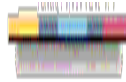




Architecture, annexe 2

Hauteur des WC, lunette comprise



- Le texte *Maisons d'accueil pour personnes âgées* datant de 1980 prévoyait une hauteur de cuvette des WC entre 47 et 52 cm. Pour une utilisation autonome des WC par les résidents, eu égard à la population accueillie en Service de Soins de Longue Durée, la hauteur maximale prévue nous a paru devoir être relevée à 55 cm, lunette comprise.
- Les WC actuels, paraissaient hauts à nos grands parents car ils remplaçaient les WC à la turque ou l'exonération accroupi dans la nature ; la taille de la population augmente ; l'approche gérontologique modifie la vie des soignés et la vision des soignants.
- Le quotidien vécu depuis 1988 avec des WC à 45 cm, nous a permis de constater que si les personnes très âgées présentant des déficits cognitifs étaient aptes à se rendre aux toilettes et à s'y poser, par contre elles appelaient à l'aide lorsqu'il s'agissait de se relever du WC.
- La définition d'un projet de soins gérontologique et non plus gériatrique, prenant en compte les dernières connaissances neuro-physiologiques nous a amené à passer au crible du quotidien vécu, toutes les «routines institutionnelles» concernant la personne âgée présentant des déficits cognitifs. Dans ce cadre nous nous sommes penchés sur l'organisation des WC, car **la possibilité d'être autonome pour aller aux toilettes exerce un effet favorable sur l'estime de soi et ralentit la démentification.**

Nous avons étayé notre réflexion en utilisant l'analyse des possibilités fonctionnelles articulaires et musculaires nécessaires à un adulte jeune pour s'asseoir et se lever d'un siège. Les adaptations pour « déments âgés/WC » en ont découlé. Dans le livre *Gestes de la vie quotidienne*, (Masson, Paris, 1973), Arcadio, Moulay et Chauving analysent dans une étude cinétique globale, tous les gestes de la vie quotidienne. Ils indiquent en ce qui concerne le passage de la position assise à la position debout pour un adulte en considérant les amplitudes articulaires comme identiques à droite et à gauche.

« SE LEVER D'UNE CHAISE

◦ SCHÉMA N° 1. - Position assise



Épaule : légère rotation interne.

Coude : flexion à 70° environ.

Main : en pronation, légère flexion palmaire, inclinaison cubitale. Doigts demi-fléchis.

Hanche : flexion à 70°; abduction et rotation externe légères .

Genou : fléchi à 80° environ.

Pied : petite flexion plantaire et abduction.

La triple flexion du membre inférieur est fonction de la hauteur du siège.



◦ SCHÉMA N° 2. - Stade I

Les fesses gardent le contact avec la chaise.

L'inclinaison antérieure du corps a pour but d'amener le centre de gravité du corps le plus près possible du centre du polygone de sustentation représenté par les 2 pieds.



Les membres supérieurs n'interviennent pas dans ce mouvement, on note cependant une flexion passive du coude.

Membre inférieur : du fait de la flexion antérieure du tronc il y a flexion importante de la hanche.



◦ SCHÉMA N° 3. - Stade II

Après la flexion antérieure du tronc (schéma précédent), le décollement des fesses est assuré par un travail des deux membres inférieurs. Ce travail est réalisé par une force tricipito-quadriceps fessière.

Simultanément, il y a redressement du tronc assuré par les paravertébraux. Ce redressement du tronc est accessoirement facilité par la pulsion des 2 mains sur les cuisses.

Du point de vue articulaire on note au niveau des membres inférieurs une extension de la hanche et du genou, et une flexion dorsale momentanée du pied, qui est due à une légère projection antérieure du genou.

◦ SCHÉMA N° 4. - Position debout

La hauteur du siège d'une chaise est à 0,50 ; les fesses sont à plat sur un plan dur et non enfoncées dans un vide comme sur les WC.

- **Pour les résidents**, chez qui la force musculaire des muscles de la cuisse (quadriceps et triceps) nécessaire pour agir sur les tendons rotuliens est faible, il est plus facile de se lever d'un WC dont la hauteur est égale, ou mieux, supérieure à la longueur de la jambe.

- **Pour les soignants**, au point de vue ergonomique les résidents lourds sont plus facilement relevés s'ils ne sont pas en flexion complète de hanche car le centre de gravité du poids du corps est plus facilement basculé sur le polygone de sustentation (schéma 2).

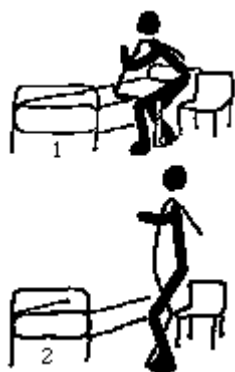
Uriner ne pose aucun problème quelle que soit la hauteur retenue (aussi bien pour les hommes que pour les femmes). Pour déféquer la position élevée de la cuvette favorise les porteurs d'arthrose, mais nécessite pour certaines

personnes de petite taille de glisser sur la lunette. Ceci est possible en s'aidant si nécessaire de la barre d'appui latérale. La position obtenue est favorable pour accélérer la défécation. C'est celle à domicile des petits enfants posés sur le WC.

L'exonération de l'ampoule rectale s'effectue selon un mécanisme similaire à celui observé lorsqu'on presse un tube de dentifrice pour obtenir une sortie de pâte du tube. La position abaissée de l'anus dans la cuvette recoupe le caractère conique du tube de dentifrice.

Les problèmes de constipation sont une préoccupation quotidienne dans ce service car la constitution d'un fécalome est, pour la population accueillie qui présente des déficits cognitifs démentiels, une cause d'aggravation des troubles du comportement, sans possibilité cérébrale d'expression verbale indicatif du trouble digestif initial.

- **En ce qui concerne les hémiplegiques âgés** qui nous sont confiés, ils sont incapables par eux mêmes de s'installer sur les WC et ils nécessitent l'aide d'un (ou de deux soignants en fonction de leur poids).



À 'un soignant" les techniques de manutention (identiques à celles de la manutention lit/fauteuil schématisées ci-contre) prévoient le positionnement du fauteuil roulant perpendiculaire aux WC ; l'appui du résidant sur le membre valide ; l'élévation du tronc (schéma 1 et 2) effectuée par le soignant qui "embrasse" la personne sous les aisselles. Le soignant effectue ensuite une rotation laquelle prend appui sur le pied valide du résidant ; le soignant pose la personne sur la cuvette. Le fait que la cuvette soit élevée évite la chute brutale de l'hémiplegique sur la lunette. Mais, deuxième effort nécessaire pour le faire glisser vers l'arrière de la lunette (effort qui n'est pas nécessaire si le WC est bas).



Le poids de l'hémiplegique (qui ne cesse de croître car ce résident ne déambule pas) entraîne souvent le soignant gracile et nécessite la manutention à «deux soignants»

Donc de l'espace autour du WC aussi.

- - Pour les **toilettes des visiteurs** des WC à hauteur -lunette comprise- à 50 cm.

Mais encore...

Les temps changent...les WC à hauteur variable seront bientôt opérationnels !