

# Evaluation multidimensionnelle en gérontologie

---

Lucie ROLOT, MK DE

# Plan du COURS

---

Introduction

---

Santé publique

---

Représentations sociales de la vieillesse

---

Concept de fragilité

---

Syndrome gériatrique

---

Evaluation gériatrique standardisée

---

Aspect psychologique de la personne âgée

---

Troubles du comportement chez le sujet âgé

---

Bientraitance et maltraitance

---

Ethique et sens des soins

---

Conclusion

---

# Introduction

---

Qu'est-ce qu'une  
personne âgée ?



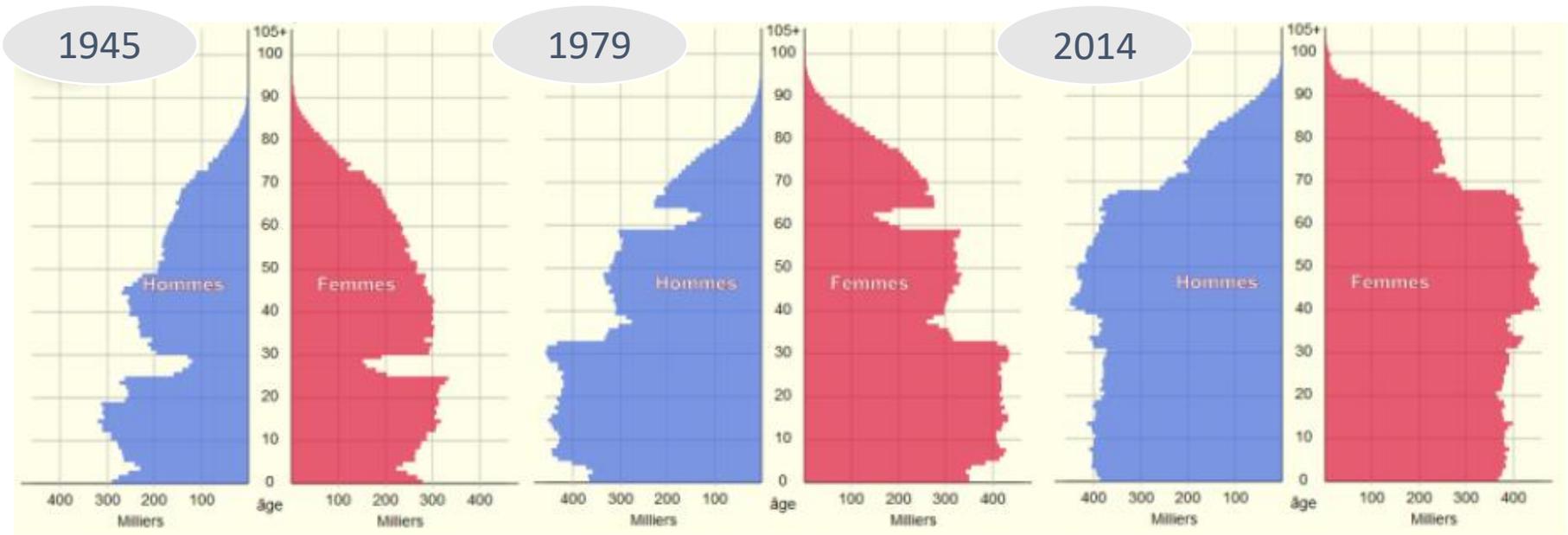
# Quelques définitions

- Gériatrie : Discipline médicale consacrée aux maladies dues au vieillissement
- Gérontologie : Science qui s'occupe des problèmes biologiques, psychologiques, sociaux et économiques posés par les personnes âgées
- Vieillesse de la population : Fait pour un groupe de voir sa moyenne d'âge s'élever progressivement → 2 causes possibles
- Vieillesse des organismes vivants : ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort
- Vieillesse : période de la vie des personnes âgées

# Santé publique

---

# Pyramide des âges : évolution

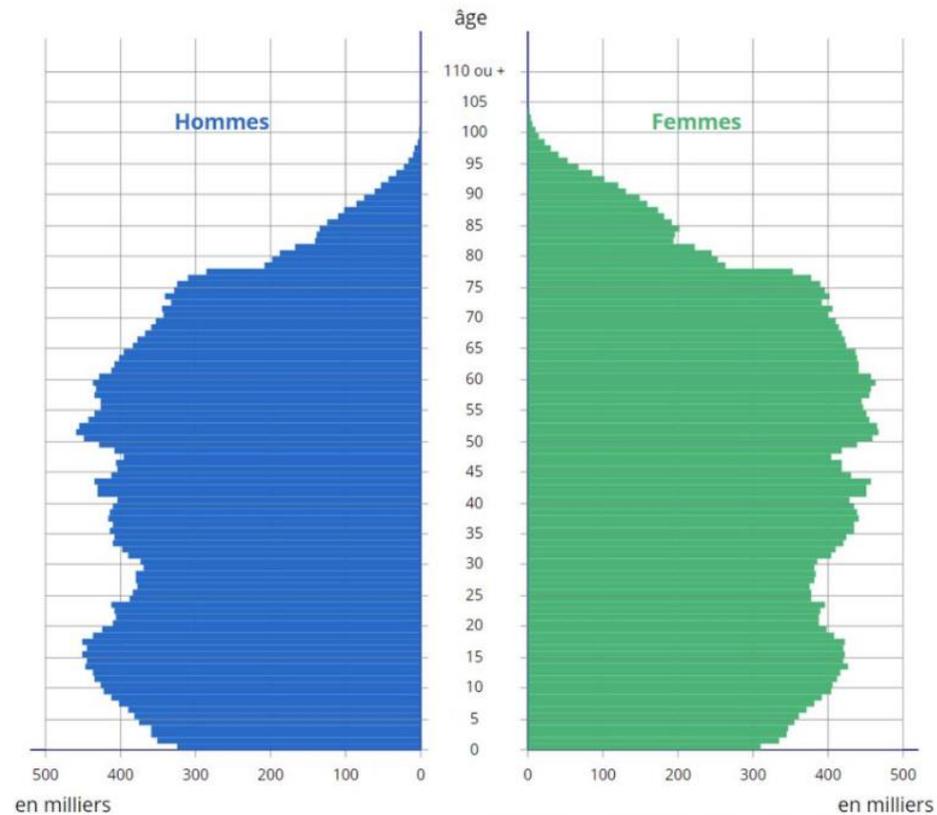


1

2

Qu'est-ce qui explique selon vous ces 2 grands changements ?

# Pyramide des âges : 2024



# Les personnes âgées en France

Baby boom  Papy Boom

Plus de classes « âgées » (27%) par rapport aux classes « jeunes » (24%)

 Les « âgés » ont dépassé les « jeunes »

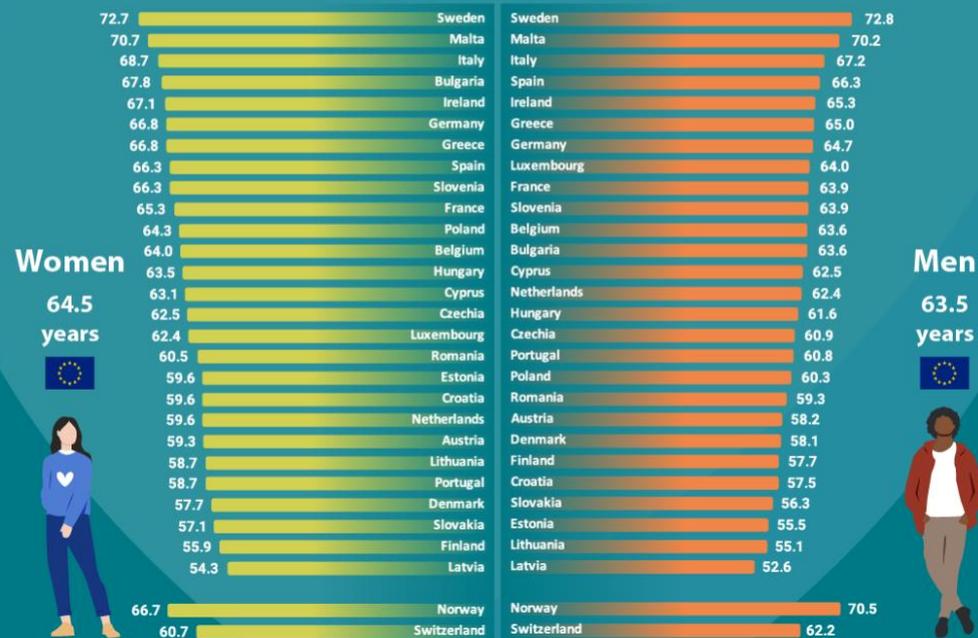
Espérance de vie à la naissance (2023) : ♀ 85,7 ans    ♂ 80 ans

 Depuis 60 ans,  de 12-13 ans

# Qualité de vie des personnes âgées

## Healthy life years at birth (2020 data)

 **Healthy Life Years:**  
the number of years that a person is expected to live without an activity limitation (disability).



# Silver economy

- En 2017 : l'économie auprès des seniors était estimée à 130 milliards d'euros à court terme

↓  
INVESTIR



# Représentations sociales de la vieillesse

---

# Définition vieillesse

- Définition floue
- Basées sur plusieurs critères
  - Critère physiologique
  - Critère socio-économique
  - Critère biologique

→ De nombreuses représentations



# « Cap » des 60 ans

Image positive



Image négative



# Construction de la représentation sociale

- Catégorisation
- Catégorisation sociale
- Stéréotype
- Discrimination
- Stigmatiser



Agisme : discrimination envers toute personne âgée = racisme

# Conduite à tenir



- Limiter les effets de l'âgisme
- Ne pas infantiliser
- Se concentrer sur la personne, ses capacités
- Accepter de se faire surprendre
- Lutter contre les stéréotypes
- Prendre du recul sur les représentations sociales

**Il existe des liens entre images, représentations et comportement**

# Le concept de fragilité

---

# La fragilité en gérontologie

- Définition : diminution des capacités physiologiques (psychologiques, physiques, psychiques) de réserve ne permettant plus à l'individu de répondre à ses besoins ou à une situation de stress → **ne peut plus s'adapter**
- Augmentation du nombre d'hospitalisations
- Augmentation de la durée de séjour à l'hôpital



Augmentation de la mortalité

# Les différents types de fragilité

Sociale



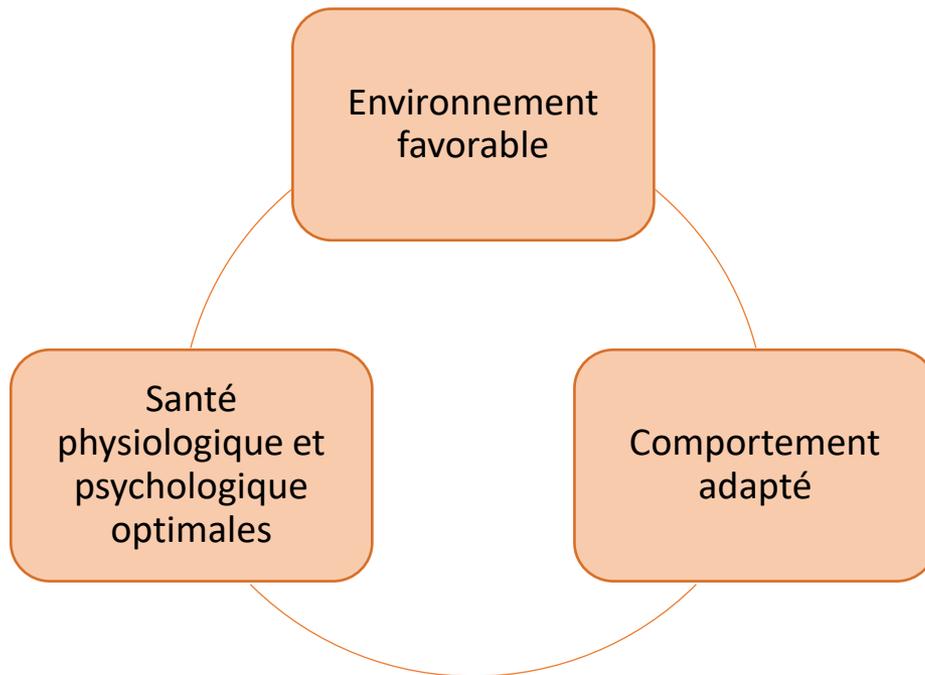
Culturelle



Identitaire



# Être en bonne santé



**Objectif : s'adapter**



# Vieillissement et polypathologie

- Phénomènes dégénératifs
- Effets biologiques du vieillissement
- Exposition plus longue à des facteurs de risque

→ Augmentation de la fréquence de certaines maladies



Vieillissement  polypathologie MAIS augmente le risque de polypathologie

# Le syndrome de glissement

- Sujet âgé fragile et polypathologique
- Facteur déclenchant physique et/ou psychologique
- Intervalle libre
- Changement de comportement brutal
- Evolution rapide
- Aggravation inexorable
- Pronostic sombre
- Perte d'autonomie
- AEG majeure
- Refus
- Volonté de mourir



# Deuil



Non pathologique

Processus d'adaptation

5 étapes :

- Dénier
- Colère
- Marchandage
- Dépression
- Acceptation

# Syndrome gériatrique

---

# Définition



- Augmentation de la fréquence d'apparition
- Accumulation de déficits et de maladies de plusieurs systèmes
- Perte d'indépendance fonctionnelle
- PEC multifactorielle

# Les principaux syndromes gériatriques

- Fragilité
- Dénutrition
- Confusion mentale
- Perte d'autonomie
- Dépression
- Chutes répétées
- Déshydratation
- Risque iatrogène
- Démence
- Escarres
- Ostéoporose
- Incontinence
- Sarcopénie
- Immobilisations
- Maltraitance

# Conséquences

- Fréquents
- Sous-diagnostiqués
- Coûteux
- Facteurs de risque
- Multifactorielles
- Prévisibles
- Curables
- Pénibles



# Evaluation gérontologique standardis e

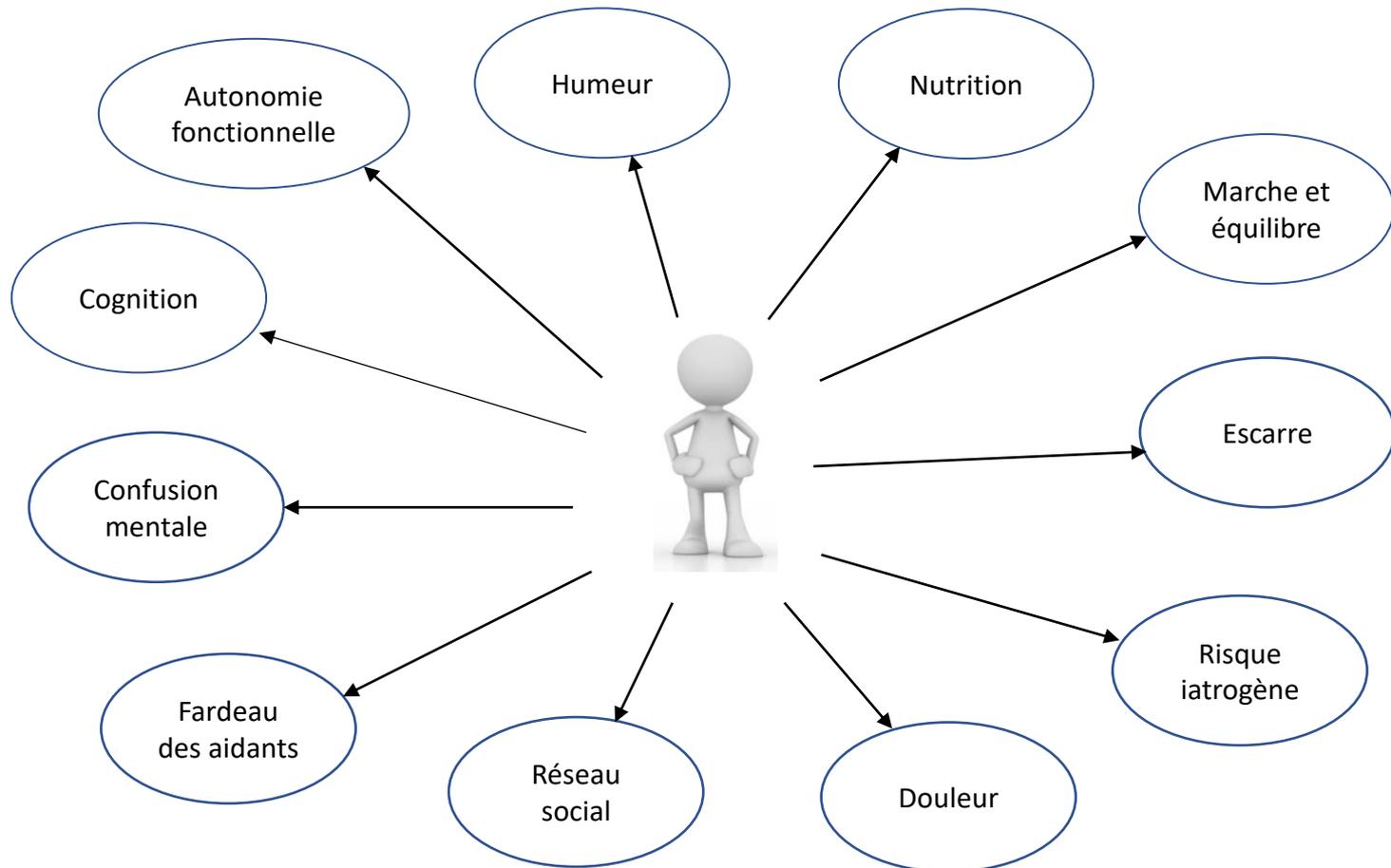
---

# Intérêts



- Analyse globale
- Compléter la démarche médicale « classique »
- Réfléchir en équipe pluridisciplinaire
- Recherche systématique des syndromes gériatriques
- Agir sur tous les aspects modifiables
- Limiter les oublis
- Utiliser des échelles et outils validés

# Qu'est-ce que l'EGS ?



# Objectifs de l'EGS

Identifier les  
déficiences

Identifier les capacités  
restantes

Trouver des solutions  
**individualisées**



# Escarre

Définition : lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

Escarre ≠ abrasion cutanée

Âge moyen : 74 ans 

Zones d'appui : talon, sacrum, épine scapulaire, occiput, grand trochanter, épicondyle coude, tête fibula, malléole, os coxal, processus épineux, acromion

---



# Les 3 types d'escarre

Accidentelle : liée à un trouble temporaire de mobilité

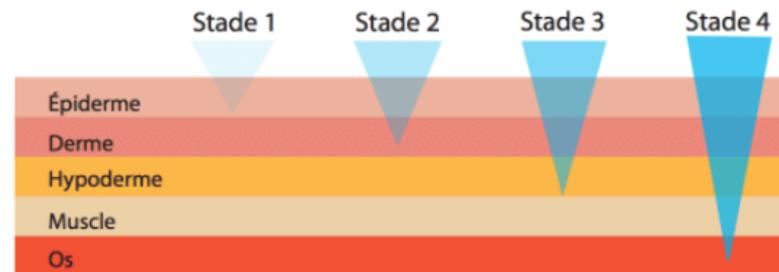
Neurologique : conséquence d'une pathologie chronique impactant la sensibilité et/ou la motricité

Plurifactorielle : pathologies chroniques, alitement prolongé, hospitalisation de longue durée

---

# Les 4 stades de l'escarre

STADE	LOCALISATION	ÉTAT CUTANÉ	DESCRIPTION	
1	Épiderme	Érythème	Rougeur persistante malgré la suppression de la compression	
2	Derme	Phlyctène fermée/ouverte	Phlyctène avec ou sans abrasion de l'épiderme et du derme	
3	Tissus mous	Escarre superficielle	Atteinte du tissu sous-cutané	
4	Muscles, tendons jusqu'à l'os	Escarre profonde	Ulcération tendino-musculaire voire osseuse	



# Facteurs de risque généraux

- Pression
- Frottement
- Cisaillement
- Manque de mobilité
- Humidité
- Manque de sensibilité
- État psychologique altéré (ne pas avoir conscience de...)



## Facteurs de risque spécifiques au sujet âgé

- Fièvre
- Diminution de la pression artérielle (moins bonne oxygénation des tissus)
- Diminution des apports énergétiques
- Maladies cardio-vasculaires
- Fragilité de la peau
- Dénutrition
- Déshydratation



# Conséquences

Douleur

Augmentation de la durée de séjour

Souffrance psychique et morale

Perte d'autonomie

Hospitalisation

Coût

Altération de la qualité de vie



Escarre : un  
syndrome  
gériatrique

# Traitement

- Désinfecter la plaie + l'isoler (nettoyage + la protéger)
- Identifier les facteurs de risque
- Diminuer la pression
- Utiliser des supports adaptés au patient
- Surveiller l'état cutané
- Maintenir l'hygiène de la peau
- Assurer l'équilibre nutritionnel
- Participation du patient et de son entourage dans les soins
- Assurer la continuité des soins



# Conduite à tenir

- Contrôler le positionnement du patient
- Retrouver une mobilité
- Changer de position régulièrement
- Apprendre au patient à soulager ses points d'appui
- Travail des transferts
- Marche

**Cylindre de protection** - POL40  
**Demi-ronde d'abduction pour cylindre** - POL70  
 La forme arrondie le destine à une utilisation sous des zones fragiles : mise en décharge des talons, support des genoux, ... mais il apporte aussi des solutions pour des zones d'appui longues et étroites : support de bras, protection des jambes, ... La mise en place du demi-ronde POL70 permet de protéger les genoux en abduction.  
 POL40 : ø 16 x 70 cm / POL70 : adaptable sur cylindre ø 18 cm

**Coussin demi-tune / coussin d'allaitement**  
 POL50 / POL50P (finition tissu coton gratifié)  
 Ce coussin sert à maintenir agréablement le dos en place lors d'une position semi-assise au lit, ou en position de décubitus latéral. Suivant les fautes de repos, il peut être utilisé comme calage en position assise. Il peut être livré en finition agréable tissu coton finet, pour utilisation comme coussin d'allaitement.  
 Dimensions : 172 x 36 cm

**Coussin semi-fowler cylindrique en T**  
 Notre coussin maintient et cale confortablement les patients allités en position semi-Fowler. Ce coussin se place sous les coussins du patient avec le plat d'abduction cylindrique entre les genoux. Comme pour nos autres produits, pour parfaire le positionnement on peut utiliser un support pour les talons ou les bras.  
 POL112 - Dimensions : 60 x 25 ø 25 cm

**Cale de maintien triangulaire pour patient allité** - POL35  
 Cette cale de maintien est utilisée pour offrir une position adaptée aux patients allités. Elle permet un parfait maintien en mettant le dos dans une position confortable. Peut également être utilisée pour un positionnement semi-latéral, ou avec le dossier du lit redressé.  
 Dimensions : 60 x 40 cm

**Cale d'abduction** - POL75  
 La mise en place de cette cale permet de protéger les genoux en abduction en position allité.  
 Dimensions : 20 x 30 x 5 / H 14 cm

**Coussin polyvalent multi-usages** - POL38  
 Formé par 4 boyaux remplis d'osélets, ce coussin peut être plié, mis en rouleau pour convenir à un grand nombre de besoins de positionnement du patient allité. Décharge des talons, soutien du creux poplité, protection de la tête avec soutien de la nuque ... une vraie polyvalence.  
 Dimensions : 60 x 60 cm avec 4 boudins

**Coussins triangulaires de décharge** - POL36 / POL37  
 Ces coussins permettent de mettre le coude ou le talon en décharge avec une position confortable. Leurs hauteurs sont adaptées pour obtenir le meilleur soulagement possible de la pression d'appui au niveau du coude et du bras ou de la jambe.  
 POL 36 : 20 x 41 cm - Hauteur de 1 à 9 cm  
 POL 37 : 21 x 42 cm - Hauteur de 2 à 14 cm

**Ensemble de positionnement pour bras : comprend le support et le coussin**  
 Cet ensemble de 2 coussins permet de caler parfaitement le bras des patients hémiparétiques au fauteuil. Les 2 coussins s'assemblent grâce au velcro présent sur les 2 faces.  
 POL32 - Ensemble de positionnement pour bras  
 Coussin : 50 x 43 cm avec arrondi - Rouleau 43 cm ø 14 cm

# Risque iatrogène

Définition : l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments.

Risque qui augmente avec l'âge :  
**polymédication**

Médicaments les plus prescrits :

1. Cardio-vasculaires
2. Psychotropes
3. SNC (antalgiques)
4. Appareil digestif



# Données épidémiologiques

## Risque iatrogène:

- Responsable de + de 10% des hospitalisations chez les 65 ans et +
- 20% chez les 80 ans et +

## Incidence des accidents iatrogéniques chez les PA vivant à domicile:

- 50/1000 personnes par année
- Dont 27,6% considérés comme évitables

## Consommation journalière en moyenne :

- 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et +
- 3,3 pour les 65-74 ans
- 4 pour les 75-84 ans

## Dépense pharmaceutique:

- 850 euros par personne âgée de 65 ans et +
- 776 euros pour les 65-74 ans
- 971 euros pour les + de 75 ans

Risque iatrogène : un syndrome gériatrique

# Vieillesse et risque iatrogène

Ralentissement digestif : quantités dans l'organisme

Altération des organes d'élimination : accumulation + effets indésirables

Altération de l'équilibre : risque de chute

Diminution de la masse maigre : effets indésirables

Diminution de la sensation de soif : toxicité



**Efficacité + Tolérance + Toxicité : modifiées**

---

# Evaluation



**Observance des traitements +++**

Revoir l'ordonnance

A blank medical prescription form titled "Ordonnance biozone". The form has a header with the logo of "biozone" and the text "Ordonnance biozone". Below the header, there are several fields for patient information, including "Nom", "Prénom", "Date de naissance", "Sexe", "Adresse", "Code postal", "Ville", and "Téléphone". There are also two barcode-like fields. The main body of the form is mostly blank, with some faint text at the bottom. The form is framed by a thin black border.

# Conduite à tenir



- Conseils sur l'automédication
- Alerter sur la polymédication
- Sensibiliser les patients à l'observance
- Pilulier
- Pluridisciplinarité





# Réseau social

Définition : groupe de personnes liées par des goûts, des intérêts communs

Evaluation :

- Entourage du patient (familial, voisinage)
  - Aides à domicile
  - Professionnels de santé
  - Loisirs
  - Commerçants à proximité
-

# Epidémiologie

## Isolement :

2 millions de personnes en France de + de 60 ans = isolées

3<sup>ème</sup> pays d'Europe le plus touché

530 000 personnes en état de « mort sociale »



**L'isolement social : un syndrome gériatrique**

---

# Causes

- Retraite
- Éclatement familial
- Perte du conjoint
- Décalage des générations
- Perte d'autonomie
- Précarité
- Troubles sensoriels



# Solutions

- Présence familiale
- Aides à domicile
- Coordination du réseau de santé
- Investissement social
- Nouvelles technologies
- Téléassistance
- Aides de l'état : APA



# Fardeau des aidants

Aidant : Toute personne qui apporte un soutien à une personne dépendante dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou qui a besoin d'une surveillance quotidienne et régulière.

Fardeau : chose pesante, qui est pénible à supporter (physique et/ou moral)

Echelle : Zarit



**Cotation :**  
 0 = jamais  
 1 = rarement  
 2 = quelquefois  
 3 = assez souvent  
 4 = presque toujours

**À quelle fréquence vous arrive-t-il de...**

Zarit

Score ≤ 20 : charge faible  
ou nulle

21 < Score < 40 : charge  
légère

41 < Score < 60 : charge  
modérée

60 < Score : charge  
sévère

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

# Epidémiologie

- + de ¼ des PA de 60 ans ou + reçoivent une aide
- 50% des + de 75 ans ont recourt à une aide
- GIR 1 à 5 : sont quasiment toutes aidées pour le maintien à domicile

## Parmi ceux qui ont une aide :

- 48% sont aidées par leur entourage
- 32% aide professionnelle + entourage
- 20% aide professionnelle



# Causes de l'épuisement

- Modification de la relation aidé/aidant
- Charge de travail trop importante → déséquilibre de la vie de l'aidant
- Souffrance morale
- Fatigue physique
- Stress
- Sentiment de solitude
- Contrainte temporelle
- Miroir de leur « future situation »
- Manque de coordination entre les différents professionnels



# Solutions

- Identifier les situations de souffrance
- Trouver des solutions **ensemble**
- Communiquer
- Aides de l'Etat
- Sensibiliser et former à la PEC à domicile
- Coordination des différents acteurs



**Ne pas négliger la santé des aidants au détriment de celle de l'aidé**

# Confusion mentale

Définition : Dysfonction cognitive brutale, aiguë, globale, fluctuante et réversible. Le diagnostic est entièrement basé sur la clinique.

Echelle : Confusion Assessment Method (CAM)



## CAM

### **1 Début soudain et fluctuation des symptômes**

- Le patient présente-t-il un changement de l'état mental de base?
- Ce comportement fluctue-t-il au cours de la journée (présence/absence ou intensité)?

### **2 Inattention**

- Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention?
  - Perd-il le fil du discours?
  - Est-il facilement distrait?

### **3 Désorganisation de la pensée**

- Le discours du patient est-il incohérent et désorganisé?
  - La suite d'idées est-elle illogique/imprévisible?
  - Le patient passe-t-il du coq à l'âne?

### **4 Trouble de la vigilance**

- Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient?
  - Alerté (normal)
  - Vigile
  - Léthargique
  - Stuporeux
  - Comateux

Critère présent si le patient n'est pas alerte

**Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4**



# Généralités

- Favorisée par le vieillissement
- Facteur de vulnérabilité
- Facteur précipitant
- PEC multifactorielle

La confusion mentale : un syndrome gériatrique





# Diagnostic

- Début brutal, fluctuation des signes
- Perturbation de la conscience de soi et de son environnement
- Trouble de l'attention
- Troubles cognitifs
- Troubles de la vigilance
- Troubles psychiatriques
- Mise en évidence d'une affection médicale ou d'une prise de substance pouvant expliquer les troubles

Rq : on peut être dément et confus

---

# Facteurs prédisposants

- Démence
- Immobilisation, contention
- Déficit sensoriel
- Comorbidités multiples
- Dénutrition
- Polymédication
- ATCD confusion
- Troubles de l'humeur
- Dépendance
- Alcool





# Facteurs précipitants

- Infection, fièvre
  - Médicaments
  - Troubles du rythme
  - AVC, TC, épilepsie
  - Hypoglycémie, déshydratation
  - Dépression
  - Douleurs aiguës, fécalome
  - Alcool
-

# Conduite à tenir

- Prévention
- Surveillance
- Alerter sur tout changement de comportement
- Identifier les causes
- Traitement médicamenteux
- Traitement non pharmacologique



# Aspect psychologique de la personne âgée

---

# Effet du vieillissement sur la psychologie

## Diminution des capacités d'adaptation :

- Besoin de sécurité, conservation des repères
- Difficultés à changer d'habitudes
- Fatigabilité, douleurs
- Demande énergétique majorée

## Changements de centre d'intérêt :

- Démotivation
- Moins d'implication personnelle
- Difficultés à se réinvestir
- Désengagement

## Diminution de l'activité physique :

- Diminution de l'activité physique et psychique
- Modification du statut social
- Activités occupationnelles

Nos idées influencent notre manière de vieillir

# Vieillesse et « deuil de soi »

- Miroir de sa propre mort
- Perte de soi
- Touche le narcissisme de l'identité
- Deuil de ce que l'on a été
- Douloureux
- Angoissant
- Ne pas être indispensable : la vie continue après nous





Vie en institution

**Pourquoi les PA sont  
institutionnalisées ?**

# Vie en institution (2)

## EHPAD : lieu de vie + lieu de soins

Entrée : traumatisme → état de vulnérabilité, choix des proches ou consentement du patient ?

Respect de la singularité, de l'identité, respect de l'autonomie, respect de l'intégrité, de son histoire

Être au service de la PA

Préservation du statut social et de citoyen → expression de la vie affective et sexuelle

Accompagnement des proches

# Trouble du comportement chez le sujet âgé

---

# Quelques définitions

Affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales.

Comportement inadapté selon la norme attendue

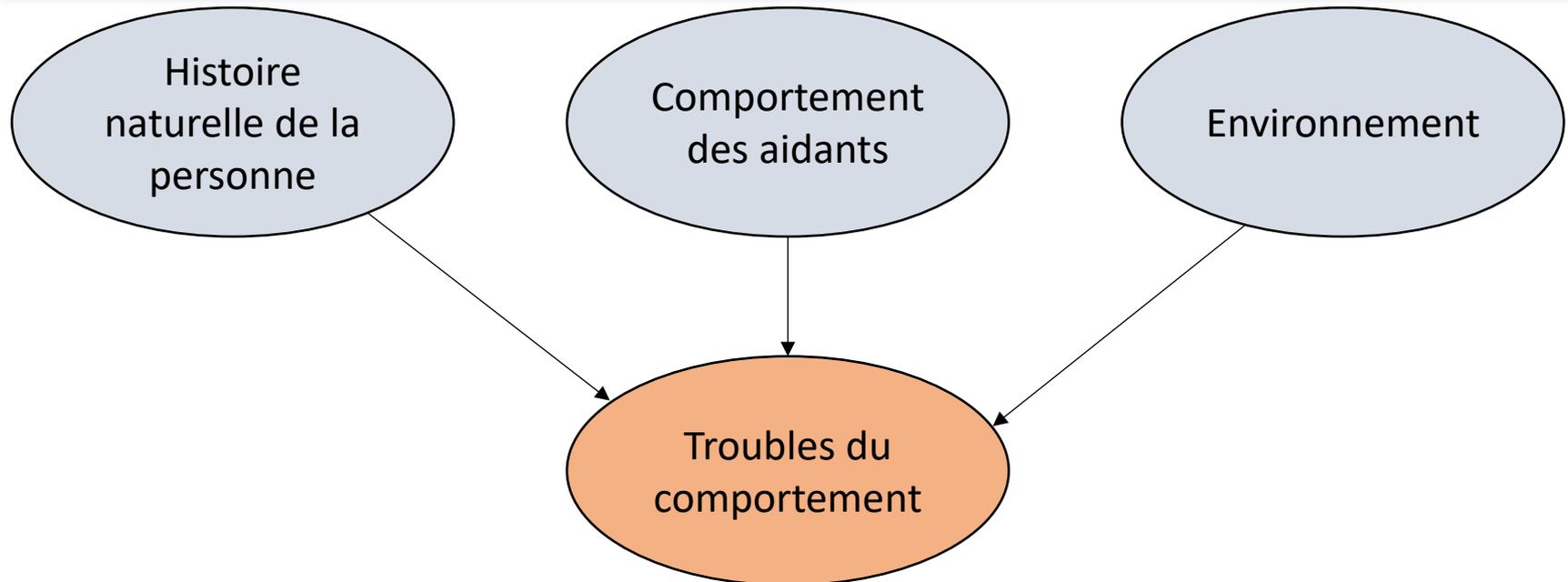
Comportement adapté selon une norme inattendue

→ Directement lié au contexte social et culturel



Trouble : témoigne d'une grande souffrance = symptôme de la non-verbalisation

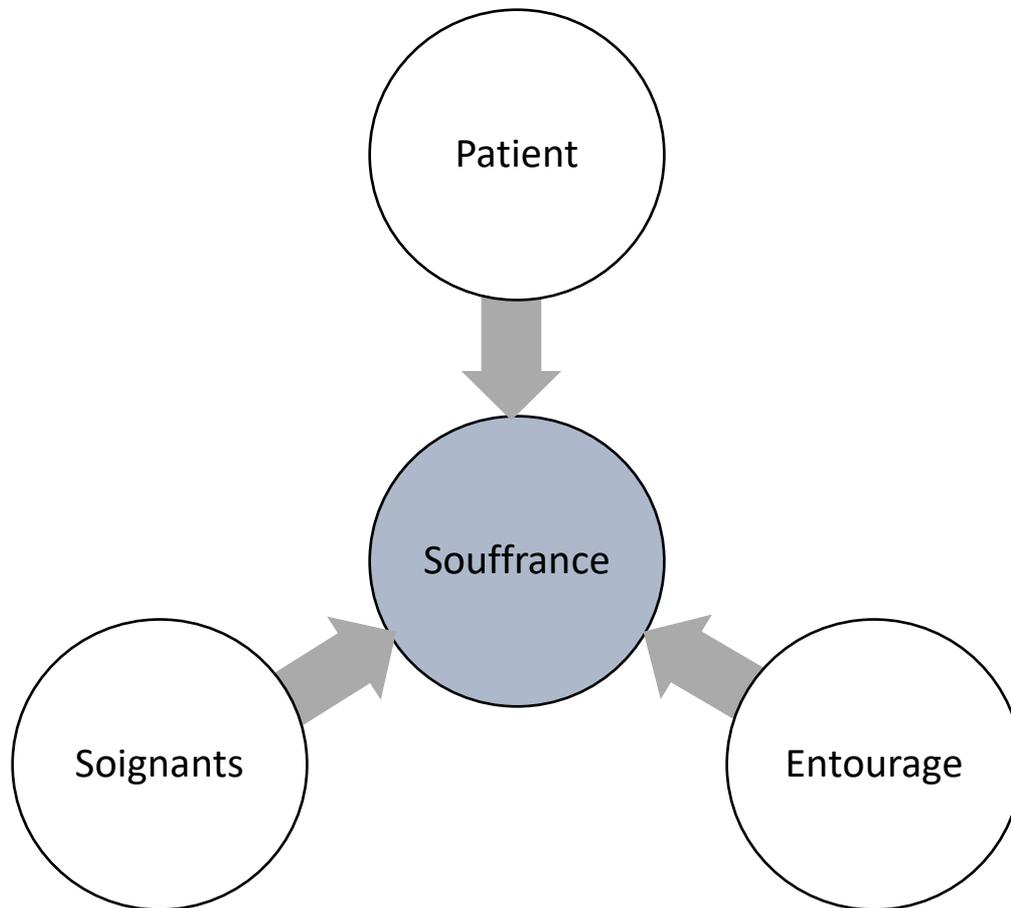
# Origine et enjeux



Pour les soignants et l'entourage : ARRÊT de ces troubles

Pour le patient : Trouver un sens à son vécu, son histoire

# Conséquences



# Diagnostic

## Rechercher la cause :

- Pathologie organique : fécalome, déshydratation, infection urinaire, globe urinaire
- Iatrogène
- Trouble psychiatrique préexistant
- Trouble neurocognitif sous-jacent



# 3 composantes du milieu de vie adéquat

## Humaine

- AVQ
- Autonomie fonctionnelle

## Organisationnelle

- Respect de la personne
- W équipe
- Être professionnel

## Environnementale

- Petite structure
- Ouverture sur l'extérieur



# Solutions

- Signaler tout changement de comportement
- Replacer la personne au centre du projet de soin
- Aménager des pauses pour tous les acteurs
- Accepter ses propres sentiments face au patient
- Accepter les émotions du patient
- Être vigilant, bienveillant
- Communiquer
- Formation des acteurs, accepter le changement des pratiques

# Bienveillance et maltraitance

---

# 4 principes éthiques

- Bienfaisance : apporter un bénéfice
- Non-malfaisance : ne pas porter atteinte à l'intégrité
- Justice : droits, libertés
- Autonomie : choix, consentement



# Bientraitance

## Communication (4 variables)

1. « Observer sans juger »
2. « Reconnaître ses sentiments pour permettre à l'autre d'exprimer les siens »
3. « Exprimer et avoir conscience de ses besoins pour mieux comprendre ceux d'autrui »
4. « Bien formuler ses demandes et expliquer à l'autre quelles actions peuvent contribuer à mon bien-être »

## Suivi du patient + continuité des soins

# Maltraitance

Définition : « La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. »

Types : violences physiques, sexuelles, psychologiques, morales, matérielles et financières, l'abandon, le **défaut de soins** et l'atteinte grave à la dignité ainsi que le **manque de respect**.

Conséquences : physiques et mentales, financières et sociales

Remarque : maltraitance « ordinaire » = « passive » = « institutionnelle » : non volontaire

# Conduite à tenir

- Qualité humaine
- Formation des soignants
- Information des aidants pour comprendre
- Adaptation des aides à domicile
- Suivi régulier du patient



→ Améliorer les pratiques professionnelles, la qualité des soins et la sécurité des soins

→ Démarche active

# Clés pour réussir

- Considérer l'autre comme un être humain
- Le respecter
- Améliorer son bien-être
- Bienveillance et/ou respect des 4 principes éthiques
- Être bien soi-même
- Prendre le temps
- Savoir se remettre en question : analyse des pratiques, groupes de parole
- Création d'une relation soignant/soigné
- Inclure l'entourage du patient
- PEC globale, centrée sur le patient et ses envies

# Les contentions

## Les différents types :

- Chimique : médicaments sédatifs
- Architecturale : enfermement de la personne dans sa chambre, digicode, bracelet anti-fugue, caméras de surveillance
- Psychologique : injonctions collectives et répétées à la personne
- Physique : sangle/gilet thoracique, ceinture, attaches de poignets et de cheville, siège gériatrique, adaptable, barrières de lit, draps/vêtements

Actives : but rééducatif

Passives : sur prescription médicale

# Les contentions passives

Définition de contention passive : 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.

## Motifs de contention :

- Chute de la personne âgée
- Agitation
- Déambulation
- Poursuite du TTT thérapeutique (sans que la personne âgée l'interrompe)
- Utilisation de la contention pour compenser le manque de personnel

# Conduite à tenir

## Les contentions passives doivent être mises en place :

- Rester exceptionnel + urgence médicale
- En dernière intention
- Après réflexion pluridisciplinaire pour évaluer le rapport bénéfice/risque pour le patient
- Surveillance toutes les 24h
- Traçabilité dans le dossier de soin

Informé le patient + ses proches et obtenir leur consentement → respect du principe d'autonomie.

Le choix de la contention est individualisé + sécuritaire + dans le respect de l'intimité et de la dignité du patient.

La contention doit être régulièrement levée pour permettre à la personne âgée de garder son autonomie dans les AVQ.

# Conséquences

- Majorent le risque AEG
- Augmentent la durée de séjour à l'hôpital
- Augmentent le taux de mortalité des personnes âgées
- Majorent la fragilité de la personne âgée
- Augmentent le risque de chute
- Augmentent le risque de blessures
- Augmentent le risque de mort
- Participent au non-respect du principe d'autonomie
- Non-respect de la liberté du choix de vie
- Non-respect de la liberté de vie sociale et culturelle
- Non-respect du principe de liberté établi par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen
- Alternatives aux contentions : remédier aux causes médicales, aménagement de l'environnement, amélioration des attitudes/connaissances des professionnels

# Bonnes pratiques

- Pratique qui s'inscrit dans l'accompagnement des droits des personnes âgées
- Répond à des réglementations
- Répond à des protocoles précis
- Sur prescription médicale
- Discutée en réunion pluridisciplinaire : évaluation permanente de la balance bénéfice/risque
- Surveillance de l'état de santé de la personne âgée par toute l'équipe soignante : physique, psychologique et environnemental
- Loi Kouchner du 4 mars 2002 : informer le patient sur son état de santé, droit de consentement
- Approche bienveillante des contentions : décret de compétences des professionnels de santé → identification des risques et du confort de la personne

# Quelques conseils

- Prendre conscience que mettre un adaptable devant une personne âgée = une forme de contention

plutôt demander à la personne si elle veut la table devant elle ou plutôt à côté ?

- Ne pas mettre les barrières de lit automatiquement

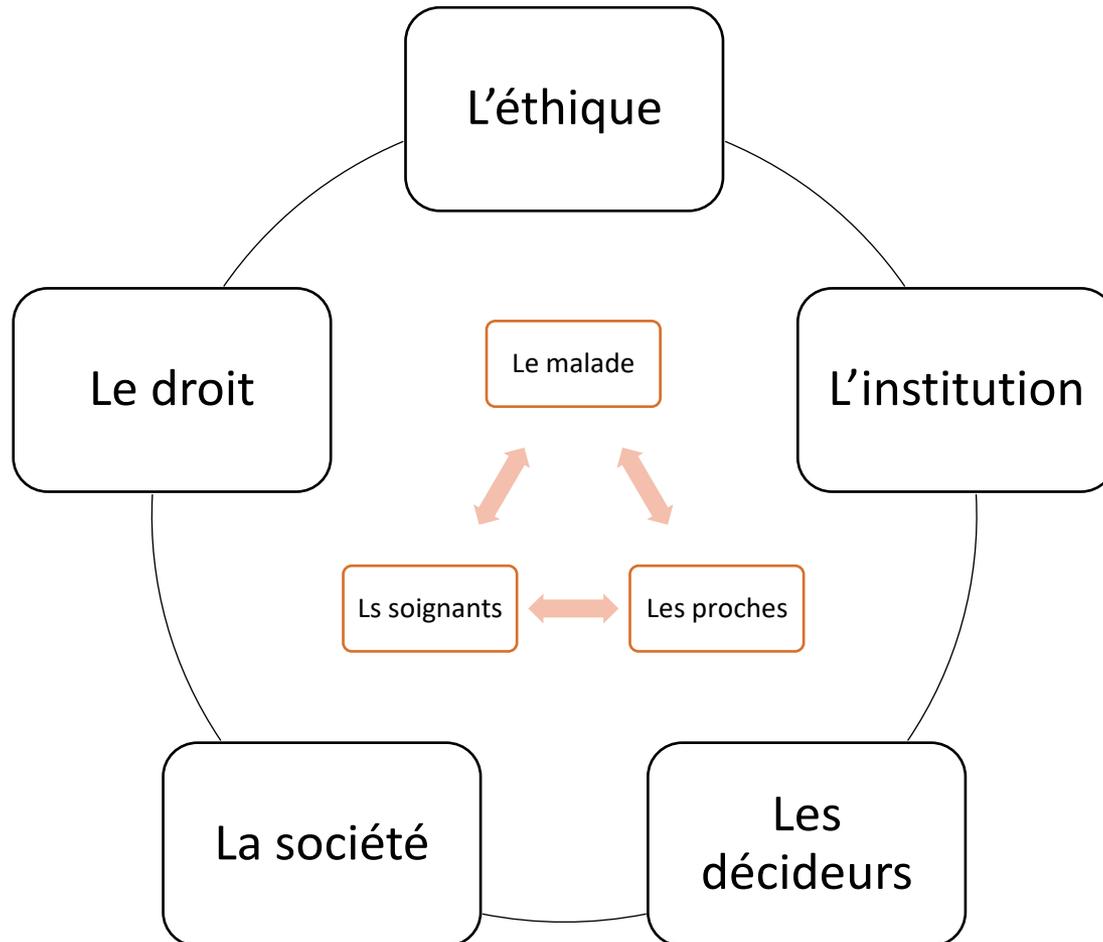
Se poser des questions

- Ne pas oublier de donner la sonnette avant de sortir de la chambre
- S'il y a une contention, vérifier qu'elle ne blesse pas le patient, vérifier qu'elle est prescrite
- Comprendre pourquoi elle est prescrite, vérifier qu'il n'y a pas d'autres alternatives possibles

# Ethique et sens des soins

---

# Les acteurs de la décision



# Grands principes éthiques

- Humanité
- Dignité
- Justice
- Finalité : aspect déontologique
- Utilité/futilité : bénéfice/risque
- Bienfaisance/non-malfaisance
- Autonomie



# Décision éthique

La manière de prendre la décision est aussi importante que la prise de décision en elle-même

- 1) **Compétence** (diagnostic, connaissances, experts)
- 2) **Référence** (lois, cultures, codes moraux)
- 3) **Compassion** (considérer l'autre jusqu'à la fin)



# Contexte de décision

## Ambivalence de l'être humain face à la mort :

- Patient (crainte, changement d'humeur)
- Entourage (agressivité, culpabilité, épuisement, douleur, omniprésence/absence)
- Professionnels (contradictions dans les décisions, juste distance ?)

# Charte éthique et Accompagnement du Grand Âge

- 1 - Reconnaître chaque personne dans son humanité et sa citoyenneté, dans son inaliénable dignité et dans son identité singulière.
- 2 - Favoriser l'exercice par la personne de l'ensemble de ses potentialités. Se préoccuper de l'effectivité de ses droits.
- 3 - Être à l'écoute de ce que la personne sait et de ce qu'elle exprime. L'informer de façon honnête, adaptée et respecter ses décisions.
- 4 - Garantir un accès équitable à des soins et à des aides appropriés.
- 5 - Protéger le droit pour chaque personne d'avoir une vie sociale, une vie familiale, une vie affective et une vie intime.
- 6 - Accompagner la personne de manière globale et individualisée, même lorsque des aides ou des soins importants sont nécessaires.
- 7 - Faire en sorte que chacun puisse bénéficier, jusqu'au terme de son existence, de la meilleure vie et de la meilleure qualité de vie possible.
- 8 - Respecter dans leur diversité les savoirs, les compétences, les rôles et les droits des familles et des proches. Soutenir les aidants familiaux et les proches aidants.
- 9 - Prendre soin des professionnels et des bénévoles, les considérer et les soutenir dans leur engagement auprès des personnes.
- 10 - Prendre des décisions informées, réfléchies et concertées, dans l'intérêt de tous

# Fin de vie et soins palliatifs

« Laisser mourir et non faire mourir »

Soins palliatifs : « Soins actifs et continus pratiqués par une **équipe multidisciplinaire**, en institution ou à domicile. Ils visent à **soulager** la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à **sauvegarder la dignité** de la personne malade et à **soutenir son entourage**. » (loi du 9 juin 1999, Article 1-L1B)

Loi Leonetti (avril 2005) : soulagement de la douleur, droit de refuser un TTT, éviter toute obstination déraisonnable, procédure collégiale, consentement

# Conclusion

---

# Conduite à tenir

PEC de la personne âgée dans sa globalité

Inclure et soutenir l'entourage

Communiquer : alliance thérapeutique

W pluridisciplinaire

Alerter, signaler, prévenir

Approches non médicamenteuses

Être bien soi-même

Être ouvert d'esprit

Respect, écoute, bienveillance

Merci de votre attention

# Bibliographie

- Dictionnaire encyclopédique de langue française [Internet]. Editions Larousse. 2020. Disponible sur: <http://www.larousse.fr>
- Athari E, Robert-Bobée I. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. Paris: INSEE; 2019.
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Pyramide des âges 2020, statistiques de l'état civil et estimation des populations. Paris: INSEE; 2020.
- Gauthier H, Gaymu J. Le vieillissement démographique. Geronto et Societ. 2003;26 / n° 107(4):13.
- Centre d'observation de la société. L'espérance de vie progresse moins vite. Paris: COMPAS; 2020
- Eurostat. Healthy life years at birth. Luxembourg: Direction Générale de la Commission européenne; 2020.
- Ministère de l'Economie, des Finances et de la Relance, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des Femmes. Qu'est-ce que la Silver Economie ou économie des seniors ? Paris: Bercy Infos; 2017
- Collège National des Enseignants de Gériatrie. Le vieillissement humain. Paris: Université Médicale Virtuelle Francophone; 2009.
- Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse et santé. Genève: OMS; 2020.
- Déchamp-Le Roux C. La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? Geronto et Societ. 2012;35 / HS n° 1(5):81.
- Eurostat. Healthy life years at birth. Luxembourg: Direction Générale de la Commission européenne; 2020.
- Santé Publique France. Bien vieillir. Paris: SPF; 2019.
- Libault D. Concertation Grand âge et autonomie. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019.
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017 Feb;5(2):e147-e156.
- Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Public Health 2018.
- Haute Autorité de Santé. Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Paris: HAS; 2015
- Ministère chargé de l'autonomie. Isolement social des aînés : des repères pour agir. Ministère des Solidarité et de la Santé: Paris; 2021
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. DREES: Paris; 2011

# Bibliographie (2)

Santé Publique France. Bien vieillir. Paris: SPF; 2019

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ». Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2017

Laboratoire d'Analyse et de Traitement Informatique de la Langue Française. Trésor de la langue française informatisé [Internet]. Paris: ATILF; 2004. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr>

Haute Autorité de Santé. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. HAS: Paris; 2001

Assurance Maladie. Médicaments après 65 ans : effets indésirables fréquents (iatrogénie). Ameli: Paris; 2022

Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rotschild J, Debellis K. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA 2003;289(9):1107-16.

Haute Autorité de Santé. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. HAS: Paris; 2005

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2002. Paris: DREES; 2002.

Caradec, V. Vieillir, un fardeau pour les proches ? . Lien social et Politiques n° 62 (2009) : 111–122

Haute Autorité de Santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. HAS: Paris; 2009

Zarate-Lagunes, M., Lang, P., Zekry, D., Syndrome confusionnel du sujet âgé : les difficultés d'un diagnostic facile, Rev Med Suisse, 2008/178 (Vol.-6), p. 2392-2397.

Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M. & Raffard, S. (2014). Chapitre 1. Approches psychologiques du vieillissement. Dans : , C. Fantini-Hauwel, M. Gély-Nargeot & S. Raffard (Dir), Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante (pp. 1-36). Paris: Dunod.

Sider, M. Libres propos l'entrée en institution. Gérontologie et société, 28(112), 199-213

Haute Autorité de Santé. Qualité de vie en EHPAD (volet 2), organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. HAS: Paris; 2011

Krotenberg, A. Lambert E. « Chapitre II. Les troubles du comportement : un terme générique pour désigner des situations très variées », , Scolarité et troubles du comportement. Des solutions pour enseigner, sous la direction de Krotenberg Alain, Lambert Éric. Champ social, 2012, pp. 53-92.

Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre. Paris: HAS; 2008.

Haute Autorité de Santé, Fédération des Organismes Régionaux et Territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé. Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD. Paris: HAS; 2021.

Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris: Belles Lettres; 2008.

Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des personnes âgées. OMS: Genève; 2021

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.

Ministère des Solidarités et de la Santé. Charte éthique et accompagnement grand âge. Ministère des Solidarité et de la Santé: Paris; 2021

Haute Autorité de Santé. « Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? ». HAS: Paris; 2016

Ricot, J. « Fin de vie : repères éthiques et philosophiques », *Laennec*, vol. 52, no. 1, 2004, pp. 7-25.