

## **MOOC CHUTE 25**

### **Témoignage d'une représentante des usagers**

Catherine OLLIVET – Représentante des usagers (France-assos-sante Ile-de-France)

Je crois que la prévention des chutes ça se fait en équipe dans laquelle est inclus le patient. Je vous donne un exemple très concret avant de réfléchir à toutes les propositions de bonnes pratiques, de référence des sociétés savantes sur la prévention des chutes, bon pied bon œil, etc.

Moi je vous dirai déjà il faut commencer par veiller à ce que chaque patient ait une accessibilité à sa poire d'appel malade, qu'il soit allongé dans le lit ou qu'il soit assis dans un fauteuil. Dans une majorité des cas c'est ça, c'est qu'on ne pense même pas que ça commence par faire que la personne soit en capacité d'appeler à l'aide quand elle en a besoin. Cela ça touche tous les âges et tous les patients quels qu'ils soient. Sinon, impulsivement, si elle ne peut pas appeler, elle va se lever pour aller aux toilettes, qui est la principale motivation, et elle va tomber.

Donc vous voyez ça passe d'abord, cette appropriation ça s'appelle réfléchir en incluant la personne elle-même dans le raisonnement des bonnes pratiques.

Et puis c'est sûr qu'il faut les convaincre, et plus on est vieux, plus c'est difficile de changer ses habitudes. Je dirai c'est même pas difficile, c'est douloureux. Souvent les repères de vie quand on regarde son environnement, les repères de vie à un âge avancé sont directement liés à des événements de la vie, ils sont souvent porteurs de sens, porteurs de mémoire, porteurs de joie ou porteurs de peine.

Et quand on se met à vous dire il faut changer votre environnement, retirer tel objet, retirer telle chose, telle chaise, ce tapis, les bibelots qui sont sur la table, c'est un immense bouleversement pour les personnes âgées, c'est une rupture, c'est une fracture et donc ça commence par associer la personne à ce qu'elle en capacité d'accepter. Et ça veut dire s'imposer pour les professionnels comme pour les proches aidants, je pense tout particulièrement aux enfants, aux aides ménagères, aux professionnels du domicile, et bien s'imposer de procéder par étapes. On ne peut pas convaincre une personne âgée dans ses rites, ses rituels et ses souvenirs d'abandonner du jour au lendemain tous ses repères. Donc on y va doucement, on la respecte.

Il faut associer les associations parce qu'elles sont des pairs, P-A-I-R-S, elles ont le vocabulaire, elles ont l'expérience de leur propre vécu. Il y a l'expérience additionnée, cumulée de l'ensemble des bénévoles et ils sont à la fois partie prenante sans être directement impliqués au premier degré. Et donc cette collaboration doit se créer avec les personnes concernées, leurs proches, les associations et les équipes de professionnels.

Il faut réussir à convaincre les personnes concernées qu'un certain nombre de démarches très simples sont dans leur intérêt. Le problème c'est quel vocabulaire utiliser, quel argument utiliser et comment respecter ses propres notions de ce qui lui est agréable, de ce qui lui est confortable. Je pense aux chaussures. Quand on est vieux et qu'on a les doigts

de pied tordus, déformés par l'arthrose, c'est vrai qu'une bonne vieille chaussure bien avachie c'est délicieux, c'est confortable. Et c'est vrai qu'elle est dangereuse. Mais voilà, comment faire pour que la personne ait des chaussures qui soient quand même jolies, ses chaussures de référence dans sa mémoire et en même temps qui soient quand même bien attachées ? Ça se négocie, ça s'explique.

Je pense aussi aux mauvais éclairages, ça c'est quelque chose de typique avec les lampes récentes. Beaucoup de personnes âgées ont dans leur logement des lampes tout à fait insuffisantes en termes de puissance d'éclairage et vont se retrouver avec des zones d'ombre épouvantables chez elles qui vont favoriser les chutes.

Mais vous avez aussi quelque chose qui est vraiment très déterminant, qui est l'habitude de certains médicaments et pour lequel c'est extrêmement difficile pour une personne qui prend tel médicament depuis 10 ans d'arriver à comprendre que ce médicament était bien pour elle avant et qu'il n'est plus bien pour elle maintenant. Et ça c'est vraiment une affaire de tact, de vocabulaire compréhensible. Le médecin, quand il n'arrive pas à convaincre son patient, il va se réfugier derrière des mots extrêmement élaborés, extrêmement techniques que la personne ne va pas du tout comprendre bien sûr, elle ne va pas adhérer, encore moins.

Dans les nécessités de protection qui peuvent être utiles ou même indispensables pour certains patients, il y a le recours à la contention qui pose quand même des problèmes éthiques, et là encore, c'est un regard très individualisé sur la personne, pourquoi pour telle personne a-t-on recours à la contention. Et on a autant un recours intempestif à la contention de la part des professionnels, par méconnaissance, qu'on a un recours à la contention ou une demande de contention par les proches aidants, auxquels on n'a absolument pas expliqué les tenants, les aboutissants et les dangers d'une contention inadaptée.

Donc je crois que c'est le même combat. Professionnels comme proches familiaux, c'est mesurer pourquoi dans certains cas c'est souhaitable, dans quelles conditions c'est souhaitable, dans quelles limites c'est souhaitable et pourquoi dans d'autres conditions la contention est une injure à la dignité de la personne et la met bien plus gravement en danger que si on lui laissait la liberté de descendre de son lit comme elle veut.