

INSTITUT DE FORMATION EN
ERGOTHERAPIE DE MONTPELLIER

**Ergothérapie et
alternatives à la contention
physique au fauteuil
du sujet âgé
en milieu gériatrique**

ACKERMANN Myriam
Travail Ecrit de Synthèse
Module 14
Mars 2004, 2^e année du 2^e cycle

Introduction.....	1
<u>1-Problématique de la contention physique au fauteuil du sujet âgé.....</u>	2
1.1-Définitions.....	2
1.2-Population concernée et motifs de la contention.....	2
1.2.1-Protection du patient.....	3
1.2.2-Pression de l'institution.....	3
1.2.3-Pression des familles.....	3
1.3-Risques de la contention.....	4
1.3.1-Risques somatiques.....	4
1.3.2-Risques traumatiques.....	4
1.3.3-Conséquences psychiques.....	5
1.4-Une problématique d'actualité.....	5
1.5-Approche ergothérapique du problème.....	5
<u>2-Une compétence ergothérapique d'évaluation des facteurs de risque de chute.....</u>	6
2.1-Anamnèse.....	7
2.2-Evaluation du risque intrinsèque de chute.....	7
2.2.1-Equilibre et mobilité.....	8
2.2.2-Peur de chuter.....	9
2.2.3-Fonctions cognitives.....	9
2.3-Evaluation des facteurs environnementaux.....	10
2.3.1-Positionnement du patient.....	10
2.3.2-Dispositions architecturales.....	10
2.3.3-Environnement humain.....	11
2.4-Evaluation complémentaire en situation d'Activités de la Vie Journalière.....	11
<u>3-Une compétence ergothérapique pour proposer des alternatives à la contention.....</u>	12
3.1-Alternatives concernant directement le sujet.....	12
3.1.1-Travail de l'équilibre postural.....	12
3.1.1.1-Equilibre assis.....	13
3.1.1.2-Equilibre debout.....	13
3.1.1.3-Equilibre lors des transferts.....	14
3.1.2-Reprogrammation motrice du rehaussement assis.....	14
3.1.3-Prise en charge des troubles des fonctions cognitives.....	14
3.2-Alternatives concernant l'environnement matériel.....	15
3.2.1-Installation au fauteuil.....	15
3.2.1.1-Choix et réglages du fauteuil.....	15
3.2.1.2-Aides au positionnement.....	16
3.2.2-Alternatives sur l'environnement architectural.....	17
3.2.3-Autres alternatives environnementales à envisager.....	18
3.3-Alternatives concernant l'environnement humain.....	19
Conclusion.....	20
BIBLIOGRAPHIE.....	20
ANNEXES :	
1- Algorithme décisionnel de l'ANAES	
2- Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie	
3- Mini Mental State (version consensuelle du GRECO, 1998)	
4- Exemples de fauteuils gériatriques et système de positionnement PHYSIPRO	

INTRODUCTION

En milieu gériatrique, les soignants ont encore régulièrement recours à la contention physique des sujets âgés présentant un risque de chute. Cette pratique, compréhensible car motivée par une politique sécuritaire, renvoie à un questionnement d'ordre moral et éthique, d'actualité grâce aux recommandations nationales et internationales sur le sujet.

Loin de condamner toute forme de contention physique, cet écrit vise à montrer comment l'ergothérapeute, grâce à ses domaines de compétence, est un intervenant privilégié pour promouvoir les alternatives à la contention physique au fauteuil.

Après avoir appréhendé la problématique complexe des contentions physiques au fauteuil du sujet âgé, notamment du point de vue de l'ergothérapeute, nous montrerons comment celui-ci peut évaluer les facteurs de risque de chute, puis comment cette analyse lui permet de proposer des alternatives adaptées à la contention.

1- Problématique de la contention physique au fauteuil du sujet âgé

1.1-Définitions

Le terme « contention physique » désigne dans notre propos la contention passive, par opposition aux contentions posturales et actives faisant partie intégrante d'un traitement rééducatif, ainsi qu'aux contentions médicamenteuses, architecturales et psychologiques.

De façon générale, selon F. Nouvel[11], « la contention consiste à restreindre, de façon plus ou moins sévère, les initiatives motrices d'un individu ». L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé(ANAES) précise quel objectif motive une telle mesure. En effet, « la contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »[1].

La notion de danger reste cependant relativement floue dans cette définition, et propice à l'interprétation. Le Center for Devices and Radiologie Health (CDRH) parle de « contention protectrice »[17], et indique que le danger peut concerner la personne contenue ou son entourage. En effet, il s'agit « d'un dispositif incluant, mais non limité à, un bracelet de poignet, un bracelet de cheville, un gilet, une mitaine, une veste droite, le maintien de

l'ensemble du corps ou d'un membre, ou un autre type d'attache dont le but est médical et qui limite les mouvements du patient dans la mesure nécessaire pour effectuer le traitement, l'examen ou la protection du patient ou d'autres personnes » [17].

La notion de contention est étroitement liée à celle de dépendance, le sujet contenu n'étant pas à même d'enlever le système qui le maintient. L'ANAES parle ainsi de « dispositif physique ou mécanique que l'individu ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son corps »[1]. Cette dépendance est une conséquence qu'on ne peut négliger, et sur laquelle Fromage insiste : «(la contention est) l'ensemble des moyens physiques visant à restreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne et qui nécessitent l'aide d'un tiers pour être enlevés. La contention suppose donc l'intervention d'un tiers à deux moments »[17].

Concrètement, les moyens de contention au fauteuil utilisés sont divers :

- ceintures de maintien
- gilets, harnais thoraciques...
- attaches de poignet
- tablette antérieure fixée au fauteuil
- sièges fixés au sol pour ne pas être déplacés
- vêtements ou draps détournés de leur utilisation habituelle...

1.2- Population concernée et motifs de la contention

Cet écrit s'intéresse à une population de sujets de plus de 65 ans, hospitalisés ou vivant en institution.

L'ANAES constate en 2000 que 19 à 84,6% des personnes âgées en établissement de long séjour sont contenues[1]. L'usage des contentions en milieu de soin reste donc courant. La raison la plus souvent invoquée pour contenir un patient est le risque de chute. Nous ne détaillerons donc pas les motifs de déambulation, agitation ou détérioration parfois mis en avant également.

1.2.1- Protection du patient

Généralement la contention est appliquée, sans évaluation rigoureuse, lorsque les soignants ont l'impression qu'un risque de chute existe pour le patient. Les membres de l'association D. Gouthaine, Albi Gériatrie[17], distinguent les chutes « passives » et les chutes « actives ». Il s'agit en effet de deux situations bien distinctes. Le risque de chute passive

existe quand le sujet glisse progressivement en avant de l'assise jusqu'à chuter sur le repose-pied. Ceci est dû principalement à l'inconfort ou à la fatigue chez un sujet rétro-pulsif. La chute active, elle, concerne un sujet qui « tente de se lever ou de marcher alors qu'il en est incapable »[17], à cause de troubles cognitifs notamment.

1.2.2- Pression de l'institution

Actuellement, les institutions craignent de plus en plus les poursuites médico-légales. En cas de chute d'une personne âgée dans un établissement de soins, les responsabilités sont rapidement recherchées, notamment celles du médecin et de l'équipe soignante qui doit veiller sur les patients. Ceci explique que la contention devienne parfois une habitude.

1.2.3- pression des familles

Les familles sont souvent dans l'ambivalence par rapport à leurs proches hospitalisés. La contention provoque la culpabilité ou le malaise, mais a le mérite d'assurer la sécurité des sujets âgés. Koopmans a même observé, en analysant un questionnaire envoyé aux familles des résidents concernant les contentions, que « la majorité des réponses préfère la sécurité à la liberté »[17]. On ne peut généraliser, mais les familles exercent parfois une pression en faveur d'un dispositif de maintien.

1.3- Risques de la contention

Si très peu d'études françaises se sont intéressées aux complications des contentions physiques, la bibliographie anglo-saxonne décrit largement les risques somatiques, traumatiques et psychiques qu'encourent les sujets immobilisés au fauteuil par contention.

1.3.1- Risques somatiques

Une mise sous contention prolongée favorise l'apparition d'un syndrome d'immobilisation, conséquence directe de la restriction d'activité. Ce syndrome inclut de nombreux troubles :

- diminution des amplitudes articulaires
- rétractions musculo-tendineuses
- diminution de la force musculaire
- ostéoporose
- apparition d'escarres, troubles trophiques
- infections nosocomiales

- incontinence ou rétention
- constipation
- modification des réflexes cutanés
- perte d'appétit
- troubles de l'équilibre...

En outre, « plusieurs études montrent que(...) le recours prolongé à une contention provoque un déconditionnement physique et mental »[12]. Non seulement la contention impose une dépendance, mais elle engendre une dépendance réelle du sujet par la diminution de ses capacités fonctionnelles.

1.3.2- Risques traumatiques

Les risques traumatiques font également partie des complications possibles en cas de contention. Il peut s'agir d'accidents graves(lacérations cutanées, contusions, hématomes...), voir mortels(décès par asphyxie lors d'incendies, ou strangulation à l'occasion d'un glisser au travers d'une contention thoracique ou d'une tablette de fauteuil). Selon l'ANAES, «ces évènements sont estimés responsables de 1/1000 décès en institution pour personnes âgées. Parmi ces décès dus aux contentions physiques(...), 58% des décès surviennent lors du maintien au fauteuil »[1].

De plus, « le nombre de chutes graves(responsables d'une fracture, d'une blessure, nécessitant le recours à un médecin, ou entraînant un repos au lit de plus de deux jours) augmente chez les patients attachés »[1].

1.3.3- conséquences psychiques

Enfin, les conséquences psychiques sont certainement les plus évidentes et systématiques. « Les contentions infligent à ceux qui les subissent des souffrance morales : sentiment d'humiliation, angoisse, colère, désespoir »[12]. On observe parfois des états dépressifs, régressifs, de l'agressivité ou des états de stress, liés à cette atteinte à la dignité du patient. Dans l'étude de Hardin et al., «52% des patients interrogés étaient opposés à leur contention »[17].

Notons également les conséquences non négligeables au niveau des professionnels. « Certains auteurs rapportent un ressenti pénible des équipes de soins »[1] prenant en charge des patients contenus, avec notamment anxiété, frustration et sentiment de culpabilité.

1.4- Une problématique d'actualité

Le problème des contentions connaît un intérêt nouveau en France, dominé par les recommandations nationales et internationales. Si le caractère nocif des contentions est évoqué depuis 1975 environ dans notre pays, c'est seulement depuis 2000, grâce aux recommandations de l'ANAES pour « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée »[1], que les établissements de santé s'engagent de façon plus marquée. Dans le domaine des contentions, nous bénéficions de l'expérience des pays anglo-saxons, et notamment des Etats-Unis, qui développent depuis les années 90 un vaste programme de prévention et de réduction des contentions. Notons qu'il n'existe pas de loi française régissant l'utilisation d'un mode de contention, contrairement aux Etats-Unis ou au Canada(Québec), où des lois existent respectivement depuis 1887 et 1998. Il est seulement demandé aux services de se référer aux recommandations de l'ANAES, qui s'inscrivent dans une démarche de qualité de soins.

Les différentes études comparatives réalisées démontrent « qu'il est possible de réduire les contentions physiques au sein des établissements accueillant des personnes âgées, sans pour autant augmenter la fréquence des chutes graves ou la prescription des psychotropes »[1]. Contrairement aux idées reçues, il apparaît même que les contentions sont inefficaces pour diminuer les conséquences des chutes. C'est ce que conclut Capezuti d'après les résultats d'une étude auprès de personnes âgées en long séjour : « la comparaison entre 119 sujets ayant bénéficiés de contentions avec 203 sujets jamais attachés indique que les contentions non seulement ne diminuent pas le risque de chutes graves, mais l'augmentent, surtout chez les femmes confuses »[1].

Il est donc indispensable d'informer chaque professionnel soignant de ces résultats, de sensibiliser et de convaincre pour parvenir à modifier les pratiques sur le terrain. L'ANAES, en 2000, constate que « les indications et les recommandations pour la conduite de cette pratique ne sont pas au programme de l'enseignement des étudiants en médecine ni des professionnels paramédicaux »[1]. C'est certainement en y remédiant que les recommandations pourront porter des fruits plus facilement.

1.5- Approche ergothérapique du problème

Comme le stipule le décret du 21 novembre 1986 encadrant la pratique des ergothérapeutes, l'ergothérapie vise à « permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle »[16](annexe2). Plus encore peut-être

que tout autre professionnel de santé, l'ergothérapeute est donc sensible à la dépendance qu'impose, comme nous l'avons vu, toute contention.

Parmi les actes professionnels de l'ergothérapeute, on retrouve également « le maintien des capacités fonctionnelles(...) et la prévention des aggravations ». Or, comme l'expliquent F.Nouvel, M.Abric et J.M.Jacquot, « à côté de l'entrave directe qu'elle apporte à la mobilité des patients, la présence d'attaches incite les équipes de soin à peu stimuler les personnes ; les capacités fonctionnelles résiduelles ne sont plus exploitées ; les stimulations sensorielles sont diminuées, les enchaînements moteurs et les réactions d'adaptation posturales ne sont plus sollicitées(...), ce qui induit des phénomènes de désadaptation »[12].

Les contentions, par ces conséquences graves, vont à l'encontre du projet de soin ergothérapeutique.

L'algorithme décisionnel proposé par l'ANAES[1](annexe1) met en évidence les deux étapes indispensables avant de décider d'une contention, à savoir l'EVALUATION et les INTERVENTIONS(physiques, physiologiques, occupationnelles, psychologiques, environnementales). L'ergothérapeute est un professionnel qui peut intervenir, comme nous allons l'expliquer maintenant, dans ces différents domaines, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.

2- Une compétence ergothérapeutique d'évaluation des facteurs de risque de chute

Face au patient présentant apparemment un risque de chute, seule une évaluation rigoureuse peut identifier le risque réel, et l'origine de celui-ci. « L'évaluation multidisciplinaire et multidimensionnelle du patient âgé », explique l'ANAES[1], « sert à déterminer la pertinence d'une mise sous contention. L'analyse initiale doit dans un premier temps définir la raison potentielle d'une éventuelle contention tout en cherchant à identifier les différentes raisons possibles ou les facteurs favorisant ce comportement à risque ».

Selon leur décret d'actes, les ergothérapeutes « sont habilités à accomplir(...), sur prescription médicale, des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles »[16](annexe2). Ils peuvent mettre cette compétence au service de l'équipe, apportant leur vision globale de la situation, afin de mieux apprécier le risque de chute d'un sujet donné.

2.1- Anamnèse

Le recueil de données doit commencer par s'intéresser à la pathologie ayant motivé l'hospitalisation, aux antécédents médicaux, aux antécédents de chute(s) et au traitement médical.

En effet, selon Berg R.L. et Cassels, certaines pathologies spécifiques comme la maladie de Parkinson, la démence ou l'incontinence, sont associées au risque de chute avec « un niveau de preuves fort »[8]. Quand aux antécédents de chute, ils sont associés d'après de nombreuses études à une augmentation de l'incidence des chutes. Ils seraient même un des meilleurs indicateurs du risque. Enfin, le risque de chute peut être iatrogène, c'est à dire induit par les effets secondaires de certains médicaments comme les anxiolytiques, les neuroleptiques, les hypnotiques, les traitements de l'hypertension artérielle... Ces substances peuvent provoquer des vertiges, de l'hypotension orthostatique... L'hospitalisation est parfois l'occasion pour le médecin gériatre de faire le tri parmi les médicaments que cumule nombre de personnes âgées.

La prise de toxiques, dont l'alcool, fait également partie des facteurs de risque.

Enfin, le risque de chute peut être imputable à une acuité visuelle réduite, élément important à noter. Le groupe EPIDOS montre en effet que « le risque est de 4,3 chez les femmes ayant une acuité visuelle inférieure ou égale à 2/10 par comparaison à une acuité visuelle à 7/10 »[8].

Le score de « Stratify » proposé par une équipe de Floride, qui se veut prédictif du risque de chute, semble intéressant puisqu'il regroupe la plupart de ces « facteurs péjorants qui font suspecter le danger »[15]. Il attribue un score de 0 à 5 pour 5 facteurs cliniques(figure1). Une étude a permis de montrer qu'un « score moyen(score total divisé par 5) supérieur ou égal à 2 identifiait les chuteurs potentiels avec une sensibilité élevée, et un score moyen supérieur ou égal à 3 avec une spécificité élevée[15] ».

Dans une approche globale de la situation et pour pouvoir intervenir de façon la plus adaptée possible, l'ergothérapeute s'attache à connaître le contexte familial, social, les activités, le rythme de vie, les aspirations et les craintes du patient.

2.2- Evaluation du risque intrinsèque de chute

Le risque global de chute chez le sujet âgé est évalué en cherchant à identifier un ou plusieurs facteurs de risque.

2.2.1- Equilibre et mobilité

Comme le constate F.Favier[4], « les troubles de l'équilibre et de la mobilité font partie des facteurs de risque régulièrement trouvés dans les études épidémiologiques ». Ils concernent notamment la marche, l'équilibre dynamique, la capacité à se lever d'une chaise et à se transférer. L'ergothérapeute recherche ces troubles au moyens d'outils de préférence reconnus et validés. Nous allons détailler ci-après deux d'entre eux, fréquemment utilisés : le *Get Up and Go* et le *test de Tinetti*.

Le *Get Up and Go*, ou *test du lever-marcher*[2][4], dans sa version la plus récente, consiste à chronométrer une personne alors qu'elle se lève d'une chaise stable avec accoudoirs(hauteur du siège 47cm), parcourt 3 mètres, fait demi-tour et revient s'asseoir. La personne dispose de son chaussage habituel et de son éventuelle aide de marche. Le test est réalisé à l'issue d'un essai non chronométré vérifiant que les consignes sont bien comprises. Le chronomètre est déclenché au moment où le dos quitte le dossier, et arrêté lorsqu'il le retrouve.

Ce test est largement utilisé et intéressant de part sa grande simplicité et sa bonne concordance inter-examineurs. Un test inférieur ou égal à 20 secondes est associé à un statut d'indépendance locomotrice, à la possibilité de sortir à l'extérieur sans danger. Un test supérieur ou égal à 30 secondes traduit au contraire un état de dépendance, l'impossibilité de sortir sans aide. C'est un test sensible, mais qui n'est plus spécifique si les limites de réalisation du test ne sont pas respectées : compréhension suffisante, et état de santé stabilisé.

Le *Performance-Oriented Mobility Assessment(POMA)*, ou *test de Tinetti* évalue à la fois l'équilibre et la marche. Il présente plusieurs avantages : largement diffusé, il est connu, assez simple et facile à utiliser. Par contre l'évaluation est longue, parfois fatigante pour le sujet.

Chaque item(figure2) est noté 0(anormal) ou 1(normal).

Un score bas est associé à un risque majoré de chutes. Plus précisément, on observe que lorsque 3 à 5 des anomalies notées en gras sont détectées, le risque de chute est de 1,7, et lorsque 6 ou 7 de ces anomalies sont détectées, le risque est de 2,5[7]. L.Gonzalez et coll. concluent donc que « le score de cinq anomalies apparaît comme une valeur limite permettant de séparer sans ambiguïté les patients chuteurs des non-chuteurs, encore une fois quelque soit l'ancienneté de la chute »[7].

2.2.2- Peur de chuter

La peur de chuter accroît le risque de chute d'un sujet. Elle est en effet « associée à de moins bonnes performances aux tests d'équilibre, à davantage de troubles de la marche et à la progression plus rapide d'une diminution de la mobilité »[4]. L'ergothérapeute peut s'appuyer par exemple sur le *Falls Efficacy Scale (FES)*, afin de mesurer le niveau d'appréhension de la personne âgée vis-à-vis du risque de chute. Cette échelle « apprécie, sous la forme d'un questionnaire (figure 3), le degré de confiance en soi au cours de dix activités de la vie courante »[4]. Certains items seront adaptés pour l'utilisation du *FES* en institution. Nous avons noté en gras les items adaptés à l'institution et en italique les modifications à réaliser.

2.2.3- Fonctions cognitives

Parmi les facteurs intrinsèques de risque de chute, l'altération des fonctions cognitives est un des éléments principaux que l'ergothérapeute doit pouvoir apprécier.

S'il n'a pas déjà été réalisé par un membre de l'équipe, le *Mini Mental State (MMS)* est un outil que l'ergothérapeute peut utiliser (annexe 3). Il donne une première appréciation rapide des fonctions d'orientation temporo-spatiale, de mémorisation, de calcul, d'attention, de langage et des praxies constructives. Chaque item du questionnaire est coté 0 ou 1, donnant un score total sur 30 points.

L'ergothérapeute procédera ensuite, si nécessaire compte tenu de la pathologie, à une évaluation plus approfondie et ciblée, permettant de préciser quelles sont exactement les fonctions atteintes, et en quoi cette altération a une incidence sur le risque de chute. Il peut s'agir de perturbations très diverses, dont nous ne citerons que quelques exemples :

-Une désorientation temporelle et/ou spatiale sera susceptible d'entraîner un comportement inadapté. Ainsi, un patient cherchant à regagner sa chambre en empruntant un parcours qu'il ne devrait pas suivre peut se mettre en situation de danger.

-Une apraxie perturbera l'utilisation des systèmes classiques d'appel. Incapable d'exprimer ses besoins, le sujet tentera par exemple de se lever seul pour les satisfaire.

-Un tableau de démence ou d'anosognosie entraînera une méconnaissance ou une conscience imparfaite du risque de chute. Un sujet présentant ce tableau se mettra donc très facilement en situation de risque.

-Une hémiparésie est souvent à l'origine de difficultés lors des déplacements, avec une mauvaise appréciation des obstacles.

-Des troubles du schéma corporel, avec notamment hémiasomatognosie, peuvent favoriser les situations de déséquilibre en station assise, entraînant éventuellement la chute passive.

-...

L'ergothérapeute utilise les évaluations spécifiques à sa disposition, afin d'évaluer ces différents aspects.

2.3- Evaluation des facteurs environnementaux

En institution, l'environnement présente a priori moins de facteurs de risque de chute qu'à domicile. Cependant, la chute est la conséquence d'un déséquilibre entre les capacités de la personne et les contraintes de l'environnement. L'évaluation de celui-ci en institution reste donc indispensable pour apprécier le risque, mais doit se faire après avoir identifié les facteurs intrinsèques. En effet, « le modèle de Lawton et Nahenow affirme que moins les capacités de la personne sont importantes plus les contraintes de l'environnement sont grandes, et inversement(...). L'environnement n'est pas un facteur de risque absolu mais relatif à la personne et à ses capacités »[3].

Les éléments à observer en institution sont l'habillement, le mobilier, les obstacles au sol, les conditions locales, l'accessibilité aux différentes commandes...(liste non exhaustive).

L'ergothérapeute adapte son observation en fonction du type de risque intrinsèque de chute. Ainsi, un sujet présentant un risque de chute passive par glisser avant au fauteuil et ne se verticalisant pas seul ne nécessite pas d'évaluation du chaussage ni des obstacles au sol...

2.3.1- Installation du patient

L'ergothérapeute apporte une attention toute particulière à l'installation du patient au fauteuil. Il note le type de fauteuil, les caractéristiques de l'assise(profondeur, largeur, hauteur, inclinaison, texture) et du dossier, la présence ou non d'accoudoirs, d'un appui-tête, de repose-jambes ou d'options de positionnement (butées, cales, coussins...).

De plus, on observe en chambre la disposition des éléments comme le système d'appel(sonnette), les lunettes, le téléphone et autres éléments que le patient a besoin de pouvoir manipuler régulièrement.

2.3.2- Les dispositions architecturales

L'observation tient compte de la chambre et des parties communes auxquelles le patient accède.

On note l'agencement des pièces, du mobilier, l'éclairage, les repères spatio-temporels dont peut disposer le sujet, la stabilité du lit, du fauteuil, de la table... ainsi que la présence éventuelle d'aides techniques architecturales comme les barres d'appui, les barres de redressement, les réhausse-WC, ou d'aides techniques aux transferts.

Pour reprendre les termes figurant dans le Processus de Production du Handicap(PPH)[5], l'objectif de cette observation est de préciser les éléments architecturaux « facilitateurs » et les éléments « obstacles », par rapport au risque de chute. Une telle analyse permettra parfois de développer certaines alternatives à la contention.

2.3.3- Environnement humain

L'environnement humain du sujet en institution comprend la famille et les proches, ainsi que les soignants. Le risque de chute est à apprécier aussi en fonction de cet environnement humain, susceptible de diminuer le risque par une présence attentive, une surveillance, ou au contraire de l'accentuer. On apprécie ainsi la proximité et la présence des familles, ainsi que la charge de travail des équipes de soins et leur disponibilité. En effet, si un patient présentant des troubles de l'équilibre et de la marche appelle un soignant pour se rendre aux toilettes, il a besoin que quelqu'un vienne rapidement l'y accompagner, en dépit de quoi il risque de se lever seul et dangereusement.

L'attitude des soignants est importante aussi pour rassurer le patient.

Enfin, la possibilité pour le patient de participer à des activités occupationnelles est à relever. L'animation permet en effet une occupation et une surveillance implicite dans l'intérêt du patient.

2.4- Evaluation complémentaire en situation d'Activité de la Vie Journalière(AVJ)

Après avoir évalué de façon analytique les facteurs de risque, l'idéal est de compléter l'évaluation en situation d'AVJ, c'est-à-dire dans des conditions les plus proches possibles de la réalité. On prend donc en compte en même temps les facteurs intrinsèques et environnementaux. C'est l'évaluation écologique. Elle est moins précise, mais permet d'identifier de façon plus sensible des facteurs qui n'auraient peut-être pas été mis en évidence dans les situations précédentes de tests.

3- Une compétence ergothérapeutique pour proposer des alternatives à la contention

Nous avons montré comment l'ergothérapeute peut participer à l'évaluation précise du risque de chute d'un sujet âgé, en mettant en évidence des facteurs individuels et/ou environnementaux. Une synthèse en équipe pluridisciplinaire est ensuite nécessaire pour analyser le rapport bénéfice/risque de la contention, son indication ou non. En accord avec les recommandations de l'ANAES, Richaud et al. précisent que « la contention physique passive ne peut plus être la seule réponse aux initiatives motrices jugées dangereuses pour un individu, mais doit rester l'ultime solution après avoir recensé et éliminer tout autre moyen ou méthode alternative permettant d'obtenir une certaine sécurité en conservant un maximum de mobilité volontaire de la personne âgée »[13]. L'équipe doit donc proposer des interventions ciblées afin de réduire le risque de chute. Parmi ces interventions, qui concernent le sujet âgé directement, ou son environnement matériel et humain, nombreuses sont celles qui peuvent relever des compétences de l'ergothérapeute.

3.1- Alternatives concernant directement le sujet

La première des interventions consiste à traiter, lorsque c'est possible, l'origine du risque de chute intrinsèque, en tentant, par la rééducation, d'augmenter les possibilités du sujet. Cette prise en charge porte sur les déficiences mises en évidence au travers de l'évaluation.

3.1.1- Travail de l'équilibre postural

En ergothérapie on s'attache à proposer au sujet présentant un risque de chute par trouble de l'équilibre un entraînement fonctionnel, c'est-à-dire constitué d'exercices se rapprochant de plus en plus des situations de vie quotidienne. Cette prise en charge est complémentaire de la rééducation kinésithérapique recherchant le renforcement musculaire, l'assouplissement articulaire et musculaire, l'entraînement de la fonction d'équilibration, la stimulation des réactions parachutes...

L'ergothérapeute utilise toutes sortes de moyens, qu'il intègre à des activités susceptibles de stimuler les réactions posturales et l'adaptation posturale anticipée en position assise, debout et lors des transferts. Ce travail de l'équilibre doit être ciblé sur les difficultés du sujet. Notons que si la prise de risque fait partie intégrante de la rééducation, la progression des exercices doit cependant être respectée pour moduler la difficulté.

3.1.1.1- Equilibre assis

Il se travaille sur un fauteuil roulant ou fauteuil avec accoudoirs, sur une chaise, ou bien sur un plan Bobath, selon les capacités du sujet. Le patient est invité à manipuler des objets(cônes, pions, pièces d'un puzzle, cartes à jouer...etc), et l'ergothérapeute veille à induire le mouvement souhaité.

Il alignera par exemple des cônes au sol devant le patient. Celui-ci devra les attraper un par un et venir les poser sur un plan de travail situé à sa droite. Cette activité provoque un déséquilibre antérieur puis latéral, et stimule les capacités de redressement du tronc. La progression de l'exercice se fera en jouant sur les compensations avec le membre supérieur libre, l'éloignement des cônes, le détournement de l'attention...

Des activités artisanales adaptées aux centres d'intérêts du patient peuvent être proposées dans le même but. Elles demandent un travail en double tâche.

Exemple : travail sur métier à tisser de grande taille, induisant, lors du tissage, des mouvements du tronc dans le plan frontal de droite à gauche, et dans le plan sagittal d'avant en arrière. Le caractère répétitif de l'activité permet un réentraînement efficace.

Enfin, on travaille si besoin l'adaptation posturale anticipée, c'est-à-dire la préparation du corps à un déséquilibre prévisible. Les exercices de déplacement de poids ou exercices de balles ou de ballon en position assise sont alors tout à fait indiqués.

L'ergothérapeute envoie au patient un ballon, d'abord léger et souple, puis plus lourd. Il module la vitesse et la direction pour se situer aux limites de déséquilibre latéral, antérieur ou postérieur du patient. Le patient doit attraper le ballon tout en gardant son équilibre.

3.1.1.2- Equilibre debout

Il est stimulé tout d'abord en station debout devant un plan de travail fixe, puis en y associant la marche.

Prenons l'exemple de l'activité cuisine, qui offre de nombreuses possibilités lors de la prise en charge. Devant un plan de travail, le sujet peut manipuler la vaisselle ou réaliser un plat. Il fera ainsi appel à ses capacités de réajustement postural et d'équilibre. L'ergothérapeute contrôle l'effort demandé en modulant l'éloignement des éléments par rapport au patient et la durée de l'exercice. Dans un second temps, on lui demandera de mettre la table, ce qui associe de façon complexe les manipulations de couverts et ustensiles, la marche et l'attention.

De même qu'en position assise, on peut, en fin de rééducation, travailler l'adaptation posturale anticipée, avec des exercices de lancers en position debout.

3.1.1.3- Equilibre lors des transferts

L'équilibre peut enfin être amélioré si besoin lors des transferts, par un entraînement progressif. Celui-ci peut se faire de façon analytique.

Par exemple, selon ses capacités révélées lors du bilan, le patient devra :

-se translater s'un siège à un autre sans passer par la position debout

-se lever puis se rasseoir, avec ou non un point non fixe devant(dossier de chaise, déambulateur...)

-se lever, marcher quelques pas, puis reculer et s'asseoir, avec ou non un point non fixe devant(déambulateur ou rollator) ou une aide de marche(canne)

-se lever, marcher, faire demi-tour et revenir s'asseoir, avec ou non un point non fixe devant(déambulateur ou rollator) ou une aide de marche(canne).

L'exercice est réalisé par séries de 5 ou 10, et doit être cohérent avec les progrès observés en kinésithérapie(notamment le changement d'aide de marche).

Mais l'entraînement peut aussi faire partie intégrante d'une activité qui nécessite à un moment donné un ou plusieurs transferts.

Exemples : se lever pour chercher un outil, se laver les mains, ranger le matériel...

3.1.2- Reprogrammation motrice du réhaussement assis

Les patients à risque de chute passive par glisser avant au fauteuil ont besoin d'exercices de lutte contre la rétroimpulsion en position assise et de reprogrammation motrice du schéma de réhaussement assis.

En utilisant les techniques d'ergomotricité, l'ergothérapeute guide le sujet pour l'aider à se rehausser au fauteuil. Deux techniques principales sont possibles. Le glisser consiste à s'avancer sur l'assise, reculer les pieds, se pencher en avant et faire glisser les fesses vers l'arrière par une poussée sur les accoudoirs ou le bord de la chaise. L'autre technique, la marche fessière, consiste à se rehausser par bascule du centre de gravité d'une fesse à l'autre. L'ergothérapeute cherche à faire retrouver au sujet le schéma moteur perturbé, par un entraînement patient. Il guide de la voix en détaillant chaque étape, et de la main en favorisant les positions facilitantes. Les gestes appris doivent être effectivement réalisés dans la vie quotidienne, ce qui implique un travail d'équipe.

3.1.3- Prise en charge des troubles des fonctions cognitives

Comme nous l'avons expliqué, certains troubles des fonctions cognitives ont des répercussions majeures sur le risque de chute du sujet âgé. C'est parfois la seule raison

invoquée pour contenir le patient. L'ergothérapeute s'emploie à mettre en place autant que possible une rééducation ou à développer des techniques de compensation. Il utilise des exercices type papier/crayon, puis des exercices plus globaux, et enfin un entraînement en situation d'AVJ. Nous ne pouvons détailler cette intervention qui fait appel à l'ensemble des connaissances et expériences de l'ergothérapeute, et sera par définition tout à fait personnalisée.

3.2- Alternatives concernant l'environnement matériel

Ces alternatives sont mises en place en parallèle de l'action directe sur le sujet.

3.2.1- Positionnement au fauteuil

Très fréquemment, l'amélioration du positionnement au fauteuil est une alternative à la contention physique. C'est le cas lorsque le sujet glisse en avant sans parvenir à se rehausser, se laisse tomber sur le côté ou se lève en raison d'un inconfort en position assise prolongée.

Une étude réalisée dans les maisons de retraites du Colorado montre notamment que l'adaptation des fauteuils roulants est une alternative à la contention dont le taux de succès est de 90,6% [1]. Pour être réellement efficace, elle doit cependant être personnalisée.

L'ergothérapeute peut proposer différentes alternatives selon les cas. Il peut en effet intervenir sur le choix du fauteuil, le réglage du fauteuil, le choix d'aides au positionnement et leur installation.

3.2.1.1- Choix et réglage du fauteuil

Le choix et le réglage du fauteuil ont toute leur importance. Si besoin, le médecin doit prescrire, en concertation avec l'ergothérapeute, un nouveau fauteuil adapté à la situation. Le fauteuil est un **fauteuil de confort** ou un **fauteuil roulant**, le choix s'effectuant essentiellement selon l'aptitude ou non à la marche.

Un fauteuil roulant sera choisi avec des **plaques multi-positions** pour permettre de jouer légèrement sur l'inclinaison et la hauteur de l'assise.

Le **coussin d'assise** initial doit pouvoir être remplacé par un coussin plus adapté.

Si un **système d'inclinaison** existe sur un fauteuil de confort ou un fauteuil roulant, le dossier et l'assise doivent pouvoir s'incliner en même temps, afin de ne pas modifier l'angle tronc-cuisses.

La **longueur d'assise** doit être adaptée à la longueur du fémur. Certains fauteuils permettent ce réglage de la profondeur d'assise. Si ce n'est pas le cas, on peut ajouter un coussin pour prolonger l'assise.

La **largeur d'assise** est également à prendre en compte. On choisira le modèle le plus approprié à la taille du sujet. Le sujet doit être à l'aise et doit pouvoir prendre appui sur les accoudoirs sans réaliser d'abduction excessive de l'épaule.

La **hauteur du dossier** est importante à prendre en compte. En effet, « elle agit comme un axe de levier qui influence le glissement des patients en rétropulsion. A la force d'appui qu'exerce le sujet sur le dossier, va correspondre une force de réaction opposée transmise au bassin par la colonne vertébrale »[11](figure4). On privilégiera donc « un fauteuil muni d'un dossier haut permettant un appui des omoplates pour limiter la force de glissement »[11].

L'appui-tête éventuel doit être entièrement réglable pour un bon confort.

La qualité de l'installation dépend enfin des caractéristiques des **repose-pieds**. Le fauteuil doit permettre un réglage de la hauteur et de l'inclinaison des palettes. Les options de repose-jambes et repose-mollets réglables sont intéressantes pour améliorer la répartition des appuis.

A titre d'exemple, l'annexe 4 présente les caractéristiques de quelques fauteuils de gériatrie existant sur le marché.

3.2.1.2- Aides au positionnement

Le choix et l'installation d'aides au positionnement constituent le deuxième volet de l'installation au fauteuil. En effet, ces aides matérielles techniques sont des alternatives à la contention car elles peuvent réduire l'inconfort en position assise, stabiliser le patient en position correcte ou faciliter le redressement assis. L'ergothérapeute les connaît et peut les proposer au cas par cas selon les besoins.

Dans les cas de positionnement difficile au fauteuil, ne permettant pas une bonne stabilité du sujet(notamment s'il existe une déformation importante du rachis, du bassin...), la contention peut parfois être évitée grâce au **système de positionnement canadien *Physipro*** (annexe4). Réalisé sur mesures et au cas par cas, il répond parfaitement aux besoins. Le positionnement *Physipro* peut être monté sur la base roulante dite *Cardinal*, ou sur la plupart des fauteuils roulants du marché. *Physipro* propose de travailler en lien étroit avec les ergothérapeutes, et leur apporte un support technique, un entraînement à l'utilisation, le suivi et le contrôle sur place du matériel.

Des **aides locales au positionnement** existent également sur le marché, ou seront réalisés par l'ergothérapeute. Citons par exemple le gilet déchargeant l'appui en regard d'une cyphose dorsale. « Le confort qu'il apporte diminue l'agitation des personnes confuses et le risque de chute par lever intempestif »[12].

Les **coussins de positionnement**(figure5) viennent remplacer le coussin du fauteuil roulant. Ils comprennent une cale de butée antérieure, réglable en profondeur, qui stabilise le glissement en avant des patients. On privilégiera un coussin permettant la verticalisation grâce à une cale de forme anatomique, c'est-à-dire présentant « une face postérieure ergonomique oblique et concave permettant d'épouser la forme du pubis et d'offrir un bon confort »[11]. Ces modèles commercialisés tiennent compte de la prévention des escarres(gel au niveau de l'assise) ainsi que des contraintes d'hygiène hospitalière(housse imperméable).

Les **coussins unidirectionnels** type *One-Way* empêchent le patient de glisser de sa position assise et facilitent son réhaussement. Cette aide à la posture simple suffit parfois à éviter les chutes passives.

3.2.2- Alternatives sur l'environnement architectural

Pour diminuer la fréquence des contentions au fauteuil en gériatrie, l'ergothérapeute doit proposer des adaptations architecturales, autant en ce qui concerne les troubles de l'équilibre que la démence ou les troubles cognitifs. Ces adaptations rentrent dans le cadre des « actions sur l'environnement » que mentionne le décret d'ergothérapie(annexe2).

Tout d'abord, une modification de la **configuration de la chambre** est parfois à proposer, afin de limiter les déplacements, ou de permettre l'appui sur le mobilier lors d'un déplacement précis. Les roulettes seront ôtées si besoin pour que le **mobilier** soit **stable**. L'ergothérapeute peut conseiller l'installation de **barres d'appui** dans les chambres et les sanitaires de l'établissement, ainsi que de **rampes murales** dans les couloirs et les différents lieux de vie. Les **obstacles au sol** sont **réduits** au maximum(seuils de porte, tapis...), et on enlève tout équipement inutile.

Pradines, B. constate, dans le service de soins de longue durée du centre hospitalier d'Albi, que « la proportion des patients contenus est moindre dans les lieux où le personnel soignant peut exercer une **surveillance visuelle des résidents** »[17]. Il est donc tout à fait opportun de proposer des changements de chambre pour que le patient à risque de chute soit plus proche des soignants. On peut également penser à un regroupement de certains patients dans des lieux de vie pour faciliter et améliorer la surveillance. L'emplacement du poste de soins et sa configuration(vitres...) peuvent être stratégique en ce sens également.

Concernant les sujets désorientés ou déments, Richaud, C. et al. évoquent notamment l'espace, la surveillance visuelle, l'**éclairage**, les **couleurs** : « les lieux sont aérés, spacieux. Le patient y est libre de déambuler sous l'œil vigilant d'une équipe(...). Les endroits éclairés attirent alors que les espaces sombres limitent l'intérêt d'un sujet âgé désorienté. Le jeu des lumières et des couleurs est donc à utiliser pour organiser un parcours autorisé en évitant les longs couloirs »[13]. Dans la cadre d'une conception architecturale, l'ergothérapeute travaillant en lien avec l'architecte peut proposer, pourquoi pas, de supprimer au maximum les couloirs, toutes les chambres donnant sur la salle de vie polyvalente. Le **jardin** est à considérer. Il doit être clos, dégagé de tout recoin et éviter les graviers, obstacles et dénivellations.

3.2.3- Autres alternatives environnementales à envisager

La prévention des chutes passe également par d'autres modifications importantes :

-installation ou adaptation d'un **système d'appel** institutionnel, qui doit être simple d'utilisation et placé toujours à portée du patient assis. L'étude réalisée au Colorado dans le cadre d'un programme de réduction de contention évalue le taux de succès d'une telle alternative à 85,3% [1].

-**accessibilité des différentes commandes** telles que la télécommande de télévision, des lunettes, du téléphone...

-recours aux **protecteurs de hanche**, dispositifs externes qui se placent en regard de la région trochantérienne, afin de dériver et absorber l'énergie qui serait liée à un choc local (figures 6 et 7). Ils permettent donc de diminuer la gravité des chutes. Ayant montré leur efficacité [12], les protecteurs de hanche commencent à être répandus dans les services de gériatrie, et certains sont remboursés pour les personnes institutionnalisées. Il existe des protecteurs cousus dans la culotte et d'autres amovibles.

-mise en place de **repères temporels** pour les sujets désorientés.

-mise en place de **repères spatiaux** délimitant les parcours de déambulation entre les différents lieux de vie.

-des **systèmes de surveillance électronique**, même s'ils sont controversés, existent, et peuvent constituer une réelle alternative à la contention d'un sujet soumis à l'errance, notamment du fait de la maladie d'Alzheimer. Ils permettent de « définir géographiquement deux zones : l'une, à l'intérieur de laquelle l'on considère que le patient est en sécurité, la seconde étant considérée comme dangereuse » [6]. Dans le système *Quo Vadis* [6], la personne porte sur elle un petit médaillon, contenant un mini émetteur/récepteur, qui permet, par un

système radio, d'alerter le personnel en cas de besoin. L'emplacement des balises délimitant la frontière entre les deux zones est modulable, permettant d'adapter la zone de sécurité : chambre, service, bâtiment, jardin... Cette alternative peut souvent être évitée. Elle doit rester l'ultime solution avant de contenir un patient. La fondation suisse pour les téléthèses et l'association suisse Alzheimer ont travaillé à une charte[6] qui précise notamment les points suivants, intéressants à étudier :

La surveillance électronique des personnes errantes...

- 1- doit contribuer au maintien de la personne errante dans son environnement familial*
- 2- doit augmenter ou préserver la liberté de la personne*
- 3- doit améliorer ou préserver la relation entre la personne errante et son entourage*
- 4- doit être acceptée par la personne et son entourage. Cette décision est révoquable.*
- 5- doit respecter la dignité de la personne*

3.3- Alternatives concernant l'environnement humain

Tout d'abord, précisons que la réduction du nombre de mises sous contention au fauteuil est étroitement liée à la sensibilisation, l'éducation et la formation des professionnels, des bénévoles, de la famille et de l'entourage. Cette sensibilisation et éducation gagne à être effectuée par les rééducateurs qui sont les mieux placés pour en parler.

Lévine et al. ont développé dans la région de New York un programme de réduction de la contention basé avant tout sur l'éducation du personnel soignant, dans le but de « sensibiliser le personnel aux conséquences des contentions physiques, de développer une meilleure compréhension des comportements des sujets âgés et de suggérer des alternatives aux moyens de contention[1] ». Cette seule sensibilisation d'une durée de quatre mois s'est révélée efficace, car « les auteurs ont pu constater une réduction de la prévalence des contentions qui est passée de 39 à 20% »[1]. Certains auteurs comme Hardin proposent l'augmentation de la taille des équipes soignantes. Il semble pourtant que le nombre de professionnels ne soit pas spécialement corrélé à la fréquence des contentions. « Beaucoup de travaux de la littérature ont démontré des diminutions du taux de contentions après une éducation du personnel sans avoir eu besoin d'augmenter le nombre d'agents »[13]. Par contre, la réduction des contentions ne peut être le résultat que d'une politique volontariste de toute l'équipe.

L'anticipation des besoins du patient est un élément-clé pour les sujets présentant un risque de chute active. Les efforts doivent porter sur l'assistance du sujet lors de ses déplacements si besoin, l'accompagnement régulier aux toilettes, la disponibilité lors des appels. On informe le patient du rythme de passage des soignants. On veille au temps passé au fauteuil, en ménageant des périodes de repos si besoin.

Les soignants passent si possible davantage de temps auprès d'une personne désorientée ou confuse, afin de la rassurer. Richaud et al. proposent que « chaque acteur de santé se présente au patient pour qu'il puisse identifier les personnes et le cadre de leur intervention. Il ressentira, dans cette attitude, du respect pour sa personne et sera rassuré »[13].

Les mêmes conseils seront donnés à la famille et à l'entourage qui, par son implication, peut éviter les mises sous contention.

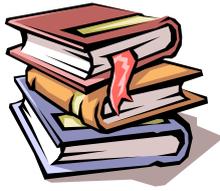
Enfin, l'approche occupationnelle est très efficace, selon les résultats de l'étude effectuée au Colorado, avec des taux de succès avoisinant les 85% pour les items suivants : activités de groupe journalières, incitation aux déambulations/promenades, exercices physiques et activités pendant les week-ends[1].

CONCLUSION

Nous avons montré comment les objectifs de la prise en charge ergothérapique rejoignent les objectifs de l'équipe en terme de réduction des contentions physiques au fauteuil. Les compétences de l'ergothérapeute permettent d'évaluer et de préciser rigoureusement le risque de chute du sujet et de proposer des alternatives à la contention.

La difficulté d'une telle intervention est le facteur temps, le risque de chute devant être pris en compte rapidement.

Si une contention doit être mise en place, elle le sera temporairement ou en dernier recours, et respectera les recommandations de l'ANAES : prescription médicale détaillée et limitée dans le temps, information éclairée du patient et de sa famille, matériel de contention adapté, surveillance précise(soins d'hygiène, nutrition, hydratation, accompagnement psychologique...), levée de la contention aussi souvent que possible et réévaluation toute les 24 heures.



BIBLIOGRAPHIE

- [1]ANAES, Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, 55p., ANAES, Paris, 2000.
- [2]BRASSEUR, C., MEIGNAN-DEBRAY, S., RIBEMONT-GOBY, A.C., Test du lever-marcher, intérêt et limites chez les personnes âgées en hôpital gériatrique, in COLL., Posture équilibration et médecine de rééducation, sous la direction de PELISSIER, J., BRUN, V. et ENJALBERT, M., Problèmes en médecine de rééducation, n°26, 220-224, Masson, Paris, 1993.
- [3]COMPAN, B., Evaluation des facteurs de risque liés à l'environnement, in COLL., La chute de la personne âgée, problèmes en médecine de rééducation 36, sous la direction de JACQUOT, J.M., STRUBEL, M., PELISSIER, J., 147-150, Masson, Paris, 1999.
- [4]FAVIER, F., Les tests cliniques de chute, in COLL., La chute de la personne âgée, problèmes en médecine de rééducation 36, sous la direction de JACQUOT, J.M., STRUBEL, M., PELISSIER, J., 136-146, Masson, Paris, 1999.
- [5]FOUGEYROLLAS, P. et al., Processus de Production du Handicap, RIPPH/SCCIDIH, Québec, 1998.
- [6]GABUS, J.C., Technologie au service de la surveillance électronique des personnes sujettes à l'errance, in COLL., Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie, 218-225, Masson, Paris, 2002.
- [7]GONZALEZ, L. et al., Intérêt de l'épreuve de Tinetti dans l'évaluation des troubles de l'équilibre et du risque de chute en pratique gériatrique hospitalière, in Actualités en rééducation fonctionnelle et réadaptation, sous la direction de SIMON, L., PELISSIER, J., HERISSON, C., 315-324, Masson, Paris, 1994.
- [8]JEANDEL, C., Existe-t-il un profil à risque de chute chez le sujet âgé?, in COLL., La chute de la personne âgée, problèmes en médecine de rééducation 36, sous la direction de JACQUOT, J.M., STRUBEL, M., PELISSIER, J., 129-135, Masson, Paris, 1999.
- [9]MAHEUT-BOSSET, A. et al., Les contentions : bénéfiques, risques et recommandations, in COLL., Soins gériatrie n°34, 37-40, Masson, Paris, 2002.
- [10]NOURHASHEMI, F., Contentions : en dernier recours, Revue de Gériatrie, 701-702, 2003.
- [11]NOUVEL, F. et al., Installation au fauteuil en gériatrie : le coussin Ergomix, in COLL., Expériences en ergothérapie, 11^e série, sous la direction de IZARD, M.H., NESPOULOUS, R., Sauramps médical, 244-253, Masson, Paris, 1998.
- [12]NOUVEL, F., ABRIC, M., JACQUOT, J.M., Les contentions et les dispositifs de protection sont-ils utiles chez les multi-chuteurs ?, in COLL., La chute de la personne âgée, problèmes en médecine de rééducation 36, sous la direction de JACQUOT, J.M., STRUBEL, M., PELISSIER, J., 318-327, Masson, Paris, 1999.

-[13]RICHAUD, C. et al., Les alternatives à la contention physique en milieu gériatrique, in COOL., Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie, 198-205, Masson, Paris, 2002.

-[14]ROUAUD, C. et al., L'immobilisation au fauteuil, une fatalité ? La « mesure » à prendre, in Soins gérontologie n°36, 36-37, Masson, Paris, 2002.

-[15]VIEL, E. et al., Equilibre et entraînement du sujet âgé chuteur potentiel, Annales de kinésithérapie, tome 28, n°2, 57-64, Masson, Paris, 2001.



Sites internet

-[16]ANFE, Décret de compétence n°86-1195 du 21 novembre 1986 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'ergothérapeute.

<http://www.anfe.asso.fr/legislation.html>

-[17]Association Daniel Goutaine, Albi Gériatrie (Tarn- France) : PRADINES, B., Un drame encore tabou : les contentions, 2002.

<http://users.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html>

-[18]Institut Garches, base des fauteuils roulants.

<http://www.handicap.org/pages/Institut-dynapique/fauteuil/FormulaireRecherche.asp>

-[19]MARTIN-ACHARD, P., avocat au barreau, exposé présenté lors du symposium « La contention- Enjeux et perspectives » de la Fondation pour l'accueil et l'hébergement des personnes âgées, Genève, 1998.

<http://www.graap.ch/MartinAchard.html>

-[20]PHYSIPRO, conception et fabrication de fauteuils roulants et d'aides techniques à la posture.

<http://www.physipro.com>

-[21]RUMEAU, P. et al., Protecteurs de hanche : pour réduire le risque de fracture du col du fémur, La revue du praticien, médecine générale, tome 16, n° 583, septembre 2002.

http://www.33docpro.com/fonds_documentaire/annexes/2rdpmg583.pdf

ANNEXES

(figure2) Items du test de Tinetti, ou POMA[4] :

Evaluation de l'équilibre : 13 items

- équilibre assis droit sur une chaise
- lever d'une chaise, si possible sans l'aide des bras
- équilibre debout, juste après s'être levé
- équilibre debout, pieds joints, yeux ouverts
- équilibre debout, pieds joints, yeux fermés
- le patient effectue un tour complet sur lui même**
- capacité à résister à 3 poussées successives vers l'arrière, exercées sur le sternum**
- équilibre après avoir tourné la tête à droite et à gauche
- debout en équilibre sur une seule jambe pendant plus de 5 secondes**
- équilibre en hyperextension vers l'arrière
- le patient essaie d'attraper un objet qui serait au plafond
- le patient se baisse pour ramasser un objet posé à terre devant lui
- évaluation de l'équilibre lorsque le patient se rassied**

Evaluation de la marche : 9 items

- début, initialisation de la marche
- évaluation de la hauteur du pas(à droite et à gauche)
- évaluation de la longueur du pas(à droite et à gauche)
- évaluation de la symétrie du pas(entre droite et à gauche)
- évaluation de la régularité de la marche**
- capacité à marcher en ligne droite**
- exécution d'un virage tout en marchant
- évaluation de la stabilité du tronc**
 - évaluation de l'espacement des pieds lors de la marche

(Figure3) Items du questionnaire du Falls Efficacy Scale[4]

Quel degré de confiance en vous éprouvez-vous pour la réalisation des tâches suivantes ?

- prendre un bain (*une douche*)**
- Accéder aux meubles de rangement**
- préparer un repas courant
 - marcher dans la maison (*dans l'institution*)**
 - Se mettre au lit, sortir du lit**
 - Ouvrir la porte, répondre au téléphone**
 - Se lever d'une chaise, s'asseoir**
 - S'habiller, se déshabiller**
- réaliser le petit entretien de la maison
- faire des courses simples

(Figure 6)
Protecteurs de hanche, *KPH Protection*.



Protecteurs de hanches pour prévenir
les fractures du col du fémur...



une alternative à la contention...



sans aucun préjudice esthétique.

(Figure 7)
protecteurs de hanche[21]

Résumé

Sujet d'actualité, tant au niveau national qu'international, la problématique de la contention physique au fauteuil du sujet âgé en milieu gériatrique est complexe. Les équipes soignantes sont parfois désemparées, d'une part pressées par l'institution ou les familles de prévenir les chutes, et d'autre part tenues d'assurer une qualité de soins prenant en compte les risques connus de la contention.

L'ergothérapeute par son approche globale à visée d'autonomie et d'indépendance, apporte une vision spécifique du problème. Il peut mettre au service de l'équipe ses compétences, afin de favoriser les alternatives à la contention. Il s'agit pour lui d'évaluer précisément le risque de chute du sujet, tant au niveau personnel qu'environnemental, puis de proposer des alternatives adaptées : rééducation ciblée, amélioration du positionnement, actions sur l'environnement architectural ou humain.

Mots-clefs

- Ergothérapie
- Contention physique au fauteuil
- Alternatives
- Risque de chute
- Evaluation
- Positionnement