Compétence 6 : Prévoir les risques, mettre en place un relais et faire face aux situations d’urgences dans le cadre d’une prestation d’accompagnement

1. Les numéros d’appel d’urgence
2. Les centres antipoison
3. Qui sont les victimes d’accidents domestiques ? et pourquoi ?
4. Quelles sont les situations d’urgence ?
5. Quand l’accident arrive-t-il ?
6. Où l’accident arrive-t-il ?
7. Quelles sont les sources de l’accident ?
8. Pourquoi et comment intervenir ?
9. L’Etat de choc
10. Les chutes et les malaises (entraînant traumatismes crânien, fractures, plaies simples, séquelles psychologiques et psychomotrices)
11. Les blessures graves : coupures, chocs traumatiques, brûlures
12. Les intoxications, électrocution, étouffements
13. Les conduites addictives
14. L’addiction comportementale
15. Traiter les troubles addictifs
16. Où s’adresser ?
17. La maltraitance
18. Les différentes formes de maltraitance
19. Les signaux d’alerte
20. Des situations complexes difficiles à objectiver
21. La bientraitance
22. Le droit au répit du proche aidant
23. La déshydratation
24. Pourquoi les personnes âgées sont plus à même d’être déshydratées ?
25. Les symptômes associés à la déshydratation
26. Comment favoriser une bonne hydratation ?
27. Comment agir en cas de grande chaleur ou de canicule lorsqu’on accompagne des personnes âgées ?
28. Les capacités relationnelles et organisationnelles
29. Confiance en soi
30. Attitude rassurante
31. Vigilance et écoute de la personne

Compétence 6 : Prévenir les risques, mettre en place un relais et faire face aux situations d’urgence dans le cadre d’une prestation d’accompagnement

La situation d’urgence peut se définir comme un cas où la santé, la vie sont en danger. Elle résulte d’accidents de santé, de la vie courante ou domestiques. Elle nécessite d’agir vite et bien par des gestes appropriés. Souvent, elle suppose l’intervention d’un personnel qualifié disposant d’un matériel adéquat afin d’assurer les premiers secours et le transfert dans un centre de soins. Dans tous les cas, l’ADVF doit suivre la procédure **P A S** :

**Protéger Alerter Secourir**

**Protéger :** En premier lieu, il faut toujours assurer sa propre sécurité et celle des personnes présentes. L’ADVF doit alors analyser la situation :

* A proximité de la victime : y-a-t-il des objets blessants, du verre brisé, etc.
* Dans le domicile : l’eau ou le gaz sont-ils restés ouverts ?

**Alerter :** Appeler le numéro d’urgence en fonction de la situation et suivre les indications fournies. **Ne raccrocher jamais avant votre interlocuteur.**

Rester sur place pour guider les secours.

**Secourir :** Parler au blessé pour le rassurer, même s’il est inconscient, il entend. Couvrir le blessé, une personne en état de choc a toujours froid. Oter de sa bouche les corps étrangers (dentier si déchaussé…) avec un doigt replié en crochet. D’une manière générale, évitez de bouger la tête. Desserrer les vêtements (ceinture, cravate, etc.) et placer la personne en position latérale de sécurité si c’est possible et si vous savez le faire.

**Attention :**

Il ne faut jamais :

Donner à boire à un blessé

Déplacer un blessé sauf en cas de danger extrême

Transporter un blessé grave dans sa voiture

La notion de risque doit être prise en compte pour assurer la sécurité de la personne aidée quels que soient l’âge et sa pathologie.

1. Les numéros d’appel d’urgence

Les numéros de téléphone d’urgence permettent un appel gratuit. Ils sont accessibles 24h sur 24 et 7 jours sur 7 à partir d’un mobile (même si il n’y a pas de réseau ou que le forfait est dépassé) ou d’un poste fixe. L’ADVF doit les connaître, elle peut généralement les retrouver dans le cahier de liaison aux côtés d’autres numéros importants (proche référent, médecin traitant, centre antipoison le plus proche).

**Attention :**

Ne penser pas que d’autres ont déjà prévenu les secours, seule la présence des secours sur les lieux nous dispense de donner l’alerte.

**SAMU 15 :** Le centre 15 ou SAMU (service d’aide médicale urgente) est compétent en cas d’urgence médicale.

**POLICE 17 :** En cas de problème avec un tiers ou pour joindre un médecin de garde.

**POMPIER 18 :** Interviennent dans tous les cas de figure (urgences médicales, risques d’explosion, incendies, accidents de la route).

**N°EUROPEEN 112 :** Quel que soit le pays d’appel en Europe, la conversation se fera dans votre langue.

**Attendez-vous** aux questions qui vous seront posées en cas d’appel et préparer les réponses :

* Informations sur le lieu : adresse exacte de la victime et les moyens d’accès à l’appartement ainsi que les numéros de téléphone de l’appelant.
* Informations sur la personne : l’âge de la victime, le sexe, les antécédents, la prise ou non de médicaments.
* Informations sur les faits : Que s’est-il passé (accident de santé, accident domestique, etc.) ? Quelles sont les conséquences pour la victime ? Donner le plus de détails possibles.

1. Les centres antipoison

Les centres antipoison sont des centres d’informations sur les risques toxiques de tous les produits existants, médicamenteux, industriels et naturels. Ils ont un rôle d’information auprès des professionnels de santé et du public et apportent une aide par téléphone au diagnostic, à la prise en charge et au traitement des intoxications. Des médecins assurent une assistance permanente téléphonique gratuite (hormis le coût d’appel) 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

**Attention :** Contrairement aux numéros d’urgence, les centres antipoison ne possèdent pas de numéro unique. Il s’agit donc de contacter le centre le plus proche.

**En cas d’intoxication, appeler le centre antipoison (de préférence de votre région) et/ou un médecin et/ou le SAMU (15).**

N’attendez pas que les symptômes de l’intoxication apparaissent pour téléphoner.

Ne faites pas boire de lait ! Ne faites pas vomir ! C’est rarement indiqué et parfois même très dangereux.

Demandez d’abord l’avis du centre antipoison ou celui de votre médecin.

En cas de projection d’un produit dangereux dans les yeux ou sur la peau, rincer immédiatement, abondamment et longuement, plusieurs minutes, à l’eau claire.

En cas d’émanation de gaz dans un espace fermé, aérez bien le domicile.

**Attendez-vous** aux questions qui vous seront posées en cas d’appel et préparez les réponses :

* L’âge de la (ou des) victime(s), le poids, la taille ;
* La dénomination du (ou des) produit(s) à l’origine de l’intoxication (gardez l’emballage, le mode d’emploi et la notice à portée de main) ;
* A quelle heure et en quelle quantité le produit a-t-il été ingéré ou inhalé (temps d’exposition) ?
* Que s’est-il passé (accident, tentative de suicide, accident collectif, etc.) ? Donnez le plus de détails possibles.

1. Qui sont les victimes d’accidents domestiques ? et Pourquoi ?

Les victimes se comptent parmi tous les âges de la vie, et en particulier, le public dont s’occupe l’ADVF, car il s’agit d’une population à risques :

**Le petit enfant :** il est particulièrement exposé, l’apprentissage de la vie dans un environnement mal maîtrisé, son esprit curieux d’explorateur échappant à la vigilance parentale, l’imitation de l’adulte lui font prendre des risques non mesurés.

**L’adulte en situation de handicap :** il est par la nature même de son handicap mis en difficulté par un environnement qui lui est inadapté.

**La personne âgée :** Le vieillissement avec son cortège de pertes des réflexes, de force, d’équilibre, de vision n’entraine pas toujours, chez la personne âgée, une prise de conscience des risques, surtout dans des activités simples, automatiques, de la vie de tous les jours. L’isolement accentue la prise de risque et enfin l’apparition de certains troubles ou pathologies d’origine cognitive (comme par exemple la maladie d’Alzheimer).

1. Quelles sont les situations d’urgence ?

Les chutes : 45% des situations d’urgence.

Les coupures, les chocs traumatiques, les brûlures : 50% des situations d’urgence.

Les piqûres et morsures, les intoxications, les électrocutions, les étouffements et noyades : 5% des situations d’urgence.

1. Quand l’accident arrive-t-il ?

Le plus souvent à cause d’un défaut de jugement : les risques sont négligés ou méconnus ; les capacités sont surestimées.

Mais aussi lorsque notre attention est diminuée : fatigue, stress, énervement, impatience.

Enfin, en fonction du contexte : exiguïté de l’espace, vétusté du matériel, mauvais éclairage, etc.

1. Où l’accident arrive-t-il ?

A l’intérieur du domicile : Tous les lieux d’activités d’une maison (cuisine, salle de bain, escaliers, table à langer, etc.) peuvent être très dangereux, alors que le domicile renvoie l’image de confort et de sécurité.

A l’extérieur du domicile : (Dans son jardin, chez un voisin, etc.) Malaises, chutes, traumatismes, morsures, etc. La plupart des risques observés à domicile le seront aussi à l’extérieur. Pour une personne vulnérable, le danger est partout.

En ville : Ce qui fait la différence en ville, c’est que l’entraide peut faire intervenir un 2ème sauveteur ou la police, facilitant ainsi la protection, l’alerte, le secours en parallèle. Il s’agit d’éviter le sur accident sur la voie publique, de se protéger de la circulation et des passants (l’attroupement intempestif des passants peut gêner la manœuvre. Ne pas hésiter à réclamer un périmètre libre où interviennent seuls les sauveteurs). Essayer de s’abriter des intempéries.

1. Quelles sont les sources de l’accident ?

**Du fait de la personne**

* Avant de sortir, s’assurer de l’état de santé de la PA et de la bonne prise des médicaments.
* Une personne souffrant de diabète devrait toujours avoir du sucre sur elle.
* Une personne souffrant d’insuffisance cardiaque ne doit pas non plus oublier la « trinitrine » (TNT) si nécessaire.
* Penser à placer à proximité de la PA ses aides techniques : canne, lunettes, prothèse auditive, pour faciliter la déambulation et la perception.
* Une attention particulière sera apportée aux personnes souffrant de déficience intellectuelle ou de troubles cognitifs.

**Du fait de l’environnement**

* A l’extérieur, le mauvais temps, pluie ou verglas, est responsable de chutes. En hiver, bien chaussé, il faut sortir aux heures les plus chaudes de la journée. En période de canicule, pour prévenir insolation et déshydratation, il faut éviter de sortir aux heures les plus chaudes, se couvrir la tête, boire, rechercher l’ombre.
* Se méfier des phobies en lieux exigus (ascenseur), trop sombres, trop bruyants (fête foraine, centres commerciaux), etc.
* Se méfier des agressions visuelles (lumières vives chez l’épileptique).
* Se méfier des agressions psychologiques ou verbales (Altercation avec un passant en état d’ébriété, par exemple).
* Se méfier des zones mal éclairées et sans contraste pour les malvoyants.
* Se méfier des bacs à sable, de la plage, où l’on peut être blessé par des débris de verre, des aiguilles de seringues, etc.

1. Pourquoi et comment intervenir ?

Premier témoin de la situation d’urgence, l’ADVF aura à juger rapidement de la gravité de la situation, agir seule et/ou appeler du secours.

Si le « pourquoi intervenir » est une évidence, il faut néanmoins insister sur le rôle de l’ADVF et sa responsabilité. La non-assistance à personne en danger est l’engagement de la responsabilité pénale d’une personne qui n’interviendrait pas face à une personne courant un danger imminent.

L’engagement a lieu si et seulement si ces 3 critères sont présents :

* La personne a connaissance du danger ;
* Elle est en mesure d’agir ;
* L’action ne présente pas de danger pour la personne ni pour un tiers.

Ce que dit la loi : L’article 223-6 du code pénal français condamne l’abstention volontaire de porter assistance à une personne en péril.

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l’intégrité corporelle de la personne s’abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans d’emprisonnement et de 75000 euros d’amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s’abstient volontairement de porter à une personne en péril l’assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

**Avertissement :**

Les informations ci-dessous sont issues des recommandations de la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises publiées dans l’arrêté du 16 novembre 2011 modifiant l’arrêté du 24 juillet 2007 modifié et tenant compte de l’actualisation des recommandations de décembre 2016.

Ces informations ne vous permettront d’adopter un comportement utile pour les victimes que si vous avez suivi au préalable une formation aux premiers secours de type :

* Prévention et secours civiques niveau 1 (PSC1) ;
* Certificat de prévention secours intervenant à domicile (CPS) ;
* Sauveteur secouriste du travail (SST).

**Lors de la session de validation, la candidate doit désormais présenter un certificat relatif à la mise en œuvre de la prévention des risques professionnels et au secourisme.**

Les formations aux premiers secours sont donc désormais obligatoires pour obtenir le titre d’ADVF mais elles sont avant tout utiles, efficaces et indispensables. En effet, 15% des personnes formées pratiquent au moins un geste de secours dans l’année qui suit l’enseignement. De surcroît, si une personne est capable d’effectuer une réanimation cardio-ventilatoire (massage cardiaque + bouche à bouche), elle donne plus de chance à la victime d’être sauvée à l’arrivée des secours. Dans le cas de l’urgence cardiaque, l’intervention dans les 3 premières minutes est vitale.

**« Comment intervenir ? » en situation d’urgence et « Comment assurer une prévention primaire ».**

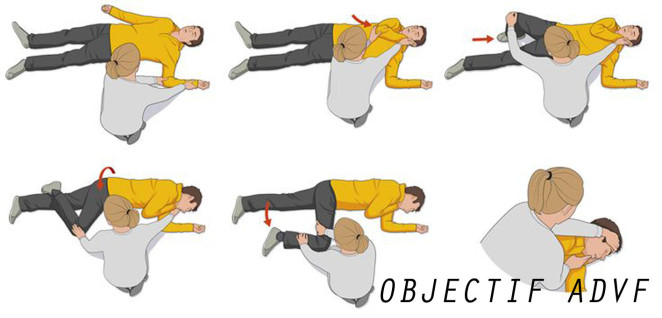
1. L’état de choc

Dans les secondes ou minutes qui suivent l’accident, la personne blessée peut présenter un visage pâle, transpirer, avoir froid, respirer faiblement et avoir un pouls discret et rapide : On dit qu’elle est choquée ou en état de choc.

Dans la crainte d’un évanouissement, l’ADVF doit allonger la victime, jambes surélevées, habits desserrés, la réchauffer avec une couverture et la rassurer en attendant les secours. Ne rien donner à boire, ni à manger, car la personne peut être prise de nausées ou de vomissements ou avoir ultérieurement besoin d’une anesthésie en vue d’une intervention.

**Si l’état de choc évolue vers l’évanouissement**

La personne ne répond plus et ne serre pas votre main. Il faut vérifier la respiration. En approchant son visage de celui de la victime, l’ADVF sent son souffle et voit le thorax bouger.



Il faut alors mettre la victime en PLS (**position latérale de sécurité**), c’est-à-dire sur le côté, un bras et une jambe repliés, tête en arrière, bouche ouverte dirigée vers le sol. Cela lui évitera d’inhaler ses vomissements. Contrôler sa respiration toutes les minutes.

**Si l’état de choc se complique d’un arrêt cardio-respiratoire**

La victime est évanouie (perte de connaissance ; perte de conscience) et ne respire plus.

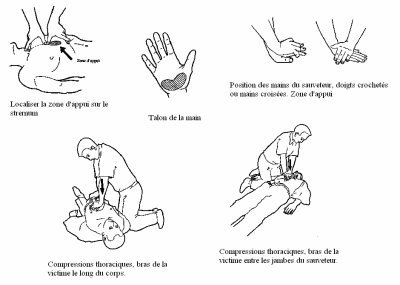
L’ADVF vérifie le pouls carotidien en déprimant la gorge au moyen de ses doigts. Non perçu, elle est face à un arrêt cardio-respiratoire : **Il y a urgence absolue !**

L’ADVF doit pratiquer immédiatement les gestes qui sauvent. La victime est mise sur le dos, sa tête est basculée en arrière pour libérer les voies aériennes supérieures après avoir constaté que la bouche est libre. Sinon, effectuer une désobstruction au doigt crocheté et entouré d’un tissu fin. Commencer le massage cardiaque suivi du bouche à bouche en alternant 30 compressions au milieu de la poitrine et 2 insufflations courtes.

**Le massage cardiaque**

* Chez l’adulte : Bras tendus, une main sur l’autre, doigts relevés, appuyer avec le talon de la main sur 4 ou 5 cm de profondeur sans relâcher l’appui. Attention de ne pas appuyer sur les côtes au risque de les fracturer.
* Chez l’enfant : même pratique avec une seule main sur la poitrine et une dépression de 3 à 4 cm.

Contrôler le retour du pouls toutes les 2 à 3 minutes. Stopper le massage quand il est à nouveau perçu.



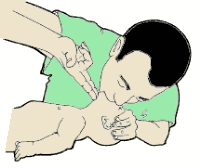
****

**Le bouche-à-bouche**

Chez l’adulte : penser à pincer le nez et tirer le menton en avant. Les insufflations sont d’une seconde chacune.

Chez l’enfant : Selon son âge, on peut englober le nez lors de l’insufflation.





1. Les chutes et les malaises (entraînant traumatismes crâniens, fractures, plaies simples, séquelles psychologiques et psychomotrices)

**Chutes**

L’ADVF doit vérifier l’état de conscience de la victime, faire exprimer la douleur, constater les plaies et la gêne entraînées par la chute. Elle vérifie la capacité qu’à la victime de se mouvoir.

Si l’ADVF pense que la victime a subi

* + Un traumatisme crânien : et si, malgré la douleur, le sujet est conscient et cohérent, qu’il peut se relever seul ou avec une aide, l’ADVF doit surveiller :
* Qu’il reste conscient, cohérent et mobile ;
* Que la douleur ne s’amplifie pas ;
* Qu’il n’y a ni vomissements ni convulsion ;
* Que les pupilles sont de même diamètre.

Toutes anomalies nécessitent une évacuation d’urgence à l’hôpital. En cas de perte de conscience même momentanée, un maintien en observation à l’hôpital est toujours nécessaire ;

* + Une fracture d’un membre :
* Il y a douleur, impotence fonctionnelle, éventuellement déformation du membre qui est désaxé ;
* Le membre supérieur sera mis en écharpe pour être immobilisé et soutenu. Pour le membre inférieur, il faut éviter de bouger le blessé (cas de la fracture du col du fémur chez la personne âgée). On s’assurera de son confort par exemple en lui mettant un coussin sous la tête et une couverture sur le corps en attendant les secours.

**Attention :** Avec ou sans conséquences, les chutes consécutives à un malaise seront signalées au médecin traitant (par l’intermédiaire de la famille ou du cahier de liaison), seul habilité à en déterminer la cause.

**Les plaies simples**

L’abrasion cutanée sans saignement nécessite une désinfection avec un antiseptique (qui détruit les microbes ou arrête leur développement) non alcoolique.

Si la plaie est souillée de terre, par exemple, on utilise un antiseptique détergent (qui nettoie) ou de l’eau savonneuse suivie d’une désinfection.

Dans tous les cas, une plaie étant la porte ouverte à l’infection, il faut désinfecter et protéger par un pansement sec. Il faut vérifier que la personne blessée est à jour de sa vaccination antitétanique

**Séquelles psychologiques**

Suite à une chute, la personne âgée peut perdre confiance en elle et restreindre la marche et donc ses activités. Il faut rapidement encourager vivement la personne aidée à réagir et expliquer à l’entourage inquiet, de ne pas la surprotéger au risque de restreindre son autonomie.

**Séquelles psychomotrices**

C’est le syndrome post-chute pour lequel, en plus des signes précédents, on observe un refus catégorique de se lever, la personne âgée se raidit et se cabre en arrière. Psychologue et kinésithérapeute chercheront à lui redonner confiance.

**Prévention primaire**

L’ADVF prendra soin de surveiller la marche, de soutenir la personne par le bras et de faire de petites étapes en permettant à la PA de s’asseoir.

La prévention pour une bonne déambulation au domicile oblige l’ADVF à être ordonnée et ranger au fur et à mesure de l’utilisation terminée. Une place pour chaque chose et chaque chose à sa place. L’ADVF et la PA doivent réfléchir à un rangement fonctionnel (utilisation, accessibilité, encombrement, poids) :

* Prévoir de réparer ou changer les pièces de mobilier cassées ;
* Prévoir des barres de maintien dans les sanitaires et les escaliers ;
* Prévoir un éclairage des zones d’ombre et des marches d’escalier ;
* Prévoir de bonnes chaussures et des vêtements ne gênant pas les mouvements ;
* Prévoir d’apprendre à la personne âgée à se relever en cas de chute.

Chaque fois que l’ADVF agit, elle doit veiller à la sécurité de ses gestes ou de sa sollicitation :

* Attendre que le sol soit sec avant de permettre la déambulation ;
* Ranger seau, balai… à la fin ;
* Pour la toilette, faire asseoir une personne fatiguée ou instable, pratiquer de même pour l’habillage et le déshabillage ;
* Etre sûre de sa technique ou de ses prises lors d’un transfert. Ne pas présumer de ses forces ;
* Penser à mettre les freins avant d’asseoir quelqu’un sur un fauteuil roulant ;
* Penser à redresser les barrières de sécurité sur un lit médicalisé une fois la personne couchée si cela est prescrit ;
* Proposer le soutien au bras quand l’équilibre est précaire pour marcher ;
* Ne jamais laisser un bébé seul sur la table à langer ou sur une chaise haute ;
* Toujours ranger le matériel utilisé.

La prévention primaire en amont de toute chute reste l’hygiène de vie pour garder son autonomie :

* Continuer à bouger : vous assurer du bon état de ses pieds (pédicure) et encourager la PA à marcher tous les jours (bien chaussée), à faire sa toilette, s’habiller, faire son lit ;
* Avoir une alimentation saine, équilibrée, attractive et conviviale ;
* Respecter son horloge interne : heures du réveil et du coucher, durée de sommeil, sieste(s) ;
* Prendre soin de sa santé : s’assurer d’un bon suivi médical (faire contrôler sa vue et son audition, éviter la polymédication et bannir l’automédication) ;
* Préserver des activités sociales et culturelles ;
* Aménager son espace pour éviter tout risque de chute.

1. Les blessures graves : coupures, chocs traumatiques, brûlures

**Attention :** Vous êtes témoin d’un accident, la victime semble très touchée : laissez la victime à jeun pour permettre une intervention chirurgicale précoce.

**Coupures, chocs traumatiques**

Saignement abondant d’un gros vaisseau par coupure :

* Comprimer la plaie au moyen de la main ou du poing de manière efficace pour stopper l’hémorragie et de façon permanente jusqu’à une prise en charge médicale ;
* Si la personne tousse, vomit du sang, dans les deux cas, l’installer au repos en position semi-assise ; la rassurer en attendant les secours ;
* Si la personne saigne du nez, lui pencher la tête en avant en pressant la narine 10 minutes.

**Prévention primaire**

* Ne pas laisser trainer tout ustensile coupant ;
* Protéger la lame de tout ustensile coupant ;
* Prévenir l’entourage, si l’objet vient d’être affuté ;
* Débrancher l’électroménager ou les appareils de bricolage, après utilisation.

Le choc traumatique est une forte poussée émotionnelle résultant des lésions provoquées par l’accident. L’asseoir ou l’allonger, la rassurer, surveiller l’état de conscience et agir sur la cause.

**Brûlures**

Quelle que soit sa gravité et son origine, il faut toujours refroidir avec de l’eau courant pendant 5 minutes pour une brûlure chimique, 10 minutes pour une brûlure grave, à souhait pour une brûlure simple, afin de stopper le processus et diminuer la douleur.

Si la brûlure est superficielle, rougeur sans perte cutanée de la grosseur d’une pièce de monnaie, la protéger d’une crème hydratante. Dans les autres cas, il est préférable de consulter le médecin, voire d’évacuer en urgence, pour éviter l’état de choc ou l’infection.

**Prévention primaire :**

* Toujours vérifier la température de l’eau avant la toilette ;
* Positionner les casseroles, poêles avec le manche vers l’intérieur de la table de cuisson ;
* Prévoir une protection isolante pour la porte du four ;
* Avant de manger, toujours vérifier la chaleur interne des aliments chauffés aux micro-ondes ;
* Attention à l’usage d’une bouillotte sans épaisseur de tissu ou de protection ;
* Prévoir un périmètre de sécurité entre le chauffage d’appoint et l’occupant ;
* Cacher les briquets et allumettes de la vue des enfants ;

Eduquer les enfants le plus tôt possible.

1. Les intoxications, électrocution, étouffements

**Intoxication**

La gravité est variable selon les produits, la quantité absorbée (par inhalation ou par ingestion), la réceptivité du sujet. Dans tous les cas, ne jamais donner à boire, ni faire vomir.

**Intoxication par médicaments**

Elle occasionne allergie, malaise, douleur, vomissement.

**Prévention primaire**

* Les médicaments utilisés doivent être hors de portée des enfants ou des personnes désorientées, dans leur boite d’emballage ou dans un pilulier ;
* Les médicaments non utilisés (avec emballage et notice) doivent être rangés dans l’armoire à pharmacie, hors de portée des enfants, dans un lieu à température ambiante ;
* L’armoire à pharmacie doit être inspectée pour :
* Eliminer les produits périmés ;
* Eviter un stockage excessif de produit inutilisés (à rendre au pharmacien) ;
* Vérifier la présence en cas d’urgences d’antalgiques et d’antipyrétiques (contre la fièvre), compresses et pansements stériles, antiseptiques (contre les microbes), etc.

**Intoxication alimentaire**

Elle entraîne diarrhées, nausées, vomissements. La personne âgée, dont les défenses immunitaires sont plus faibles, est particulièrement sensible à l’intoxication alimentaire.

**Prévention primaire**

* Dans ce cas, la prévention c’est l’hygiène alimentaire ;
* Utiliser des produits frais, propres. Vérifier la date limite de consommation.
* Préparer le repas avec des mains propres et un matériel correct ;
* Cuire les aliments suffisamment et les conserver au réfrigérateur ;
* Dégivrer, nettoyer, désinfecter le réfrigérateur régulièrement ;
* Contrôler la date limite de consommation (DLC) des produits périssable.

**Electrocution**

Séparer la victime de la source électrique soit en coupant le courant en débranchant la prise ou au moyen d’un objet sec non conducteur en s’assurant soi-même.

**Prévention primaire**

* Contrôle et réparation de tout câble dénudé, appareil défectueux ;
* Garder les appareils à l’abri de l’humidité ;
* Toujours débrancher l’appareil avant de l’entretenir.

**Etouffement**

La personne suffoque, car l’air ne passe plus. Elle ne peut plus ni parler, ni tousser, son regard est apeuré, elle porte la main à sa gorge (c’est un signe universel). La cause peut être une allergie suite à une piqûre d’insecte, un médicament, un aliment. Un œdème de Quincke apparaît avec gonflement de la gorge comprimant le larynx.

**Attention :** Ne pas confondre avec une crise d’asthme qui se traite spécifiquement par inhalation de bronchodilatateur personnel (pulvérisation de produit qui augmente le calibre des bronches).

**Prévention primaire**

* Eviter les promenades à proximité immédiate de rucher et zone fleurie de butinage.
* S’informer d’effets secondaires médicamenteux ou d’une intolérance alimentaire.

**Obstruction par un corps étranger (objet ou aliment)**

Comment agir ?

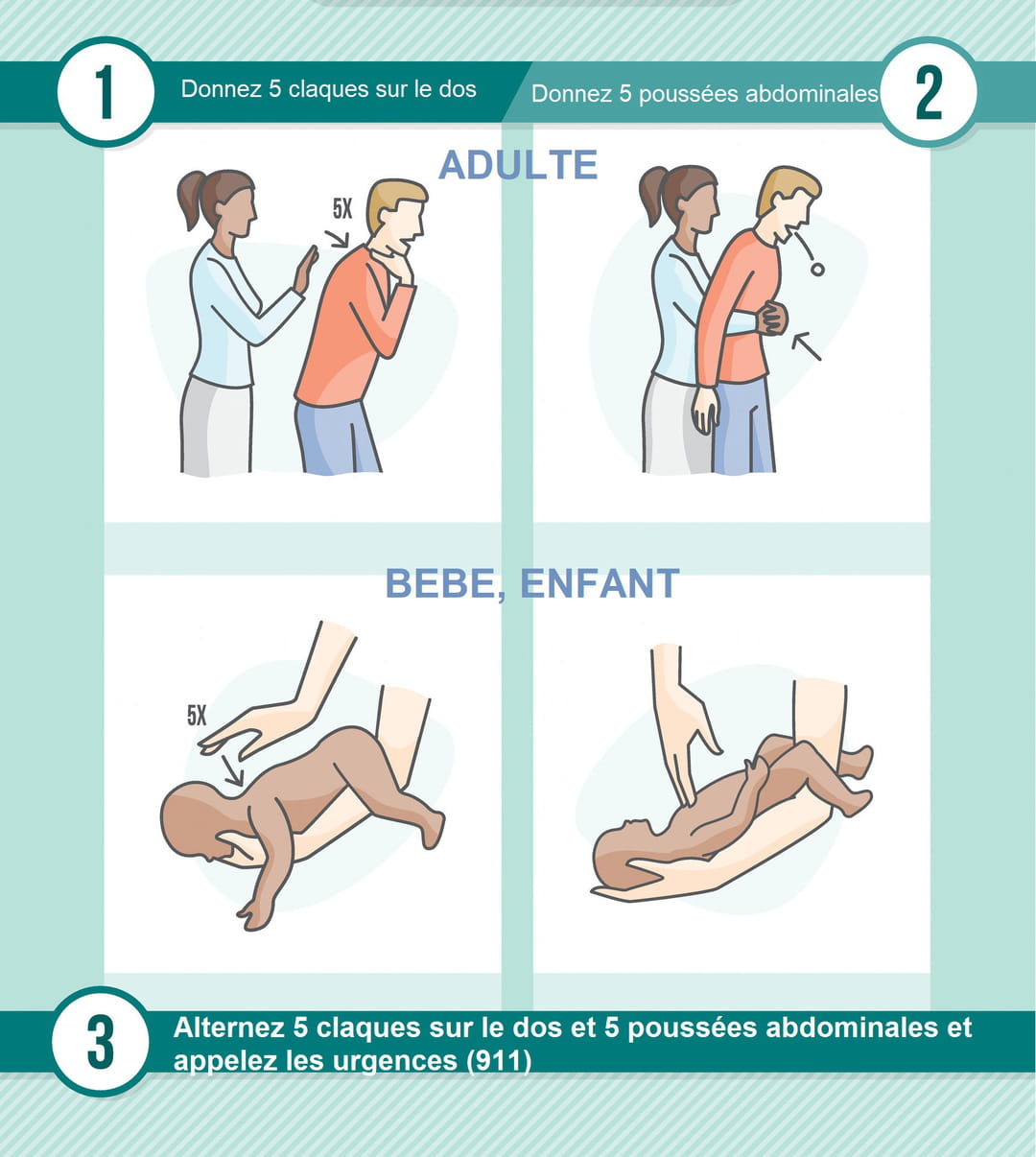
* Avec le plat de la main, taper plusieurs fois entre les omoplates ;
* Si la personne tente de tousser, ne pas l’en empêcher ;
* Si elle ne parvient pas à extraire l’intrus en toussant, pratiquer la manœuvre de Heimlich.

**La manœuvre de Heimlich**

Ceinturer par derrière la victime, au moyen d’une main placée sur l’autre (en poing), au niveau de l’abdomen (entre le nombril et la cage thoracique), exécuter une poussée ferme vers le haut 4 à 5 fois de suite.

Cette manœuvre doit permettre l’expulsion du corps étranger.

Si la manœuvre reste sans succès, appeler les secours.



**Prévention primaire :**

* Eviter de laisser les petits enfants jouer avec des objets qu’ils pourraient avaler ;
* Eviter certains aliments pour les personnes sujettes aux fausses routes, couper la viande en morceaux de taille raisonnable.

1. Les conduites addictives

**Définition :** Les troubles addictifs regroupent : alcoolisme, toxicomanies, tabagisme et addictions comportementales (ex : jeu, internet). Les substances psychoactives amènent un risque de dépendance (alcool, tabac, drogues, etc.), en agissant sur le circuit de récompense du cerveau. Les substances psychoactives sollicitent anormalement ce circuit naturel et entraînent la possibilité de son déséquilibre permanent. Plus on consomme un produit, à des doses toxiques, plus on en subit les conséquences. A l’inverse, moins on consomme un produit, ou si on le consomme à des doses non toxiques, moins on en subit les conséquences (Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILDT).

On distingue 4 catégories d’utilisateurs :

* Les consommateurs à problème, qui souffrent d’abus et de dépendance ;
* Les réguliers, qui consomment tous les jours ;
* Les occasionnels, qui utilisent une substance « au moins une fois dans l’année » ;
* Les expérimentaux, qui ont utilisé une substance « au moins une fois dans leur vie ».

Une dépendance variable en fonction des substances :

|  |  |
| --- | --- |
| TABAC | Dépendance physique forte et psychologique très forte. |
| ALCOOL | Dépendance physique et psychologique très forte. |
| Benzodiazépines  (médicaments psychotropes, familièrement appelés anxiolytiques) | Dépendance physique moyenne et dépendance psychologique forte. |
| CANNABIS | Dépendance physique et psychologique faibles. |
| COCAINE | Dépendance physique faible et dépendance psychologique forte mais intermittente. |
| ECSTASY | Dépendance psychique très faible et dépendance physique inconnue. |
| HEROINE | Dépendance physique et psychologique très forte. |

Les classifications distinguent la dépendance (addiction), et l’usage nocif ou l’abus de substance.

**Définitions :**

**Dépendance (Addiction) :** Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, survenant à la suite d’une consommation répétée d’une substance psychoactive, associés à :

* Un désir puissant de prendre la substance ;
* Une difficulté à contrôler la consommation ;
* Une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives ;
* Un désinvestissement progressif des autres activités et obligations, au profit de la substance ;
* Une tolérance accrue et parfois un syndrome de sevrage physique.

**Usage nocif :** mode de consommation d’une substance psychoactive qui est préjudiciable pour la santé physique et/ou psychique.

1. L’addiction comportementale

La dépendance au jeu d’argent et de hasard est la principale « addiction sans drogue » en France. Plus de 1% de la population est concernée par ce problème. Elle est responsable de surendettements, de dépression, voire d’actes de délinquance. Les plus addictifs sont les jeux à résultat instantanée (machine à sous de casino, cartes à gratter).

Comme pour l’alcool, les personnes ont beaucoup de difficultés à parler de leur problème et à demander de l’aide. Dans le cas du jeu, ce phénomène est encore aggravé par l’idée qu’un gain miraculeux suffirait à résoudre tous les problèmes de dettes : les joueurs tentent de « se refaire », et mettent longtemps à comprendre que seul l’arrêt du jeu peut leur permettre d’en sortir.

1. Traiter les troubles addictifs

Des interventions brèves, des conseils simples peuvent aider la personne à prendre conscience de ses difficultés et à demander de l’aide. La plupart des addictions sont des problématiques au long cours, avec des rechutes. Certaines doivent être prises en charge par des équipes pluridisciplinaires dans des lieux spécialisés (alcoolisme, toxicomanies).

1. Où s’adresser ?

L’ADVF conseillera à la PA de demander l’avis de son médecin traitant qui peut orienter vers une consultation ou un service spécialisé, en fonction de la gravité de la situation. Dans tous les cas, une bonne coordination est nécessaire pour un accompagnement de qualité de la personne et de sa famille.

1. La maltraitance

La maltraitance sous toutes ses formes représente l’atteinte la plus grave à la dignité des Personnes Aidées. La maltraitance n’est pas un risque hypothétique et lointain mais bien un risque incontournable lié aux pratiques de tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier.

Le domicile réunit dans un huis clos un usager vulnérable et un professionnel isolé, à elle seule, cette situation est génératrice de risque. Le fait de se trouver hors de portée, des regards extérieurs favorise, d’une part, la défaillance ponctuelle et, d’autre part, la dégradation progressive de la qualité de service.

**Définition :**

La définition de la maltraitance retenue par l’ANESM est celle du conseil de l’Europe de 1987 : **une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s’il porte atteinte à la vie, à l’intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d’une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »**

La maltraitance s’entend ici comme une situation de violence, de privation ou de négligence survenant dans une configuration de dépendance d’une personne fragilisée à l’égard d’une personne en situation de pouvoir, d’autorité ou d’autonomie plus grande.

Le terme de maltraitance est utilisé si et seulement si ces 3 critères sont réunis :

**Vulnérabilité + Relation + Durée**

**Vulnérabilité :** la personne maltraitée est faible ou vulnérable. Cette notion de vulnérabilité est fondamentale car elle permet de ne pas utiliser le terme « maltraitances » pour qualifier des actes ayant eu lieu contre des personnes capables de se protéger.

**Relation :** La personne maltraitée et la personne maltraitante sont liées par un certain type de relations : le code civil et le code de la santé définissent des relations auxquelles sont attachées des obligations positives qui constituent une obligation de bientraitance (parents/enfants, descendants/ascendants, maris/femmes, **relations entre professionnels et usagers/patients**).

**Durée :** la situation ou l’acte s’inscrit dans la durée : la notion de maltraitance est liée à un fonctionnement, à une situation continue ou à une suite d’actes répétés.

1. Les différentes formes de maltraitance

* **Violences physiques :** coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie).
* **Violences psychiques ou morales :** langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d’autorité, comportements d’infantilisation, non-respect de l’intimité, injonctions paradoxales, etc.
* **Violences matérielles et financières :** vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés, etc.
* **Violences médicales ou médicamenteuses :** manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins de rééducation, non prise en compte de la douleur, etc.
* **Négligences actives :** toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire.
* **Négligences passives :** négligences relevant de l’ignorance, de l’inattention de l’entourage.
* **Privation ou violation de droits :** limitation de la liberté de la personne, privation de l’exercice des droits civiques, d’une pratique religieuse, etc.

**Attention :** Le terme maltraitance désigne l’ensemble des violences, abus ou négligences commis par les professionnels envers une ou plusieurs PA mais non par les PA envers les professionnels qui seront, eux qualifiés de « violences ». Par exemple : une personne accompagnée qui frappe une ADVF peut être accusée de « coups et blessures », pas de maltraitance.

**Voici quelques exemples pour comprendre l’étendue de la maltraitance :**

* Forcer à manger rapidement ;
* Ne pas respecter l’intimité lors de la toilette ;
* Contenir au fauteuil systématiquement et abusivement ;
* Obtenir un résultat par la menace ;
* Ne pas respecter le choix exprimé ;
* Tutoyer, infantiliser ;
* Escroquer sur la monnaie rendue d’une commission ;
* Modifier la posologie médicamenteuse ;
* Empêcher de voter, d’exercer sa religion ;
* Priver de visite, de sortie…

1. Les signaux d’alerte

La prévention de la maltraitance passe par l’attention portée à des signaux d’alerte : plus ils sont nombreux pour une situation donnée, plus la situation est à risque.

(Voir page suivante pour tableau des signaux d’alerte)

|  |  |
| --- | --- |
| La personne accompagnée | L’aidant principal |
| A déjà subi des violences ;  Vit des conflits familiaux, a des relations conflictuelles avec l’aidant principal ;  A des problèmes de comportement ;  A une vision qui semble incorrecte de ses capacités ;  Est dépendante financièrement ou psychologiquement ;  Est dépendante pour les soins d’hygiène et l’alimentation ;  A des comportements addictifs (alcool, drogue) ;  N’a pas de médecin traitant ;  Voit très peu de membres de sa famille ou d’amis ;  Porte des traces de chutes ou de blessures suspectes. | Cohabite avec la PA ;  A ou a eu des relations conflictuelles avec la PA ;  A des difficultés à communiquer avec la PA (elle crie souvent, a des gestes brusques) ;  A une vision qui semble incorrecte de ses capacités ou de celles de la PA ;  Ne connait pas les symptômes de la pathologie de la PA ;  Semble épuisé physiquement ou psychologiquement ;  Est sans emploi ou est dépendant financièrement de la PA ;  A des comportements addictifs (alcool, drogue) ou des problèmes de comportement (violence, difficultés émotionnelles ou mentales) ;  Voit très peu de membres de sa famille ou d’amis. |

**Attention :** Le silence n’est jamais un signe que tout va bien !

Au contraire le silence peut être lié à :

* L’emprise qu’une personne exerce sur l’autre ;
* La peur de représailles ;
* L’incapacité de la personne à parler ;
* La honte ;
* Le fatalisme de la victime et finalement son acceptation de la situation.

1. Des situations complexes difficiles à objectiver

Il est parfois difficile de savoir où commence la maltraitance : menacer d’une privation d’activité, est-ce du chantage, une maltraitance psychologique, ou la seule solution trouvée pour qu’une personne accepte de se nourrir ? Il est important de partager ses interrogations pour analyser objectivement une situation.

Les étapes à suivre face à une situation de maltraitance sont les suivantes :

* Etre à l’écoute de la victime, montrer son soutien ;
* Chercher à avoir une vision objective de la situation, en confrontant sa perception de la situation avec le point de vue d’autres personnes : proches, membres de l’équipe lorsque cela est possible.
* Informer de la situation : la hiérarchie, le 3977, la police, le procureur de la République, etc., suivant la situation ;
* Continuer à être attentif à l’évolution de la situation.

Le 3977 est le numéro dédié aux situations de maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Le numéro d’appel est accessible du lundi au vendredi, de 9 à 19 h. C’est un numéro non surtaxé qui propose :

**ECOUTE :** une écoute sans jugements. Les écoutants recueillent la parole de l’appelant sans jugement et en toute neutralité. L’anonymat peut être préservé si la personne le souhaite.

**ANALYSE :** En posant des questions sur le contexte (interventions de professionnels, avis de médecin traitant, existence d’aides financières, etc.), les personnes concernées. L’historique de la situation, les écoutants aident l’appelant à voir la situation et ses enjeux de manière plus claire, sans dramatiser ni minimiser les faits.

**INFORMATION :** l’écoutant va expliquer les suites qui peuvent être données à l’appel et le rôle des partenaires de terrain pour le suivi du dossier.

**Ce que dit la loi sur la levée du secret professionnel :** Les faits connus à l’occasion des activités des professionnels médico-sociaux sont en principe soumis au secret (art 226-13 du code pénal). Cela ne s’applique pas pour des privations ou des sévices infligés à un mineur ou à une personne qui n’est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, son état physique ou psychologique (art 226-14 du code pénal et art 434-3). La loi autorise les professionnels médico-sociaux à informer les autorités s’ils constatent des actes de maltraitance sans risque de sanction au titre d’une violation du secret professionnel.

1. La bientraitance

C’est avant tout une démarche d’accompagnement, des objectifs à atteindre qui permettent de conserver un regard critique sur soi et les autres. L’ADVF doit se munir d’un certain nombre « d’ingrédients » pour la faire exister :

* Avoir conscience que l’on s’occupe de personnes ;
* Etre compétent ;
* Avoir une déontologie ;
* Avoir conscience de son action ;
* Avoir le respect de la dignité de la personne « accompagnée » et de ceux qui s’en occupent ;
* Travailler dans la collégialité au sein de l’équipe professionnelle ;
* Connaître ses limites et savoir se remettre en question ;
* Acquérir de bonnes pratiques par la formation ou pas l’analyse des pratiques professionnelles.

La bientraitance ne se décrète pas, elle se cherche entre la personne qui accompagne et celle qui reçoit l’accompagnement. L’accompagnement bien traitant revient à créer des liens entre accompagnant et PA en ayant de l’attention pour l’autre et en le traitant avec sollicitude. C’est donc avant tout :

* Une manière d’être des professionnels au-delà d’une série d’actes.
* Une valorisation de l’expression des PA.
* Un aller-retour permanent entre penser et agir.
* Une démarche continue d’adaptation à une situation donnée.

Elle s’exprime aussi par différents canaux

* **Empathie :** capacité à ressentir les émotions de la PA, réussir à se mettre à sa place.
* **Communication :** la communication verbale ou non verbale (le toucher, le regard, la gestuelle).
* **Accueil des émotions :** l’accueil des émotions aussi bien positives que négatives (tristesse, colère, peur, etc.).
* **Juste distance :** la juste distance (trouver la « bonne » position entre la fusion et l’éloignement).

1. Le droit au répit du proche aidant

La loi d’adaptation de la société au vieillissement, votée en décembre 2015, crée un droit au répit. Ce droit au répit permet aux proches aidants des personnes âgées en perte d’autonomie de se reposer ou de dégager du temps.

La loi donne une définition du proche aidant d’une personne âgée en perte d’autonomie, il s’agit : du conjoint, du partenaire avec qui la personne âgée en perte d’autonomie a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, d’un parent, d’un allié ou d’une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, comme un voisin ou un ami, qui lui apporte son aide pour une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne, de manière régulière et à titre non professionnel. Il est alors important que l’assistante de vie porte une attention particulière aux signes éventuels d’épuisement du proche aidant et de les orienter si besoin vers les plateformes d’accompagnement et de répit présentes sur les territoires. Par ailleurs, elle doit intégrer si possible, dans le projet individualisé d’aide et d’accompagnement, des objectifs visant le répit des aidants.

**ZOOM sur le baluchonnage (dispositif qui vient du Québec)**

Pendant quelques jours, un « baluchonneur » s’installe au domicile de la personne âgée afin de permettre au proche aidant de partir avec son « baluchon » se reposer. Le baluchonneur intervient 24h/24, de quatre à quatorze jours d’affilée. Cela permet à la personne âgée de ne pas changer d’environnement, et à l’aidant de prendre un peu de répit.

**Une expérimentation en France**

Depuis dix ans, des porteurs de projets locaux expérimentent le répit à domicile sous la forme du « baluchonnage » ou d’autres dispositifs tels que la « suppléance à domicile » ou « le relayage ».

Les salariés volontaires pourront rester au domicile d’une personne âgée, handicapée ou malade, pour l’aider jusqu’à six jours consécutifs. Le nombre total des jours d’intervention ne doit pas dépasser les 94 jours dans l’année.

1. La déshydratation

Le ministère de la santé recommande de boire 1,5 litre d’eau/jour. L’institut Européen de l’hydratation conseille quant à lui une consommation quotidienne de 2,5 litres pour les hommes et de 2 litres pour les femmes (en prenant en compte l’eau contenue dans les aliments). Malgré tout, 75% des Français ne s’hydratent pas suffisamment.

Et pourtant, un déficit de 2% du poids corporel en eau entraine les premières sensations de soif, le stade initial de la déshydratation.

Boire de l’eau régulièrement permet un meilleur fonctionnement de notre système de thermorégulation, ce qui est essentiel pendant les fortes chaleurs estivales. En effet, lorsqu’il fait chaud, la déshydratation favorise les coups de chaleur qui se traduisent par des maux de tête, des nausées, voire de la fièvre dans les cas les plus sévères. En vieillissant, bien s’hydrater devient un vrai défi. Cela est dû en partie aux changements physiologiques auxquels sont soumises les personnes âgées. Il est essentiel de se rappeler que les personnes âgées ressentent moins la soif et, par conséquent, ne ressentent pas le besoin de s’hydrater, même en période de fortes chaleurs. C’est pourquoi, l’ADVF joue un rôle crucial pour les encourager à bien s’hydrater. Ainsi elle doit redoubler d’efforts pour inciter les personnes âgées à boire et doit être en mesure de reconnaître les premiers signes de déshydratation avant qu’ils ne s’aggravent.

1. Pourquoi les personnes âgées sont plus à même d’être déshydratées

* Leur teneur en eau corporelle diminue.
* La dégradation de certaines fonctions (communication, mobilité).
* Les reins s’affaiblissent et sont de moins en moins aptes à retenir l’eau.
* Les pertes de mémoires quand il y en a, réduisent la capacité à se rappeler de s’hydrater.
* La sensation de soif s’atténue même en période de fortes chaleurs.
* Divers traitements peuvent entrainer un effet diurétique ou laxatif.
* Les facteurs pathologiques peuvent augmenter les pertes en eau (fièvre, incontinence).

1. Les symptômes associés à la déshydratation

* Epuisement.
* Etourdissement.
* Difficultés à se concentrer.
* Peau sèche.
* Crampes musculaires.
* Mauvaise haleine.
* Sauts d’humeurs.
* Douleurs.
* Maux de tête.

**Comment agir :** soustraire la victime de la source de chaleur et lui proposer à boire. L’apparition de signes neurologiques nécessite l’intervention du médecin.

1. Comment favoriser une bonne hydratation ?

Les symptômes de la déshydratation varient selon les âges et le niveau de déshydratation. Ils commencent à s’atténuer dès lors que l’on consomme plus d’eau. L’eau est d’ailleurs la boisson à privilégier pour s’hydrater : riche en sels minéraux et oligoéléments (même l’eau du robinet), elle est aussi non diurétique et non calorique, à l’inverse du thé, du lait ou des jus de fruits qui constituent de bonnes alternatives pour bien s’hydrater mais doivent se consommer avec modération pour éviter un apport trop important en caféine, protéines ou sucres.

**Quelques conseils :**

* Varier les boissons pour plus de plaisir ;
* Proposer des boissons qui plaisent à la PA ;
* Adapter les boissons à la saison (penser aux fruits et légumes riches en eau).
* Proposer à boire à intervalles réguliers, et toujours laisser de l’eau à disposition.
* Adapter les récipients (paille, antidérapant, bec verseur, etc.) pour aider la PA.
* Pour les personnes sujettes aux fausses routes ou pour offrir une façon originale de prendre un liquide, penser à gélifier les boissons.

1. Comment agir en cas de grande chaleur ou de canicule lorsque l’on accompagne des personnes âgées ?

* **En faisant en sorte que la PA garde sa température corporelle dans les limites de la normale :**
* Ne pas hésiter à faire prendre un bain frais et une douche dans la journée ;
* Brumisation régulière du visage et du cou ;
* Appliquer un gant de toilette ou une serviette mouillée ;
* Utiliser une vessie de glace ou poche de gel réfrigérantes sur la tête et au pli de l’aine ;
* Utiliser un ventilateur, climatiseur pendant les heures les plus chaudes ;
* Porter des vêtements amples, légers, en coton ;
* Alléger la literie ;
* Fermer les volets et les fenêtres avant l’ensoleillement direct et les rouvrir le soir afin d’aérer toute la nuit ;
* Eviter de sortir aux heures les plus chaudes, se couvrir la tête ;
* Eviter tout effort physique inutile.
* **En évitant l’isolement des personnes à risques en demandant des nouvelles régulièrement.**

L’ADVF, par ses conseils judicieux, l’observation d’anomalies (absence d’élimination, somnolence ou agitation, chaleur cutanée, sécheresse de la bouche et des aisselles, etc.) évitera que l’état de santé de la PA ne se complique.

1. Les capacités relationnelles et organisationnelles
2. Confiance en soi

Même si certaines personnes y parviennent mieux que d’autres, il n’est pas inné de savoir garder son sang-froid.

Les situations d’extrêmes urgences ne sont heureusement pas courantes. Mais parce qu’elles ne sont pas courantes, nous n’avons pas vis-à-vis d’elles, de conduites automatiques.

Un recyclage régulier suite à une formation initiale sera une aide précieuse.

Faire ce qu’on peut, avec ce qu’on a et ce qu’on sait, vaut mieux qu’une non-assistance à personne en danger.

1. Attitude rassurante

On ne peut pas rassurer sans être soi-même à l’aise ! Pour avoir le mot juste et se centrer sur la personne, dites ce que vous comptez faire. Soyez calme, positive, chaleureuse sans exagération.

1. Vigilance et écoute de la personne

La vigilance passe par l’évaluation de la situation qui évolue.

Tant que la personne est consciente, même démente, laissons-la s’exprimer : douleur, crainte, connaissance du problème, allergie peuvent améliorer notre prise en charge.