

Rapport des soins - 2023

Comme chaque année, que de chiffres.

Et si nous les faisons « parler » ou plutôt, pouvons-nous essayer de porter un éclairage, une lecture circonstanciée sur un relevé qui nous interpelle, celui du nombre de chutes.

59 résidents accompagnés durant l'année, 86 chutes recensées.

Nous travaillons avec un dossier de soins informatisé. Ce dossier, en plus de tout l'aspect médical que comporte notre activité, sert à la traçabilité de nos tâches et des événements qui jalonnent la vie des résidents. On y trouve en tout premier lieu les données administratives et surtout le recueil de données qui nous est utile pour connaître et comprendre les attentes de chacun. Y sont relevés les consultations médicales qui débouchent généralement à des prescriptions, médicaments, injections..., les suivis des pansements, des entretiens, les transmissions ciblées, les suivis en physiothérapie, ergothérapie, diététicienne... Ce dossier recense aussi des événements comme les sorties en animation, les visites mais aussi les chutes et accidents. Ce suivi permet, sur des bases factuelles, d'analyser les situations et d'établir des mesures d'amélioration pour limiter la reproductivité de tels événements si cela est possible. A partir de ce dossier, le système permet d'extraire des données, des statistiques.

Affinons donc notre recherche...

Nous pouvons avoir accès par année civile à plusieurs indicateurs. Il est à noter qu'un tel système ne peut être utile que s'il est renseigné. A nous d'être vigilants à la traçabilité de chaque information.

Pour le sujet qui nous concerne, nous pouvons relever :

- Le nombre de chutes par horaire
- Le nombre de chutes par type de chute
- Le nombre de chutes par résident
- Le nombre de chutes sans hospitalisation
- Le nombre de chutes avec hospitalisation
- Le nombre de résidents ayant chuté

Sur les 86 chutes recensées :

- 5 se sont déroulées en présence de personnel qui a pu accompagner la chute et intervenir très rapidement
- 17 sont des glissades
- 2 ont amené à des hospitalisations pour fracture du col du fémur
- 7 se sont produites à l'extérieur de la chambre dont 2 à l'extérieur de l'établissement signalées par les familles à leur retour

Je ne vais pas vous affubler de plus de chiffres mais il est important de les analyser.

Que faire de tous ces relevés ? Quelques constats en tout premier lieu.

La plupart des chutes ont lieu en l'absence de personnel. La réactivité des équipes est primordiale, ne serait-ce dans un premier temps que pour rassurer la victime.

Sur les 57 résidents présents dans l'année, nous avons déploré des chutes chez 22 d'entre eux. Sur ces 22 personnes, 6 totalisent à eux seuls 46 chutes soit plus de 50% des événements recensés !

Chaque événement, chute est signalé à la famille et au médecin. Ce dernier se pose toujours la question de la médication : est-elle en cause ? C'est là un sujet sensible. Nous intervenons auprès des résidents pour limiter parfois leurs troubles et nous devons toujours évaluer le bénéfice/risque à introduire un médicament par exemple pour les troubles du comportement ou agitation. C'est-à-dire évaluer si le bénéfice attendu par une prise médicamenteuse ne fera pas courir un autre risque au résident comme la sédation qui pourrait entraîner alors des chutes.

Dans le cas qui nous intéresse nous n'avons pas eu à déplorer de « sur » médication.

Si on écarte la cause médicamenteuse : que s'est-il passé ? souvent, on imagine pouvoir identifier rapidement une cause qui expliquerait toutes les chutes... un sol mouillé, trop mouillé ? un obstacle physique...

C'est loin d'être si simple. En analysant les données récoltées, une grande majorité des chutes a lieu lors des changements de position : en se levant du lit (39), en se rendant à la salle d'eau (16), en marchant (23), en voulant ramasser quelque chose (8).

Mais comment prévenir les chutes ?

Pour ne pas chuter, on peut imaginer qu'il ne faut pas bouger. Sans prise de risque, il n'y aura pas de chute. Mais la vie n'est-elle pas risquée !

Faisons un parallèle, sans doute réducteur mais qui vaut ce qu'il vaut : lorsqu'un enfant a son premier vélo, on sait qu'il va tomber et au minimum s'égratigner un genou. Cela pourrait aussi être plus grave, mais est-ce pour autant envisageable de ne pas le laisser faire ses propres expériences !

Il en va ainsi dans nos institutions. Je dis souvent aux familles : séjourner en EMS peut restreindre le nombre de chutes mais « l'EMS n'empêche pas les personnes de chuter, par contre nous sommes présents et intervenons plus rapidement qu'à la maison ».

Que pouvons-nous mettre en place pour éviter aux personnes de chuter ?

De manière réductrice, nous pourrions envisager de restreindre les mouvements autonomes du résident concerné. Cela a bien entendu des répercussions sur l'état général que ce soit physique ou psychologique. Si je ne suis plus libre de mes mouvements, si je dépends toujours de l'intervention d'un tiers pour me déplacer, est-ce que cela n'a pas un impact sur le respect de ma dignité et mon individualité ?

Est-ce que je veux être « protéger » de tous les risques que je cours ? éthiquement, déontologiquement cela nous interroge. Nous soignant avons comme leitmotiv : prendre soin de l'autre en ne nuisant pas à sa santé !

Est-ce que laisser libre et donc accepter le risque de la chute et ses conséquences, c'est nuire ?

Ou est-ce que contraindre pour protéger, c'est nuire ?

On voit là en une phrase toute la délicatesse qu'il nous faut déployer pour aborder chaque situation.

Quel est le risque que « j'accepte » de prendre en connaissance de cause ? On parlera de risque acceptable.

Selon les circonstances, capacité de discernement, circonstances de la chute, comment le soignant met en place telle ou telle mesure ?

Évoquons les choix possibles : la mission d'accueil dans nos institutions a été formalisée par le SCSP¹ : gériatrie et psychogériatrie compatible avec la vie en communauté. Ce qui veut dire que si la personne accueillie présente des comportements qui la mettent en danger ou qui mettent en danger les autres, nous devons la réorienter vers une structure spécialisée fermée pour les résidents présentant de tels troubles.

Que ce soit à la Perlaz ou à la Fontanette, nous avons aussi réfléchi à ce qui est acceptable par nous soignants comme mesure à envisager. Nous avons ainsi banni les ceintures de maintien au lit.

Plusieurs mesures de contention existent, de la mesure la moins contraignante à la plus contraignante.

Nous nous sommes équipés avec des lits gériatriques qui peuvent être rabaissés à une hauteur de 23 cm du sol. Si on combine ce système avec un tapis sonnette (tapis qui déclenche un appel quand le résident met un pied dessus), nous prévenons le risque qu'un résident se mette en danger quand il se lève seul.

Un lit ainsi rabaissé va limiter le risque de voir un résident se mettre en danger.

¹ Service cantonal de la santé publique

La deuxième mesure qui peut être mise en place, ce sont les barrières de lit.

Avant la mise en place d'une mesure de contrainte, nous avons un entretien formel avec le résident et nous faisons une évaluation du risque, on aborde là la notion du risque acceptable. S'en suit une discussion avec le médecin qui valide la prescription. La famille est partie prenante, elle est informée de la décision. Toute mesure doit être réévaluée au plus tard tous les trois mois. On doit prouver que le choix correspond au besoin et, s'il restreint la mobilité, nous devons mettre en place des mesures compensatoires. Nous devons nous assurer aussi que des mesures moins contraignantes ne suffiraient pas à diminuer le risque. Il y a donc un gradient de limitation selon la mesure choisie.

Le lit rabaisé, le tapis sonnette et les barrières, constituent le 100 % des moyens de contention physique utilisés dans nos institutions. Mais je ne serais pas exhaustive si je n'évoquais pas la contention dite chimique. Lors de l'apparition de comportements plus ou moins adéquats de certains résidents, le médecin est interpellé... que faire ? il s'avère que les études scientifiques ont démontré le peu d'efficacité de traitements psychotropes face à des épisodes de confusion chez la personne présentant des troubles cognitifs. Ces traitements ont par ailleurs de nombreux effets secondaires néfastes.

Ces médicaments présentent des avantages limités et variables tout en présentant des risques, tels qu'une sédation excessive, une dégradation cognitive et un risque accru de chute, d'AVC et de mortalité. L'usage de ces médicaments chez des patients atteints de démence devrait être limité pour les cas où des mesures non pharmacologiques ont échoué et où les patients représentent une menace imminente pour eux-mêmes ou pour les autres².

Nous privilégions les approches non-médicamenteuses avec supports environnementaux (laisser libre la personne de se déplacer dans un milieu sécurisé), philosophie d'accompagnement favorisant lien social et communication, bien-être et relaxation.

Leur diversité permet notamment d'accompagner un vaste panel de signes cliniques comme l'anxiété, l'agitation, la douleur ou encore les troubles du sommeil et ainsi éviter l'introduction de contention chimique.

Enfin, mais j'aurai peut-être dû commencer par-là, il faut mettre en regard notre réflexion avec le cadre légal régissant ces mesures.

Par principe, toute mesure de contention (surveillance électronique, enfermement, barrières de lit ou isolement et traitement sans consentement) est interdite.

Le PAR principe, indique qu'il y a des exceptions et que celles-ci doivent respecter un cadre de mesures et de surveillance. On évoque là que la décision de restreindre, sous quelques formes que ce soit, l'indépendance (versus l'agitation, le risque de chute) doit répondre aux principes suivants :

- un principe de proportionnalité, la mesure ne doit pas être plus contraignante que le risque encouru
- un principe de transparence et de prescription, mesure annoncée au patient, discutée avec la famille, prescrite par le médecin
- des mesures compensatoires doivent être mises en place
- le moyen doit être régulièrement évalué en terme de pertinence de l'action et de l'efficacité (pas de chutes rapportées).

Nous respectons ces principes et ces garde-fou et les appliquons à la lettre.

Ce n'est là qu'un éclairage sur nos pratiques, je n'oserais dire de notre quotidien, car ce serait très réducteur de restreindre notre activité à relever des indicateurs.

² Revue_medicale_suisse_-_approches_non_medicamenteuses_Dre_Tosca_Bizzozzero_et_Valerie_Meunier.pdf, consulté sur le site [www.ehc-
vd.ch](http://www.ehc-
vd.ch) publié en 2021 et consulté le 20.05.2023.

Comme je l'ai souvent souligné, l'accompagnement en EMS est nourri de la volonté commune de prendre soin et de suppléer aux besoins de personnes qui ne pourraient les satisfaire de manière autonome. Notre travail est riche, constructif et au plus proche de l'humain.

Nos approches se questionnent, nous questionnent. Les arguments, les craintes, les doutes amenés par la famille, l'équipe mais bien entendu le résident lui-même nourrissent notre réflexion et constituent les fondements de nos projets de soin individualisés.

Je remercie par ces quelques lignes l'investissement de l'équipe des soins mais aussi de tous les collaborateurs qui s'engagent avec bienveillance et professionnalisme pour que chaque jour soit l'occasion de se réjouir, de se rencontrer et de partager les plaisirs de la vie.

Nathalie Cavaillé
Infirmière-chef