieux et accessibles facilement pour permettre aux personnes à mobilité réduite de s'y déplacer sans difficulté majeure. Il convient de veiller à ce qu'ils soient vastes, notamment au niveau des entrées, pour limiter les risques en cas de bousculade. Pour prévenir le risque de chute dans les lieux de vie, il faut particulièrement soigner l'aménagement intérieur et être vigilant sur le choix des mobiliers (éviter les tables à quatre pieds, stabilité des chaises, circulation spacieuses entre les tables...).

## 1.3 L'environnement extérieur

Une attention particulière doit être portée à la réalisation des cheminements extérieurs tant des jardins que des parkings et des allées. Les entrées de l'établissement doivent être faciles d'accès pour les personnes appareillées. Le revêtement des allées ne doit pas faire

apparaître d'irrégularités. Les obstacles et les pentes supérieures à 5%<sup>83</sup> sont proscrits. Le parc doit être aménagé avec des zones de repos à distance régulière. Il semble indispensable de choisir un mobilier de jardin adapté aux personnes âgées (hauteur de l'assise entre 45 et 50 cm, stable...). L'aménagement aux abords extérieurs directs de l'EHPAD est capital mais étendre l'accessibilité et réaliser un prolongement dans le quartier apparaît également important pour inciter les résidents à ne pas rester confinés dans l'établissement. Bien que les chutes répertoriées à l'extérieur ne soient pas très nombreuses<sup>84</sup>, il semble évident qu'un aménagement des espaces urbains serait un excellent moyen pour les réduire davantage.

## **2. LES ESPACES PRIVATIFS**

A l'intérieur des chambres, les chutes sont souvent occasionnées par le manque d'espace dû à une surface réduite de la pièce ou à son encombrement. Les surfaces minimales recommandées et indiquées dans le cahier des charges de la convention pluriannuelle<sup>85</sup> relative à la réforme de la tarification, retiennent 18 à 22 m<sup>2</sup> pour une chambre à un lit et 30 à 35 m<sup>2</sup> pour un logement de deux personnes en ce qui concerne les constructions neuves ou établissements nécessitant une rénovation lourde. Les recommandations relatives aux autres établissements sont de 16 à 20 m<sup>2</sup> lorsqu'il s'agit d'une chambre à un lit et de 20 à 25 m<sup>2</sup> pour une chambre à deux lits. Le nombre de chambres communes dans un établissement ne doit pas être supérieur à un tiers de la totalité du nombre de lits autorisés. A mon avis, il serait souhaitable que toutes les chambres soient individuelles pour réserver un espace personnel privilégié à tous les résidents. Ainsi, une évaluation individuelle serait réalisable et l'aménagement intérieur de la chambre pourrait être conçu en fonction de l'état de dépendance du locataire. Dans le cadre des déficiences visuelles et de la prévention du risque de chute, un ergothérapeute pourrait être chargé d'adapter la chambre au handicap visuel de la personne âgée. Un éclairage différent, un positionnement de fauteuil adapté (jamais face à une fenêtre), faire ressortir les contrastes sont quelques possibilités qui permettent à une personne

---

<sup>83</sup> Art.2 de l'arrêté du 31 mai 1994 fixant les dispositions techniques destinées à rendre accessible aux personnes handicapées les établissements recevant du public et les installations ouvertes au public.

<sup>84</sup> Voir dans première partie, le point consacré aux lieux de survenue des chutes.

<sup>85</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

âgée de garder son autonomie dans sa vie quotidienne et de réduire le risque de chute potentiel.

## 2.1 L'aménagement intérieur de la chambre

*L'aménagement de la chambre* doit être étudié en référence au mobilier et à l'état de dépendance du résident qui y vit. Par exemple, les lits médicalisés à hauteur variable ont des dimensions supérieures aux lits hôteliers. Il convient de prévoir des espaces suffisants autour du lit pour les déplacements en fauteuil roulant. Les surfaces de rotation des fauteuils roulants doivent être supérieures aux cotes réglementaires pour favoriser les déplacements des personnes appareillées.

Le positionnement des meubles à l'intérieur de la chambre doit aussi être étudié pour faciliter les déplacements et éviter l'éblouissement du résident. Des points d'appui peuvent être prévus sur certains trajets si la personne rencontre des difficultés à se déplacer seule. La localisation du placard est également importante car, s'il est placé derrière la porte d'entrée, il est facteur de risque de chute pour la personne âgée.

La largeur des portes doit être de 110 cm (préconisation CNAV) pour permettre au résident de sortir sans difficulté avec son fauteuil. Le sens de leur ouverture doit être prévu pour limiter les risques de chute. Elles s'ouvrent vers l'intérieur de la chambre car l'inverse occasionnerait des accidents dans les circulations. Les portes doivent être faciles à ouvrir avec des poignées adaptées.

Les interrupteurs doivent être visibles, positionnés à hauteur appropriée (130 cm maximum)<sup>86</sup> et aux endroits stratégiques. L'emplacement du téléphone doit être étudié pour que la personne puisse l'atteindre facilement en cas de précipitation lorsqu'il sonne.

*La conception de l'éclairage* nécessite également une attention particulière. Un éclairage indirect mais dont intensité est suffisante est préconisé car il évite l'éblouissement. Les personnes déficientes visuelles ont besoin de plus de lumière pour les actes de la vie courante. Il peut être intéressant de réfléchir à un éclairage directionnel par l'aménagement des sources lumineuses spécifiques. L'éclairement des sols doit s'avérer suffisant pour permettre les

---

<sup>86</sup> Art.7 de l'arrêté du 31 mai 1994 fixant les dispositions techniques destinées à rendre accessible aux personnes handicapées les établissements recevant du public et les installations ouvertes au public.

déplacements nocturnes, cependant, les sources lumineuses disposées au-dessus du lit doivent être choisies pour atteindre 500 lux<sup>87</sup>.

## 2.2 Le cabinet de toilette

Le Cabinet de toilette est un lieu à risque de chute, son aménagement doit être minutieusement examiné. La pose de barres d'appui, de rehausse-WC si leur hauteur est inadaptée aux personnes âgées sont des aménagements de base à effectuer. La hauteur des lavabos doit être étudiée pour les personnes à mobilité réduite en fauteuil roulant mais permettre également aux personnes autonomes d'effectuer seules leurs soins d'hygiène quotidienne. Les douches avec un siphon à même le sol mais dont la pente ne doit pas être supérieure à 2%, doivent être équipées de barres d'appui, d'une chaise ou d'un tabouret stable pour permettre une installation confortable. Il est nécessaire de veiller à l'installation d'un système de mitigeur simple d'utilisation pour éviter les manipulations à risques (puissance du jet, réglage de la température). Le bouton d'appel doit être à proximité, facile d'accès et détectable aisément par l'œil. La conception du cabinet de toilette doit veiller à une bonne accessibilité des étagères, des prises électriques, des commutateurs. L'éclairage doit être étudié pour être suffisant et non éblouissant.

Un effort particulier doit être effectué dans la dimension ergonomique qui touche au matériel utilisé par le patient (sonnette, interrupteurs, barres d'appui dans la douche, poignées, mitigeur, téléphone ...)

## 2.3 Les moyens d'appel

Le choix porté sur les moyens d'appel mis à disposition des usagers doit être considéré avec précaution pour qu'ils proposent des réponses efficaces et sécurisantes. La sonnette, comme tous les équipements électriques, doit être facile à manipuler. Les chuteurs utilisent peu le moyen d'appel à leur disposition, on a pu voir que la sonnette est le moyen d'appel utilisé dans seulement un tiers des situations de chute<sup>88</sup>. L'appel vocal compense cette carence

---

<sup>87</sup> L'éclairage confort et sécurité, Décideurs n°30, avril 2000.

<sup>88</sup> Facteurs environnementaux de la chute en maison de retraite à partir d'une étude prospective de l'incidence des chutes sur dix mois, La Revue de Gériatrie, avril 1999.

mais son efficacité est limitée et éthiquement inacceptable. L'adaptation sur chaque bouton de sonnette d'une pastille fluorescente pour qu'il soit repérable facilement la nuit, est un moyen simple et peu onéreux permettant aux usagers de repérer et d'atteindre facilement la sonnette.

Le système de téléassistance<sup>89</sup> le plus répandu est la téléalarme qui pourrait être une solution si elle était portée par tous les résidents. Il remplace ou complète les dispositifs d'alarme fixes installés dans la chambre et le cabinet de toilette. La personne porte sur elle un appel intégré à une montre, un pendentif ou un bracelet sur lequel elle doit appuyer en cas de malaise ou de chute. Dans les établissements, ce système est relié aux tableaux des postes de soins ou aux récepteurs portables des responsables. L'efficacité de ce système reste conditionnée à la capacité de la personne à appuyer sur le bouton en cas d'accident.

Il existe de nouveaux systèmes qui seraient susceptibles d'accroître la sécurité des personnes âgées, tels les systèmes de capteurs de pression activés lorsque la personne se lève de son lit ou de son fauteuil, capteurs placés aux endroits et accès stratégiques où le risque de chute est important. Ces systèmes permettent une assistance immédiate. Ils évitent parfois le déplacement du soignant qui peut communiquer et voir le résident depuis le poste de soins par vidéo interactive et propose une réponse adaptée aux demandes des personnes âgées. Le principe de ces systèmes<sup>90</sup> réside dans l'implantation de capteurs et la mise en place de détecteurs infrarouges actifs placés sur le montant de la porte qui fournissent une estimation de la taille et des mouvements de la personne, et des infrarouges passifs disposés aux plafonds afin de détecter les mouvements dans la pièce et dans le cabinet de toilette. L'objectif est de détecter les situations anormales. Les chutes nocturnes étant prédominantes, ce type d'installations pourrait être une excellente alternative. Un réseau informatique garde en mémoire les habitudes du résident et ne déclenche l'alarme qu'en cas d'écart à la conduite normale. Ce système offre une alarme en temps réel. Mais, qu'en est-il du respect de l'intimité de l'usager ? La mise en place d'un tel système doit impérativement donner lieu à discussion et doit être unanimement approuvée. Un cadre éthique très strict doit être établi incluant en particulier l'accord des intéressés.

---

<sup>89</sup> L'habitat des personnes âgées, éditions Le moniteur.

<sup>90</sup> Cf. note n°89.

*Les services économiques*, qui ont la charge d'effectuer le recueil des besoins des services, pour procéder ensuite à la programmation des achats, doivent examiner avec précaution chaque équipement pour veiller, lors du choix des produits, à ce que leurs caractéristiques ne soient pas facteur de risque de chute. Des essais des équipements en situation réelle sont à envisager avant l'achat définitif. Un travail en collaboration avec les responsables des services de soins s'avère donc essentiel. Les équipes de maintenance des équipements et matériels tiennent aussi une fonction importante et doivent être sensibilisées à la politique de prévention du risque de chute développée au sein de l'établissement pour qu'elles puissent prendre pleinement conscience de leur rôle actif dans cette démarche.

### **3. LE PROJET DE RESTRUCTURATION DU SECTEUR HEBERGEMENT DE L'HOPITAL LOCAL DE GRAND FOUGERAY**

Certaines observations précédentes ont été soumises à mon maître de stage. La directrice, par son expérience professionnelle, est déjà fortement sensibilisée sur de nombreux des points qui viennent d'être évoqués. Le concours d'architecte a donné lieu à l'élaboration d'un programme répertoriant les intentions du maître d'ouvrage dans lequel elle précise clairement qu'il doit être tenu compte des handicaps inhérent aux personnes âgées.

Ce projet de restructuration en cours apporte des aménagements directs qui limitent le risque de chute des résidents. Ainsi, la centralisation des espaces de vie collective (restaurant des résidents et des familles, salle d'animation, tisanerie) et le positionnement des nouveaux ascenseurs apportent de réels progrès, car, ils réduisent l'éloignement des chambres des lieux de vie. En effet, comme il a été constaté précédemment, l'éloignement est l'une des causes principales favorisant le risque de chute. Des zones de repos seront aménagées dans certaines circulations.

Les surfaces des espaces collectifs et circulations prévus au projet sont très satisfaisantes. Il conviendra par la suite d'étudier leurs aménagements en mobilier pour limiter les risques de chutes. Les chambres sont spacieuses (20 à 23 m<sup>2</sup>) et permettront facilement les déplacements du résident. L'aménagement devra cependant être examiné individuellement en tenant compte des handicaps du locataire. Dans les cabinets de toilette il est prévu que la disposition des appareils sanitaires autorise une aire de giration minimale de 150 cm sans obstacle. La douche sera avec siphon au sol et le revêtement du sol sera

antidérapant. La cuvette de WC suspendue et la douche seront dotées au minimum d'une barre de relevage et d'appui. Les WC seront accessibles de face et de côté. Une unité de vie pour personnes âgées désorientées est également prévue dans le projet. Celle-ci sera dotée d'un espace de déambulation sans obstacle.

Outre les aspects purement fonctionnels et de confort, indissociables de l'hébergement pour personnes âgées, La directrice a souhaité que ce projet soit associé à la notion des « 5 sens », l'ouïe, l'odorat, le toucher, le goût et la vue. Ainsi, dès l'origine, il a été prévu d'accorder une importance particulière à la lumière, à l'éclairage et aux jeux de couleurs. Un programme tenant compte de ces éléments et de la signalisation sera conçu en intégrant les contraintes liées au vieillissement. Il est question de faire intervenir un ergothérapeute pendant les travaux pour faire un diagnostic. Les mesures et aménagement proposés pourront ainsi être examinés et appliqués dans la perspective d'apporter un environnement sécurisé et un cadre agréable aux résidents de l'établissement.

Il convient de remarquer que l'engagement dans une politique de lutte contre le risque de chute demande de la préparation. Elle ne doit pas s'exécuter dans la précipitation car certains aspects essentiels peuvent être oubliés. Ainsi, un projet de restructuration doit être source de réflexion sur le mode de prise en charge que l'on souhaite adopter. L'aménagement de l'environnement doit donc répondre aux orientations données. Par son projet de restructuration du secteur hébergement, l'Hôpital Local de Grand Fougeray s'est engagé dans la voie d'une politique de prévention du risque de chute lié à l'environnement, bien que cette orientation n'ait pas été clairement définie à l'origine.

En définitive, malgré tous les aménagements possibles, un environnement totalement étudié pour réduire le risque de chute des personnes âgées ne permet pas d'atteindre le niveau « zéro chute ». En effet, « un environnement identique produira des risques différents suivant les individus : l'environnement n'est pas un facteur de risque absolu mais relatif à la personne et à ses capacités »<sup>91</sup>. Cependant, c'est à ce niveau qu'il est le plus facile d'agir, lors de projets de travaux de construction, de restructuration ou seulement à l'occasion d'un réaménagement de locaux de moindre ampleur. Une attention particulière doit y être accordée pour répondre à la priorité qu'est le maintien de l'autonomie de la personne âgée dans ses déplacements et sa vie au quotidien.

---

<sup>91</sup> Evaluation des facteurs de risque liés à l'environnement, La chute de la personne âgée, éditions Masson, pp 147-150.

## **II - LE MODE DE PRISE EN CHARGE DU RESIDENT**

« La prise en charge gériatrique institutionnelle est une chaîne d'opérations dont chaque maillon concourt à la satisfaction des besoins du résident et dont chaque attache articule la communication et la coordination entre les fonctions de l'établissement. » G. RACINE<sup>92</sup> précise également qu'il s'agit d'un processus global, c'est à dire d'une suite d'interventions ordonnées, interdépendantes et complémentaires visant au final à la satisfaction des besoins des personnes âgées. Ces propos traduisent parfaitement la réalité mais aussi la complexité de la notion de prise en charge lorsque les modes d'organisation ne sont pas rigoureusement définis. Dans le cadre du risque de chute chez le sujet âgé, il convient d'intégrer le droit au risque au sein des projets, en tirer les conséquences pour l'organisation des équipes et de s'interroger sans cesse sur les pratiques professionnelles.

### **1. LE DEPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE**

#### **1.1 La préparation de l'admission**

Il a été constaté dans la partie consacrée aux causes des chutes, que la manière dont se déroulait l'admission était un facteur de risque reconnu dans certaines situations. Il apparaît donc essentiel de porter une attention toute particulière à ce moment critique qu'est l'entrée d'un nouveau résident dans l'établissement. Une procédure de préparation à l'admission doit donc être envisagée. Les référentiels de qualité gériatrique, se référant au cahier des charges de la convention tripartite, développent un questionnement à ce propos. Il est recommandé de formaliser une procédure de préadmission et d'accueil à l'admission du résident.

Les conditions de l'inscription doivent également être définies précisément car trop souvent elles s'effectuent sans que le résident lui-même soit informé. Outre les démarches purement administratives, la diffusion des informations sur le fonctionnement de l'établissement<sup>93</sup>, il semble essentiel d'obtenir le consentement de l'intéressé dès l'inscription,

---

<sup>92</sup> La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, éditions Berger-Levrault.

<sup>93</sup> Remise du livret d'accueil, du règlement intérieur, du contrat de séjour.

quand son état de santé le permet. Il serait donc souhaitable que le résident soit présent à son inscription, ce qui est peu courant. S'il ne peut être présent, la confirmation de son accord doit être clairement formulée. L'agent chargé des admissions doit être ferme à ce propos face à la famille ou au professionnel qui effectue les démarches administratives.

Une personne âgée informée de son inscription en institution et du fonctionnement de celle-ci, est plus apte à s'adapter à un mode vie collectif que celle qui découvre au moment même de son admission que la maison de retraite va devenir son nouveau lieu de vie. De plus, une admission n'est jamais définitive et le résident peut à tout moment décider de quitter l'établissement dans les conditions du contrat. Même si, effectivement, ces situations sont rares, la personne âgée doit en avoir connaissance car elle se sent trop souvent réduite à subir les décisions des professionnels et/ou de son entourage.

L'Hôpital Local de Grand Fougeray a mené une réflexion sur l'accueil des nouveaux résidents. La création d'un poste d'emploi jeune « animateur-accompagnateur au quotidien » en 1998 a permis d'établir un protocole d'accueil (annexe 4). Cet emploi jeune est notamment chargé d'accueillir le nouveau résident le jour de son entrée, de l'informer du fonctionnement de l'établissement et de lui faire visiter les lieux.

J'ai été chargée d'élaborer le dossier d'un second poste d'emploi jeune, créé en mai 2000. Cet poste d'emploi jeune « chargé de communication », nécessitait d'être pourvu par une personne diplômée en psychologie. Ses attributions (annexe 5) parfaitement définies, comportent notamment des visites de préadmission à domicile, le recueil de l'histoire de vie de la personne, le rôle d'informateur sur le fonctionnement de l'institution. Ces démarches sont effectuées dès que l'admission en hébergement est effective. Cet emploi jeune est également chargé de suivre l'adaptation du résident en collaboration avec les équipes soignantes. Il constitue un interlocuteur privilégié et plus disponible à l'écoute des résidents. A moyen terme, il sera chargé de mettre en place des groupes de conversation pour les résidents afin leur offrir un espace de parole facilitant l'expression de leur vécu institutionnel. Certaines de ses fonctions s'orientent vers des actions visant à l'intégration de la famille à la vie institutionnelle. Je pense que ce rôle est également fondamental pour organiser au mieux la vie autour du résident et lui donner les meilleures chances d'intégration possible et favoriser le maintien des liens familiaux et sociaux. .

J'ai été particulièrement investie dans l'élaboration de ce projet auquel je crois profondément. Le recrutement du jeune pour le poste a été effectué au 15 mai. Mon stage

s'achevant fin juin, il ne m'est pas possible de faire un premier bilan. Ce projet traduit la volonté de la direction de l'établissement de concentrer ses efforts pour offrir à ses résidents les meilleures conditions possibles pour une admission et une adaptation optimum au cours de leur séjour dans l'établissement.

Le suivi de l'adaptation de la personne âgée nouvellement admise me semble une démarche indispensable afin de pouvoir cibler un éventuel problème d'intégration et/ou d'adaptation. Un système de référent parmi le personnel peut être intéressant à mettre en place, même s'il existe un emploi jeune chargé de ce suivi. Chaque agent se voit confier personnellement la responsabilité de quelques résidents. Il est l'interlocuteur privilégié de personnes âgées et veille à leur donner les informations complémentaires qui n'ont pu être apportée au moment de l'entrée. Favorisant la responsabilisation du personnel, cette démarche permet l'implication de tous les acteurs institutionnels d'une prise en charge individuelle et globale de chaque résident.

Dans le cadre de la prévention des chutes du sujet âgé, les quelques mesures citées précédemment m'apparaissent fondamentales. Elles favorisent un climat de confiance et d'écoute qui fait trop souvent défaut en établissement. Une personne âgée préparée à son entrée, ayant déjà eu un premier contact avec un interlocuteur institutionnel, amorcera dans de meilleures dispositions son séjour. Les troubles psycho-pathologiques qui suivent très souvent une admission en EHPAD s'en trouveront très certainement réduits et par conséquent, le risque de chute diminué.

## 1.2 La prise en charge médicale

Innovation pertinente de la réforme de la tarification, la création d'un poste de médecin coordonnateur devrait apporter des améliorations conséquentes dans la prise en charge et le suivi médical des personnes âgées accueillies en établissement. Il ne s'agit pas de dévaloriser le travail des médecins généralistes qui interviennent actuellement, mais il faut avouer que ceux-ci accordent la priorité à leur clientèle de cabinet et s'investissent peu dans la vie institutionnelle. Le mode de rémunération de leurs actes n'est effectivement pas particulièrement attrayant, notamment pour ce qui relève des sections de cure médicales. En

dehors de toutes ces considérations financières, les fonctions attribuées au médecin coordonnateur doivent lui permettre de s'impliquer dans l'établissement.

L'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 définissant le cahier des charges de la convention tripartite définit le rôle du médecin coordonnateur. « (...) il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution (...) »<sup>94</sup>. Il n'est pas précisé que le médecin coordonnateur doit impérativement avoir une activité thérapeutique dans l'établissement, cependant, c'est lui qui définit les orientations, élabore et met en œuvre le projet de soins. Un projet de soins accordant une priorité à la prévention de la dépendance doit intégrer la prévention du risque des chutes. La direction et le médecin coordonnateur sont donc impliqués pour qu'un axe prioritaire aille en ce sens. Face au problème des chutes, la priorité en matière médicale doit être orientée vers la prévention primaire qui repose sur l'identification des facteurs et des sujets à risque et vers les stratégies de prévention secondaire qui s'appuient sur l'établissement d'un diagnostic étiologique précis.<sup>95</sup>

#### □ *La visite d'admission*

Les visites d'admission peuvent lui être attribuées même si pour ce qui concerne le choix des admissions (afin qu'il y ait adéquation entre les profils des personnes à accueillir et les moyens de l'établissement à un moment donné), il ne lui est demandé qu'un avis. La mise en place de la visite d'admission pour chaque résident, précisément établie par une procédure stricte (interrogatoire avec guide d'entretien, examen clinique), me semble une priorité. Une évaluation initiale de l'état de santé du futur résident est l'occasion privilégiée pour réaliser un bilan et un dépistage des facteurs de risque de chute. La démarche de prévention des chutes s'effectue en priorité par l'identification des sujets à risque.

L'évaluation du risque de chute chez une personne âgée repose sur l'examen clinique associé à analyse globale de la situation. Le suivi médical intervient à deux titres : pour évaluer les capacités posturales et pour déceler à temps certaines pathologies exposant à un risque accru de chute. Un interrogatoire détaillé est une étape primordiale pour connaître les aptitudes du sujet

---

<sup>94</sup> Arrêté du 26 avril 1999, Annexe II, I Principes généraux.

<sup>95</sup> Chutes et médicaments chez le sujet âgé, La chute de la personne âgée, pp 110-123.

à la marche, notamment cas d'antécédents de chute. Mais ce bilan ne doit pas être long et fatigant pour ne pas décourager la personne âgée.

Cet examen clinique doit porter une attention toute particulière aux afférences sensorielles (vision audition, proprioception)<sup>96</sup>. Un contrôle des capacités visuelles de la personne âgée est un examen de base de ce bilan. Un dépistage de toutes les maladies : cataracte, glaucome et DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) doit être réalisé. Il est possible de vérifier si les verres correctifs des lunettes sont toujours adaptés à la vue du sujet ou s'il est nécessaire de prévoir une visite chez un ophtalmologiste. Certaines anomalies constatées peuvent également être corrigées par de la rééducation orthoptique, principalement chez les sujet atteint de DMLA<sup>97</sup>. En cas de problème d'audition, il est possible de recommander au résident le port d'un appareil auditif pour corriger sa presbycusie et qu'il puisse, d'une part s'intégrer et communiquer plus facilement, mais également réduire les risques de chute qui y sont liés.

L'évaluation des capacités posturales peut s'effectuer facilement par le médecin sensibilisé à la prévention des chutes en utilisant des critères d'évaluation simples (antécédents de chute, présence de maladies neurovégétatives, troubles de l'équilibre et de la marche) pour identifier facilement et précocement les usagers à hauts risques. Ceux-ci devront faire l'objet d'une investigation approfondie au plan diagnostique, thérapeutique et de leur surveillance. Cependant, la recherche de l'hypotension orthostatique apporte parfois à elle seule une réponse positive face au risque de chute<sup>98</sup>.

Des tests simples (appui unipodal<sup>99</sup>, Test de Tinetti<sup>100</sup>, « get up and go »<sup>101</sup>) permettent d'évaluer l'instabilité posturale du patient. La réalisation de ces tests apparaît souhaitable lors du bilan de santé, au même titre que sont évalués l'état nutritionnel, les fonctions cognitives, le moral, l'autonomie, l'intégration sociale. L'intérêt d'une telle évaluation est de dépister la présence d'une incapacité à un stade suffisamment précoce pour mettre en œuvre une stratégie

---

<sup>96</sup> La consultation de prévention de la chute, La chute de la personne âgée, pp 273-284.

<sup>97</sup> Dégénérescence maculaire liée à l'âge, La chute de la personne âgée, pp 248-255.

<sup>98</sup> Chutes, syncopes et lipothymies, La chute de la personne âgée, pp 104-105.

<sup>99</sup> L'appui unipodal permet de noter la durée pendant laquelle une personne parvient à tenir en équilibre sur un pied avec, puis sans le contrôle de la vue. Un appui inférieur à 5 secondes constitue un facteur de risque.

<sup>100</sup> Le test de Tinetti comporte 13 épreuves. Certaines explorent le contrôle des afférences visuelles, d'autres font intervenir les propriocepteurs cervicaux et les récepteurs labyrinthiques, et d'autres étudient les réactions d'équilibrations.

<sup>101</sup> Le « get up and go » test permet d'étudier les transferts assis-debout, la marche et les changements de direction.

de prévention des chutes et proposer un éventuel réentraînement spécifique des réactions d'équilibration.

Les facteurs prédictifs de récurrence de chute sont également connus (maladies ostéoarticulaires, neurologiques ou cardio-vasculaires chroniques). Plus ces pathologies sont nombreuses et associées, plus le risque est important. L'existence d'une chute dans les trois mois précédents la visite, associée à l'impossibilité d'un relevé au sol spontané, un maintien unipodal de plus de 5 secondes impossible, l'arrêt de la marche lorsque le médecin fait parler le patient révèlent une insuffisance des aptitudes posturales du sujet, et un risque de récurrence important. L'interrogatoire de la personne âgée (et de son entourage) s'avère essentiel pour prendre connaissance d'éventuel antécédent de chute. Un médecin sensibilisé au risque de chute fera donc les explorations nécessaires lorsqu'il aura un doute sur l'existence de facteurs de risque de chute intrinsèques.

Le médecin veillera à réduire la surconsommation de médicaments et faire une revue critique des médications de ses patients. En effet, les interactions médicamenteuses dues à une polymédication et/ou une automédication prédisposent au risque de chute. En institution, il doit être possible de limiter ces risques car la distribution de médicaments est réalisée par des infirmières (à défaut par des aides soignantes lorsqu'il s'agit d'actes de la vie courante).

Il n'est pas question dans ce travail de détailler tous les moyens diagnostics à mettre en œuvre par le médecin pour dépister les facteurs de risque de chute chez une personne âgée, mais simplement d'évoquer la simplicité de l'application de certaines mesures. Il convient également de reconnaître que certains médecins s'y appliquent certainement dans les examens cliniques qu'ils pratiquent. Cependant, systématiser la recherche des facteurs de risque de chute chez un patient devant entrer en institution est une démarche qui s'oriente vers la recherche du maintien de l'autonomie du sujet âgé et qui constitue un plus dans la prise en charge, non seulement médicale, mais aussi globale de l'individu.

### □ *La coordination entre professionnels*

Une évaluation régulière et une surveillance continue du sujet à risque de chute doivent suivre cette première approche préventive faite au cours de la visite d'admission. La collaboration entre le médecin traitant du résident et le médecin coordonnateur doit être totale. Lorsque le patient présente des facteurs prédisposant au risque de chute, le(s) médecin(s) (coordonnateur et/ou traitant) ne doit pas hésiter à orienter le patient vers des professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, pédicure, podologue...). Un programme individuel de rééducation peut alors être établi. D'autant plus que le médecin coordonnateur a la charge de la coordination avec les autres prestataires de soins externes (libéraux, hôpitaux, cliniques, services d'aide à domicile...). En dehors du dépistage du risque de chute au cours de la visite d'admission, il doit veiller à la prise en charge après la chute (qui est parfois intervenue au domicile ou dans un service d'hospitalisation) et à éviter les risques de récurrence. Dans ce cas, une prévention associant traitement médical et réadaptation est nécessaire.

Si la personne âgée est victime du syndrome post chute, qui constitue une urgence en pratique médicale et en rééducation, une prise en charge rééducative spécifique permettra d'apporter une amélioration des aptitudes motrices avec un retour à l'état d'autonomie antérieur dans trois cas sur quatre. La rééducation<sup>102</sup> repose sur une approche globale et multidisciplinaire qui suppose une coordination entre médecins, équipe soignante, ergothérapeute et kinésithérapeute. Le sujet doit être sollicité dans toutes les activités de la vie quotidienne selon des schémas moteurs identiques par tous intervenants professionnels.

Dans un cadre moins dramatique de perte de confiance, de peur de tomber et de réduction des activités, mais, qui évolue parfois vers un syndrome dépressif, une psychothérapie de soutien devrait être proposée à toute personne âgée qui est restée au sol sans pouvoir se relever. Le but étant l'expression des affects à travers le récit répété de l'accident afin d'éviter le refoulement d'émotions intenses potentiellement destructurantes. L'écoute peut être offerte par un médecin ou un autre membre de l'équipe soignante, le kinésithérapeute, en l'absence de psychologue. La nécessité de structurer un soutien psychologique apparaît important pour offrir une écoute attentive à tous les sujets âgés victime d'une chute.

### □ *Les consultations de prévention de la chute*

La consultation de prévention de la chute<sup>103</sup> est un moyen d'aide supplémentaire auprès duquel il ne faut pas hésiter à prendre contact. La consultation spécialisée du CHU de Nîmes est de nature pluridisciplinaire, elle associe des médecins (gériatres, neurologues rééducateurs), ainsi que des infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, diététiciennes et assistante sociale. La population ciblée est représentée par les personnes âgées de plus de 65 ans ayant chuté ou à risque de chute, avec une condition médicale stable. Une évaluation initiale est réalisée et les conclusions sont communiquées à la personne âgée ainsi qu'à son médecin traitant une fois le bilan achevé. Elles peuvent comporter diverses propositions : actions au niveau de certaines pathologies, aménagement de l'environnement, participation à un programme d'activation physique en groupe, conseils personnalisés en matière d'hygiène. Ces consultations travaillent en collaboration totale avec le médecin traitant de la personne âgée. Il est donc tout à fait concevable que le médecin coordonateur d'un EHPAD fasse appel à ce type de service lorsque l'examen clinique qu'il a réalisé auprès du résident révèle des facteurs de risque de chute imminents.

Ce type de structure n'existe pas dans tous les départements. En Ille et Vilaine, le CHU de Rennes dispose d'une consultation gérontologique, mais celle-ci s'oriente plus précisément vers le dépistage de la maladie d'Alzheimer et des pathologies présentant des déficiences cognitives. Cependant, au cours du bilan initial, l'examen clinique prend en considération l'évaluation spécifique de l'instabilité posturale s'il s'agit de la cause principale de la recommandation du médecin traitant vers la consultation.

Les fonctions du médecin sont primordiales pour le dépistage des facteurs de risque de chute au cours de la visite d'admission et du suivi médical. La mise en œuvre de programmes individuels de prévention et/ou de rééducation s'effectuent à ce stade. Néanmoins, une prise en charge globale de la personne âgée doit intégrer tous les acteurs institutionnels. La collaboration et la sensibilisation de l'équipe de soins constituent les autres éléments de base de la réussite d'une politique de prévention du risque de chute en institution.

---

<sup>102</sup> Le syndrome de régression psychomotrice, La chute de la personne âgée, pp 108-111.

<sup>103</sup> La consultation de prévention de la chute, La chute de la personne âgée, pp 273-284.

Consultation pluridisciplinaire de la chute, avec évaluation en hôpital et en situation de vie : l'expérience lilloise à trois ans, La chute de la personne âgée, pp 283-289.

## **2. LE PERSONNEL**

### **2.1 La sensibilisation du personnel**

Le médecin coordonnateur devrait avoir un rôle d'information et formation par la sensibilisation à la gérontologie des médecins libéraux, paramédicaux ou salariés. Il semble donc évident, qu'à ce titre il puisse élaborer un programme de sensibilisation sur le risque de chute des personnes âgées hébergées en institution.

*Une réflexion collective et une information du personnel* sur le risque de chute constituent les bases de ce type de programme. Une sensibilisation peut se faire à partir de plaquettes d'information, de cassettes vidéo, d'échange avec le personnel. Une étude de terrain succincte répertoriant le nombre de chutes survenues dans les 6 derniers mois ou l'année précédente est un excellent moyen pour faire prendre conscience du problème.

A l'Hôpital Local de Grand Fougeray, j'ai fait part des résultats de l'étude présentée en première partie de ce mémoire aux surveillantes et aux médecins présents en commission médicale d'établissement. Les résultats ont surpris par l'importance du problème, mais, ils n'ont pas soulevé la volonté délibérée de lutter contre le risque de chute, chacun à son niveau, considérant que le maximum était déjà fait. C'est à cette occasion que je me suis aperçue de l'ampleur du travail qui restait à faire. Il ne me semblait, alors, pas opportun de mobiliser le personnel soignant pour leur faire part des résultats étant donné, d'une part, que les médecins et les surveillantes ne souhaitaient pas s'investir, et d'autre part, qu'aucun moyen de s'impliquer ne leur était proposé. J'ai pris conscience, que, pour qu'une politique de prévention du risque de chute réussisse, cela demandait du temps et de la préparation, pour conduire à une réflexion collective et une implication des professionnels concernés dans la prise en charge des résidents.

Sur mon initiative, le mardi 9 mai 2000, une réunion d'information sur le thème de « la prévention des chutes du sujet âgé » a été organisée à l'Hôpital Local de Grand Fougeray. Cette conférence était ouverte au public (résidents compris), aux professionnels médicaux, médico-sociaux internes et externes. Une campagne de communication par voie de presse, affiches et invitations a été élaborée. Cette conférence associait :

- un médecin gériatre chargé de traiter des problèmes médicaux liés aux causes et conséquences des chutes,
- un attaché d'éducation (service Info-Santé) de la CRAM de Bretagne qui consacrait son intervention aux risques environnementaux et à l'aménagement de l'habitat,
- la chargée de mission par le comité régional de gymnastique volontaire pour le développement des « ateliers équilibre » sur la région Bretagne.

Le succès cette après midi d'information fut décevant bien que, de part leurs expériences, les intervenants considéraient que qu'un public de cinquante personnes était très honorable pour ce type de conférence. La participation du personnel a été minime. Il n'y eut donc que peu de retour au niveau des services. Cette expérience m'a conforté dans l'idée que le rôle mobilisateur des responsables de service est essentiel pour initier l'intérêt des personnels. Ainsi, le directeur (ou directeur stagiaire) se trouve isolé dans sa démarche s'il n'est pas parvenu à convaincre les responsables de service de l'intérêt du projet. Je suis plus interrogative pour ce qui concerne les médecins qui souhaitent préserver leur indépendance par tous les moyens. Il est à souhaiter que la mise en place du médecin coordonnateur dans les EHPAD puisse apporter un soutien aux démarches de la direction lorsqu'il s'agit d'apporter une amélioration dans la prise en charge de l'utilisateur.

Après cette première approche sur le terrain, il me reste à envisager les mesures à mettre en œuvre après que le directeur et le médecin coordonnateur se soient associés pour la mise en place d'une sensibilisation du personnel au problème des chutes dans l'institution. Une cellule de réflexion peut être créée au sein de l'établissement, regroupant un chef de projet (responsable de service) et des agents intéressés au problème. Un travail d'analyse des organisations internes me semble capital afin d'élaborer des actions concrètes d'amélioration des prises en charge des usagers.

En effet, même s'il ne montre pas un intérêt immédiat au problème des chutes, le personnel soignant conçoit la survenue d'une chute d'un résident comme un défaut dans sa prise en charge. Le sentiment de culpabilité est souvent profond et les justifications nombreuses (manque de personnel, inadaptation de l'environnement...). La cellule de réflexion dont les travaux portent sur les organisations et les pratiques professionnelles devrait faire des critiques et proposer des mesures pour réduire le nombre de chute mais elle jouerait également un rôle

important pour dédramatiser et déculpabiliser les agents. Les décisions définitives sont prises en concertation avec la direction, le médecin, les responsables, l'ensemble des personnels.

*La programmation au plan de formation* de sessions de formations pour ces personnels doit être prévue afin de les conforter dans leurs actions. De nombreux organismes de formation proposent des sessions de formation sur le thème de la gérontologie et de la prise en charge du sujet âgé. La prévention des chutes est parfois intégrée à leurs programmes. Des associations organisent des programmes spécifiques. Ainsi, le Club Européen de la Santé<sup>104</sup> propose dans le cadre d'un programme « ni choir, ni déchoir » des journées de formation gratuites adressées aux professionnels intervenant auprès de personnes âgées. Ce type de formation doit faire partie du plan de formation annuel et pluriannuel des établissements. La formation d'un animateur en vue de la mise en place d'un atelier équilibre doit également être envisagée dans ce cadre. La sensibilisation du personnel doit malgré tout être renouvelée régulièrement, afin de ne pas banaliser la chute et de remobiliser les énergies.

## 2.2 Organisation du service et remise en question des pratiques professionnelles

Après qu'une évaluation du risque de chute a été effectuée au cours de la visite d'admission, il s'agit d'individualiser la prise en charge en tenant compte des éléments dépistés. Pour cela, la mise en place d'une nouvelle organisation peut être une solution. Le médecin coordonnateur, chargé d'élaborer le projet de soins, intervient également dans la définition du projet de vie. Les priorités de la politique de l'établissement et leur programmation sont définies à travers ces outils. Il convient donc d'y préciser les orientations choisies en matière de prévention des chutes.

Le médecin coordonnateur constitue un appui pour l'équipe infirmière et l'ensemble des soignants. De ce fait, sa participation à l'élaboration du dossier de soins infirmier est

---

<sup>104</sup> La prochaine journée d'étude du Club européen de la santé aura lieu le 23 octobre 2000, le thème est « La prévention de la chute en établissement : Coûts et enjeux ».

systematique. Les supports d'information (dossiers de soins et déclarations de chute<sup>105</sup>) doivent être développés pour que la chute ne soit plus un simple constat mais un outil de réflexion médico-organisationnel sur le phénomène des chutes, l'objectif étant, une meilleure connaissance des circonstances dans la survenue des chutes et un meilleur suivi de leurs conséquences. La réalisation d'une fiche de recueil d'information est nécessaire pour pouvoir analyser les circonstances de chaque chute, les répertorier et connaître les chuteurs occasionnels et les récidivistes. Un nouveau dossier de soins doit être mis en place dans les services de l'Hôpital Local de grand Fougeray au dernier trimestre 2000. Il serait intéressant qu'à cette occasion il puisse prendre en considération le risque de chute, le recueil d'information sur les circonstances des chutes et le suivi du résident chuteur.

Le personnel doit être incité à adopter des attitudes appropriées à chaque situation de travail, et non de se référer à une règle générale. Les efforts pour poursuivre l'individualisation de la prise en charge sont également appuyés par la mise en place du référent dès l'admission. La responsabilisation de chaque agent s'avère à mon avis fondamentale pour que l'implication dans la politique de prévention soit maximale en vue de lutter contre la perte d'autonomie. Par conséquent, la remise en question des mauvaises pratiques doit être réalisée. Il a été constaté que la mauvaise perception du risque par le personnel soignant lors du déplacement des résidents et le manque de vigilance pouvait favoriser l'accident. On sait également que les chutes sont plus nombreuses à certains moments de la journée ou de la nuit. Certains modes d'organisation, responsables d'un manque de disponibilité (notamment lors des périodes postprandiales des résidents) doivent donc être réétudiés pour que le personnel présent soit plus nombreux et plus vigilant à ces moments critiques.

Parfois, il s'agit d'une mauvaise adéquation entre les impératifs d'entretien du service (sols mouillés) et la nécessaire circulation des usagers sont à l'origine de chutes. Il convient alors d'aménager des horaires différents pour l'entretien des circulations notamment ou d'établir une procédure de nettoyage laissant un espace non glissant autorisant les déplacements des résidents.

Certaines pratiques élémentaires peuvent également limiter le risque de chute de certaines personnes âgées. Ainsi, laisser les veilleuses allumées, vérifier le positionnement des sonnettes,

---

<sup>105</sup> Annexe 6 : le formulaire de déclaration de chute du CHU de Nancy , Annexe 7 : le questionnaire complémentaire à la déclaration de chute.

bloquer les freins du mobilier à roulette, mettre en position basse les lits à hauteur variable, sont autant de moyens simples qui apportent une sécurité aux usagers. Une check list peut d'ailleurs être établie pour systématiser cette démarche. Le personnel doit aussi être particulièrement attentif à l'habillement et du chaussage des résidents car ils sont souvent facteur de risque de chute. Les recommandations doivent être diffusées auprès des familles afin qu'elles évitent d'acheter les vêtements et/ou chaussures déconseillées mais qu'elles se procurent les produits adéquats .

L'information pour utilisation des appareillages doit être régulièrement renouvelée auprès des résidents équipés afin qu'ils évitent de prendre de mauvaises habitudes. Il en est de même pour l'utilisation des équipements électriques qui doivent être bien assimilés pour réduire les risques de chute. Le personnel doit veiller à adapter l'environnement des espaces privés de chaque résident en rapport à ses handicaps.

Quel que soit les moyen mis en œuvre, il s'avère nécessaire d'effectuer des évaluations régulières ainsi que des réajustements si besoin. Certaines pratiques professionnelles soulèvent des problèmes récurrents de forte sensibilité et qui ne peuvent être résolus que une réflexion collective.

### 2.3 Le problème de la contention<sup>106</sup>

Dans le cadre d'une politique de prévention du risque de chute, la réflexion sur le mode de prise en charge du résident doit intégrer la dimension éthique du droit au risque pour l'usager. Pour justifier le refus du risque, et la pratique de la contention, les équipes et les familles invoquent en général le principe de la responsabilité envers la personne âgée. Le problème se pose surtout lorsque des situations imposent de choisir entre la privation de liberté et la non-assistance à personne en danger.

---

<sup>106</sup> La contention consiste à restreindre de façon plus ou moins sévère les initiatives motrices d'un individu. Les méthodes de contention physique font appel à des procédés variés : liens, attaches, bracelets, vestes, harnais, ceinture, barre de sécurité...

Les contentions et les dispositifs de protection sont-ils utiles pour les multi-chuteurs, La chute de la personne âgée, pp 318-327.

La décision d'appliquer une technique de contention sans concertation est à proscrire et ne doit pas être laissée à l'initiative individuelle. Il s'agit d'un mouvement de disqualification envers la personne âgée, surtout lorsqu'elle présente des altérations mentales. Il se trouve que l'emploi des contentions est associé à un risque accru de chute notamment chez les résidents à la fois confus et capables de déambuler. En aucun cas, des moyens de contention ne doivent être utilisés de façon systématique pour limiter les risques de chutes. Ce moyen est associé au contraire à une augmentation du nombre des récidives et de la gravité des chutes conduisant à long terme à une grabatisation. Par exemple, la mise en place de barrières ne diminue aucunement la fréquence de chutes à partir du lit mais peuvent en accentuer la gravité.<sup>107</sup> Il apparaît également que la contention majore les états de confusion et d'agitation et infligent à ceux qui les subissent des souffrances morales.

Il convient donc de légitimer le professionnel dans sa prise de risque et cela passe par la concertation. Pour se substituer à la pratique de la contention il apparaît essentiel de veiller à la bonne organisation du service, à la surveillance adaptée, bonne appréciation des besoins et à l'individualisation des mesures à prendre. Cependant, une action éducative isolée des soignants est insuffisante pour parvenir à limiter cette pratique. Il faut y associer des interventions directes au sein des services. Ces mesures s'avèrent efficaces dans 40 à 90% des cas.<sup>108</sup> L'impact des modifications de comportement sur l'incidence des chutes est certain. Il n'a jamais été observé d'augmentation de chutes responsables de blessures sérieuses même si le nombre total de chutes n'a pas été obligatoirement réduit.

Une éducation et une sensibilisation du personnel associé à une évaluation du risque de chute de la personne âgée au moyen d'outils validés ainsi que l'analyse des principales situations à risque sont les solutions envisageables dans un service. A ce niveau le médecin coordonnateur joue un rôle fondamental. Il doit proposer des alternatives à la pratique de la contention en insistant sur l'individualisation de la prise en charge des résidents et sur la réflexion et concertation d'équipe avant toute prise de décision.

---

<sup>107</sup> Cf. note n° 106.

<sup>108</sup> Cf. note n° 106.

## 2.4 La prévention chez les sujets atteints de déficience psychique

Les risques de chute sont majorés chez les personnes âgées atteintes de déficiences psychiques<sup>109</sup>. La déambulation incessante de certains sujets, est sans doute le principal facteur de risque de chute. Ce public, affaibli dans ses capacités cognitives est particulièrement difficile à toucher par tout type de prévention. Leurs difficultés de compréhension sont des barrières souvent infranchissables et qui les rendent hermétiques à tout conseil. La vigilance des soignants est la meilleure des préventions qui peut leur être apportée. La création d'unités spécifiques pour les sujets désorientés peut être une solution. En effet, une prise en charge dans une unité appropriée permet la déambulation libre dans un espace sécurisé et lève une grande partie de l'angoisse et de l'agressivité. De plus, la surveillance est plus facile pour le personnel dans une petite unité car les espaces sont réduits, et les personnes âgées sont le plus souvent concentrées dans un lieu de vie convivial. Il convient cependant de rester vigilant et de préciser dans le projet de vie des unités pour personnes âgées désorientées les mesures préventives existantes pour limiter ce risque.

Dans un service, il s'agit d'adapter les pratiques aux priorités de la prise en charge quotidienne de l'utilisateur. Les résistances au changement sont toujours vives au début, mais l'information, la pédagogie et le désir d'apporter une prise en charge de qualité à la personne âgée font tomber ces barrières. Il est cependant indispensable de remobiliser les énergies régulièrement pour atteindre l'objectif fixé. La mise en place dans l'établissement de mesures préventives collectives est également un support non négligeable à la politique de prévention du risque de chutes.

## **3. LES PROGRAMMES COLLECTIFS DE PREVENTION**

L'information et la sensibilisation au problème des chutes du sujet âgé doivent s'orienter également vers le principal intéressé le résident (et son entourage). Pour ce faire, il s'agit de faire prendre conscience (sans dramatiser), qu'une chute peut survenir même en établissement malgré la surveillance et toutes les mesures prises. A cette occasion, il peut leur

être proposé des programmes de prévention. Ces programmes relèvent d'une prévention primaire, secondaire ou tertiaire en fonction du public auquel ils s'adressent.

### 3.1 L'éducation nutritionnelle

Un programme d'éducation nutritionnelle, qui est rarement rattaché au cadre très spécifique de la prévention globale des chutes et de leurs conséquences, me semble une initiative intéressante. Ce type de programme est l'occasion d'impliquer le service des cuisines à la politique de prévention des chutes de l'établissement. Une formation du personnel peut parfois être utile dans un premier temps. Je considère que l'organisation de ce type de prestation est une occasion d'impliquer des professionnels qui se sentent parfois éloignés du public hébergé par l'application de la réglementation rigoureuse exigée à la restauration collective. Ils en perdent parfois le sens de leur travail et les missions de l'établissement. Leur implication et leur responsabilisation et ne peut être qu'un atout supplémentaire pour améliorer la communication interne. Le mode d'intervention peut se faire sous la forme de réunions dégustatives à thèmes mais toutes les formes d'organisation sont envisageables dans la mesure où l'objectif reste le même. L'information destinée aux personnes âgées sur la prévention nutritionnelle devra insister sur l'importance des repas et de leur équilibre. Il s'agit d'un moyen intéressant pour leur permettre d'être actrices de leur propre santé.

### 3.2 La pratique d'une activité physique

Un programme d'activités physiques est un moyen ludique pour inciter les personnes âgées à faire de l'exercice. Les activités physiques d'entretien existent déjà dans un certain nombre d'établissements mais elles ne sont pas formalisées dans le cadre de la prévention des chutes. La maison de retraite doit être un lieu de prévention des chutes par la promotion d'une activité physique adaptée à l'état physique de l'usager. Pour les plus valides, des programmes d'exercices d'entretien musculaire, du travail de la sensibilité profonde et de la rééducation des troubles de l'équilibre.

---

<sup>109</sup> Les troubles du comportement et risque de chute chez les patients déments, La chute de la personne âgée, pp 123-128.

Les sujets dont l'état fonctionnel est le plus altéré ont une mauvaise perception de leur capacité à assurer d'une manière autonome les activités de la vie quotidienne, principalement la mobilisation. Ils dépendent davantage des soignants mais ils prennent le risque de se lever et de se déplacer seuls. Ce sont souvent des chuteurs récidivistes. Il est important de leur proposer des programmes d'éducation centrés sur l'apprentissage et la qualité des transferts (apprentissage au lever), la bonne utilisation des aides techniques (fauteuil roulant, canne, déambulateur, lit électrique). Le concours de kinésithérapeutes peut être une aide précieuse car ceux-ci sont sensibilisés au problème de la chute chez la personne âgée, mais, ils rencontrent des difficultés pour obtenir une nomenclature des actes gériatriques ce qui limite leur action à ce niveau.

Un des principes fondamentaux de toute stratégie de prévention des chutes est *l'encouragement à la pratique d'activité physique et à la rééducation de l'équilibre*. Plusieurs études ont montré qu'il était possible d'améliorer objectivement les capacités posturales des personnes valides après quelques semaines d'entraînement. La campagne de la CRAM de Bretagne « L'équilibre où en êtes vous ? » propose notamment le développement des « ateliers équilibre ». Il s'agit de former des concepteurs de projet qui devront organiser le partenariat nécessaire à la mise en place et au financement des ateliers équilibre, des animateurs responsables d'ateliers qui assureront le fonctionnement des ateliers équilibre et leur animation et des aidants à l'équilibre au quotidien.<sup>110</sup>

Un atelier équilibre est une réponse ponctuelle, limitée dans le temps, qui nécessite une évaluation de départ et une évaluation finale. Son fonctionnement doit respecter certaines règles car il s'agit d'un programme labellisé par la CRAM de Bourgogne<sup>111</sup>. Le programme est basé sur des exercices d'assouplissement articulaires (spécialement les chevilles), le renforcement musculaire du tronc et des ceintures, travail proprioceptif des membres inférieurs, stimulation des réactions « parachutes » après déséquilibre provoqué, jeux d'adresse et de coordination ainsi que sur l'apprentissage du relevé au sol. L'Hôpital Local de Grand Fougeray souhaite s'engager dans cette démarche, la formation du kinésithérapeute et de l'animatrice sont prévues aux prochaines sessions de formation.

---

<sup>110</sup> Le réseau de la Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV) a été chargé des stages de formations.

<sup>111</sup> Prévention primaire et secondaire : l'expérience bourguignonne, La chute de la personne âgée, pp 298-303.

D'après certaines études, la pratique du Tāi chī<sup>112</sup> s'est montrée le moyen le plus efficace dans la réduction du risque de chute. Il serait intéressant que cette pratique se développe en institution, mais il semble nécessaire de former des animateurs ou professionnels capables d'enseigner cette gymnastique chinoise qui promouvoit l'équilibre intérieur et la libération de l'énergie.

Il est également possible d'envisager l'aménagement d'un parcours de santé dans les établissements qui disposent d'un parc. Il s'agit d'un moyen ludique et utile qui permet de programmer des entraînements de maintien de la condition physique de l'équilibre tout en favorisant les sorties en extérieur.

En définitive, on peut reconnaître que les programmes de prévention sont efficaces même s'ils ne font pas totalement disparaître totalement le risque de chute. En effet, de nombreuses études ont montré qu'il était possible d'améliorer l'équilibre, la marche, la force musculaire par des programmes ciblés. S'ils sont associés à un suivi médical éclairé, une sensibilisation des personnels et une adaptation de l'environnement, on peut supposer que la diminution du nombre de chutes est conséquente. Malgré tout, les résultats obtenus sur le nombre de chutes sont parfois décevants<sup>113</sup>. Certaines études<sup>114</sup> pourtant signalent des résultats encourageants. Ainsi, un programme de prise en charge des chuteurs comportant une amélioration de l'environnement, du comportement sécuritaire du personnel, l'utilisation de fauteuils roulants, une surveillance des prescriptions de psychotropes, des transferts et de la déambulation a permis de réduire l'incidence des chutes de 31%, le nombre de chuteurs récurrents de 54%, des hospitalisations de 26%, et de diminuer la mortalité. Quoiqu'il en soit, la démarche est extrêmement positive, parce qu'elle positionne l'utilisateur en son centre et que toutes les énergies convergent vers le même objectif : améliorer la qualité de prise en charge de chaque résident afin de lutter contre la perte d'autonomie. Il ne faut toutefois pas oublier que la finalité de toutes ces interventions de prévention, de diagnostic, de thérapie, et de soins auprès des personnes âgées est de les aider à accéder à la meilleure qualité de vie possible et que leur accord doit être un préalable à toute décision.

---

<sup>112</sup> Le tāi chī est une pratique taïïste de mouvement corporels selon un enchaînement continu, lent et extrêmement précis.

Prévenir les chutes des sujets âgés, synthèse de la littérature, La Revue prescrire, mars 1997.

<sup>113</sup> Prévention de la chute en institution, La chute de la personne âgée, pp 374-379.

<sup>114</sup> Santé et maison de retraite, La Lettre mensuelle de l'année gérontologique, n°98, octobre 1999.

## CONCLUSION

L'accueil d'une personne âgée en EHPAD ne constitue pas une protection totale contre le risque de chute. A partir d'une étude de terrain provenant de mon terrain de stage, il m'est apparu évident que l'ampleur du problème nécessitait une attention particulière. En effet, les conséquences de ces chutes sont dramatiques pour la population âgée puisqu'elles conduisent insidieusement vers le cycle de la dépendance. Les répercussions sur la qualité de vie des dernières années sont donc majeures.

De plus, au regard de ses missions, un EHPAD doit offrir un cadre sécurisé et protégé à ses usagers. Les discours politiques actuels à l'égard du public âgé convergent en ce sens. Il existe une cette volonté affirmée d'offrir aux anciens une prise en charge individualisée basée sur l'évaluation de leurs besoins en rapport à leur état de dépendance. La réforme de la tarification des EHPAD en est la traduction.

Un autre aspect à considérer concerne les coûts directs ou indirects que ces chutes occasionnent. La survenue d'une chute constitue un tournant dans l'état de santé d'une personne âgée. De fait, la consommation de bien et services médicaux chez les sujets âgés chuteur sont supérieurs à ceux des sujets non chuteurs et produisent une augmentation de la charge de travail des personnels. Les conséquences économiques sont donc à prendre en considération. Par conséquent, faire bénéficier les personnes âgées d'une politique d'intervention, qui outre la réduction du nombre de chutes, est également génératrice d'une diminution de coût pour l'établissement et l'assurance maladie.

En préalable à la mise en œuvre d'une politique de prévention des chutes, la connaissance du problème s'avère être une étape fondamentale pour comprendre l'ampleur du phénomène. La compréhension nécessaire du processus des chutes chez le sujet âgé ne peut intervenir qu'à travers la mise en évidence des principales causes et des caractéristiques prédominantes des facteurs de risque impliqués. Ensuite, l'élaboration d'une politique institutionnelle de prévention constitue le résultat d'une mobilisation et d'un travail de réflexion basé sur l'évaluation de la réalité du problème dans la vie quotidienne de l'utilisateur,

sur l'organisation et les pratiques professionnelles et sur la recherche de solutions adaptées, tant au niveau individuel que collectif. Les propositions avancées en matière de prévention sont diverses et parfois d'une simplicité élémentaire.

Certaines des mesures préconisées ont été testées sur mon lieu de stage, notamment la diffusion des résultats de l'étude de terrain aux médecins en CME et l'organisation d'une réunion d'information et de sensibilisation. Ces occasions m'ont permis de réaliser la difficulté qu'il existe parfois à mobiliser des professionnels pour les impliquer dans une stratégie de projet et de prévention. Je regrette de n'avoir pas pris conscience de cet obstacle suffisamment tôt pour initier un programme de sensibilisation plus intense. Toutefois, ces modestes actions n'ont pas été sans quelques influences positives. En effet, l'élaboration du projet d'établissement de l'Hôpital Local intégrant le projet de vie, projet de soins, projet médical ont retenu l'idée de la prévention des chutes comme l'une des actions de prévention à développer. De plus, la restructuration imminente du secteur hébergement accompagnera l'établissement dans une phase de transformation importante. Parallèlement, les obligations réglementaires en matière d'accréditation et de réforme de la tarification des EHPAD impliqueront certainement des remises en question organisationnelles. Je souhaite que cette approche en matière de prévention des chutes produise une première de prise de conscience du problème dans l'établissement avant l'application de mesures préventives plus intensives.

Je présume que les établissements saisiront l'opportunité de la réforme de la tarification et de la création du poste de médecin coordonnateur pour conduire une réflexion collective sur la prise en charge globale du résident. Bien que les textes recommandent cette démarche par une évaluation, la signature des conventions tripartites sera une étape décisive qui guidera l'engagement des établissements dans un processus actif d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Cette réforme invite également les EHPAD à s'inscrire dans un réseau gérontologique pour développer les complémentarités entre les structures et les acteurs du réseau local médico-social. Cette orientation m'apparaît essentielle et pourrait être un outil supplémentaire pour le développement d'une politique de prévention des chutes sur un secteur gérontologique.

L'un des intérêts de ce travail a été d'occulter provisoirement les fonctions purement administratives et de gestion d'un directeur stagiaire, pour approcher des problèmes de la réalité de la vie quotidienne, ce qui constitue l'essence même de la fonction de direction. L'utilisateur est au cœur du fonctionnement d'un établissement, toutes les énergies et toutes les

actions prioritaires doivent converger vers lui. Lorsqu'un problème se révèle, il apparaît fondamental de s'y arrêter, et d'examiner les moyens à mettre en œuvre pour le résoudre. C'est cette démarche qui m'a conduite à cette étude sur la prévention du risque de chute. Ce travail a été d'autant plus intéressant que l'application prochaine de la réforme de la tarification offre des perspectives nouvelles aux EHPAD. En effet, cette recherche m'a permis de confronter la réalité d'un problème de terrain aux réglementations imposées aux établissements. A ce niveau, l'avenir me semble prometteur en potentialités et en perspectives d'actions. Il s'agit cependant de mobiliser et sensibiliser tous les acteurs pour parvenir à créer un consensus entre tous les partenaires dans l'objectif de collaborer et d'œuvrer dans une même direction.

Cette réflexion sur la prévention du risque de chute réalisée à l'Hôpital Local de Grand Fougeray n'a été qu'une mission secondaire au cours de mon stage de 10 mois. Toutefois, il me semble que cette approche a été riche d'enseignements et m'a permis d'aborder la notion de « stratégie de projet » et des difficultés qui s'y attachent. La richesse de cette première expérience se révélera au cours de mes prochaines fonctions en tant que directeur d'établissement sanitaire et social.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

BRAMI G., La nouvelle tarification des établissements pour personnes âgées, Nancy, 2000, Editions Berger-Levrault, collection Repère Age

DEHAN P., L'habitat des personnes âgées, Evreux, 1997, Editions Le Moniteur, collection techniques de conception

HENRARD J.C., ANKRI J., Grand âge et santé publique, Rennes, 1999, Editions ENSP

FORCET J.M., BAZELLE M.L., Sortir la personne âgée de son isolement, le rôle de l'institution (re)socialisante, Cahors, 1999, Editions Frison Roche, collection ADCIFOR

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La santé des français, Condé-sur-l'Escaut, 1995, Editions La découverte, collection Repères

JACQUOT J.M., STRUBEL D., PELISSIER J., La chute de la personne âgée, Paris, 1999, Editions Masson, collection Problèmes en Médecine de Rééducation

RACINE G., La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Condé-sur-Noireau, 2000, Editions Berger-Levrault, collection Repère Age

VERCAUTEREN R., CHAPELEAU J., Evaluer la qualité de la vie en maison de retraite, Toulouse, 1995, Editions Eres, collection Pratique du champs social

## *PERIODIQUES ET REVUES*

BADEY-RODRIGEZ C., L'entrée en institution des personnes âgées, Bulletin juridique de la santé publique n°6, avril 1998, pp 7-10

BOURDREAU J., La prévention des effets du vieillissement, Gérontologie n°97, 1996-1, pp 9-14

DARGENT - MOLINA P., BREART G. : Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1995, Vol 43, pp 72-83

DURAND-GASSELIN B., SEMBACH N., DAVIDO A., Malaises et chutes des sujets âgés, Concours Médical, octobre 1998, 120- 35, pp 2465-2469

DUVAL C., SALOMON L., Accidents des personnes âgées-La chute n'est pas une fatalité, La Revue du Praticien, Tome 9 - n°293, avril 1995, pp 31-35

DUVAL C., LEBRUN E., NECTOUX M., Accidents des personnes âgées : le grand coupable reste la chute, La Revue du Praticien, Tome 13, n°468, septembre 1999, pp 1289-1292

GRENIER-SENNELEER C., MAILLET-GOURET M.C., RIBET-REINHART N., JENY-LOEPER C., MINVIELLE E., Mise en place d'un Programme d'Assurance de la Qualité afin de prévenir les chutes des personnes hospitalisées dans un établissement de soins de suite et de réadaptation, La Revue de Gériatrie, Tome 23, n°4, avril 1998, pp 303-316

GUEZ M., 845 000 séjours hospitaliers annuels sont dus à des accidents de la vie courante, Solidarité santé Etudes statistiques, n°2, 1997, pp 49-59

HALBRAND V., Une aide personnalisée à l'autonomie pour remplacer la PSD ? , Actualités sociales hebdomadaires, n°2167, mai 2000, pp 13-16

HENRARD J.C., Du rapport Laroque à la loi sur la prestation spécifique dépendance, *Gérontologie et société* n°81, juin 1997, pp 43-55

JACQUOT J.M., STRUBEL D., DI CASTRI A., HEMMI P., Vie quotidienne et prévention des chutes chez les personnes âgées, *La Revue du Praticien*, Tome 8, n°270, octobre 1994, pp 55-60

KUNTZMANN F., Ethique, grand âge et société aspect médicaux, *Gérontologie et société*, n°53, juillet 1990, pp 87-91

LACOUR M.C., Prévention des chutes, actions de terrain en Ile de France, *La Santé de l'Homme*, n°332, novembre-décembre 1997, pp XI-XII

LEGRAND M., Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ? , *Gérontologie et société* n°81, juin 1997, pp 161-171

MARTIN-HUNYADI C., HEITZ D., DEMUYNCK C., STRUBEL D., KUNTZMANN F., Troubles de la marche du sujet âgé, *La Revue de Gériatrie*, Tome 23, n°8, octobre 1998, pp 741-747

MATHIEU A.M., L'éthique de l'entrée en institution, *Gérontologie* n°101, 1997-1, pp 9-12

MICHEL M., SIPOS I., MALO P.Y., DONNIO I., LEROUX C., Du droit au risque chez les personnes âgées potentiellement chuteuses, *La Revue de Gériatrie*, Tome 23, n°10, décembre 1998, pp 913-916

NICOLAS L., COUTURIER P., RABENASSOLO S., CIVALLERI C., FRANCO A., Facteurs environnementaux de la chute en maison de retraite, *La Revue de Gériatrie*, Tome 24, n°4, avril 1999, pp 263-270

PACAUD M., L'équipe en maison de retraite : mythe ou réalité ? , *Gérontologie* n°101, 1997-1, pp 33-39

PERDIEL G., L'éclairage confort et sécurité, *Décideurs*, n°30, avril 2000, pp 17-19

PETER B., Ethique et habitat institutionnel, *Gérontologie et société*, n°53, juillet 1990, pp 106-108

PFIFTZENMEYER P.(sous la direction de), La chute chez le sujet âgé, *Impact Médecin Hebdo*, n°451, mai 1999, pp I-XXII

PIOU O., Le projet de vie, un référentiel qualité en gérontologie, *Revue Hospitalière de France*, n°2, mars-avril 1999, p 49

POL-ROUX S., DOBIGNY-ROMAN N., ABRAHAMIK A., Problématique de l'évaluation clinique des troubles de l'équilibre, *Gérontologie Pratique*, n° 77, mai 1996, pp 1-4

QUADRI P., LOEW F., BELLI L., MASCETTI C., Les chutes survenues chez le sujet âgé hospitalisé : du risque à la prévention, *La Revue de Gériatrie*, Tome 24, n°1, janvier 1999, pp 23-28

SARAZIN I., Pour une nouvelle approche de la dépendance, *Actualités sociales hebdomadaire*, n°2135, octobre 1999, pp 5-6

TOUSSAINT B., Prévenir les chutes des sujets âgés, *La Revue Prescrire*, mars 1997, Tome 17, n°171, pp 202-204

*Actualités sociales hebdomadaires*, n°2089, octobre 1998, Le Comité consultatif d'éthique plaide pour un « plan gérontologie », p 8

La lettre de jurisprudence commentée, n°2, juin 2000, Chutes de patients, pp 4-6

La Lettre Mensuelle de l'Année Gérontologique, *Santé et Maison de Retraite*, N° 98 - MR 54, octobre 1999, pp 11-12

### **Actes de Colloques**

Club Européen de la Santé, Colloque des 22-23 juin 1998, « Ni choir ni Déchoir » permettre de vieillir bien et debout : La chute et les approches psychosociales du vieillissement

## **Référentiels de qualité gérontologique**

Référentiel Qualité des établissements hébergent des personnes âgées dépendantes, Conseil Général d'Ille et Vilaine, janvier 2000

Référentiel de certification de services établissements pour personnes âgées, FNACPPA, Qualicert

MARTHE / DAS et ENSP / Document de travail/14/02/2000, Conduire une autoévaluation au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

## **Documents divers**

Bilan d'évaluation de la campagne « L'équilibre où en êtes-vous ? », CRAM de Bourgogne et de Franche Comté, mars 1997

Charte de la personne âgée dépendante, Fondation Nationale de Gérontologie, 1987

Contrat d'Assurance Qualité 1998, CHU de Nancy, Prévention des chutes et des patients adultes, janvier 2000

Dossier CNAV, Etablissements d'accueil pour personnes âgées, recommandations techniques et participation financière

Dossier Etudes et Statistiques, Enquête sur les accidents de la vie courante de 1987 à 1994, n°38, août 1997, CNAMTS

Mission MARTHE, Rapport d'exploitation au 5 novembre 1999, Qu'est-ce qu'il dit ERNEST, premiers enseignement tirés de l'exploitation de l'« échantillon représentatif national d'établissement pour simuler la tarification »

Statistiques sur les causes médicales de décès 1995, INSERM