

Pratiques n° 45 partie dossier

Version 3 du 3 février 2009 – 12450 c

Auteur : Nicole Sicard

Titre : La contention du grand âge

Texte :

Est-ce que l'on connaît la fréquence des soins « lourds », « difficiles » (toilettes, pansements), réalisés chaque jour par des soignants agressés, frappés, griffés, mordus par des vieillards parce qu'ils agissent dans la routine, qu'ils n'ont pas appris à s'occuper des « personnes z-âgées », encore moins des vieillards malades de troubles cognitifs ? Un soignant qui reçoit des coups n'est certainement pas en situation de confort. Le patient qui les donne ne l'est pas non plus.

C'est la première fois qu'une civilisation a à s'occuper d'autant de personnes « âgées ». Le soin en gériatrie est prétendu difficile : « *Mourir, cela n'est rien, Mourir la belle affaire, Mais vieillir... ô vieillir !* ». La maladie est plus fréquente avec l'âge. Les vieillards sont réputés pour leur caractère, pas toujours facile à comprendre ou à contenter. Ils entendent ou voient moins bien. Ils ne sont pas aussi mignons que des nouveau-nés. Ils meurent, plus souvent.

Soignant en gériatrie, on se protège : de la contagion, de la maladie, de la vieillesse, de la mort, de son impuissance à répondre aux besoins, aux désirs, à respecter la personne. Si on n'y prend garde, on se blinde, cumule des carapaces qui recouvrent ce que nous avons appris en formation initiale, dont la structure reste. Il demeure ce que la routine entretient, avec « *les émotions, ça se laisse à la porte* », « *maintenir la distance thérapeutique* ». La qualité du geste s'en ressent, il devient technique, pour ne pas dire mécanique, systématique, automatique, c'est une défense naturelle et surtout inconsciente. A ce stade, alors qu'il est évident que c'est d'une personne dont nous nous occupons, la réification nous permet de continuer.

Nous venons d'arriver dans un lit d'hôpital, à 80 ans. Chambre particulière, quelle chance ! Une en-blanc frappe à la porte ouverte et entre dans la foulée, un joyeux bonjour à la cantonade, ouvre les volets, baisse la barrière de lit, et, dans le même temps qu'elle retire les couvertures, annonce qu'elle vient pour faire la toilette. S'ensuit une gymnastique bien rôdée, d'un côté, de l'autre, en trois mouvements et un temps compté (on n'a que dix-huit minutes par personne dans cet établissement), la vieille dame est toute propre. Les soignants savent qu'elle est entrée pour « perte d'autonomie ». Il est donc logique qu'on lui fasse sa toilette, au lit, d'autant qu'on ne la connaît pas encore.

Un mois plus tard, la même chambre, est-ce la même dame qui crie dès lors qu'un soignant pose la main sur la poignée de sa porte, qui se débat comme une furie lors des soins, au point que ses enfants ne la reconnaissent pas, elle qui était si gentille, si douce, bien que malade ? Que s'est-il passé ?

Le soin quotidien, réalisé pour que la dame soit propre, « pour son bien-être », est une toilette au lit, un protocole acquis de longue date, quasiment le seul type de toilette enseigné en IFSI. Lui a-t-on demandé si elle était d'accord, réveillée, prête pour ce soin ? A-t-on vérifié si elle n'aurait pas pu réaliser elle-même certains actes ? Les mobilisations étaient-elles douces, confortables, rassurantes ? Les gestes étaient-ils tous annoncés, compris ? Tenaient-ils compte d'éventuels troubles de la vue, de l'audition, de difficultés de compréhension liés à la maladie ? Quelle place cette personne a-t-elle eu dans la relation avec le soignant ?

La nuit, installée entre des barrières de lit, le jour au fauteuil, avec une ceinture de protection pour éviter la chute depuis une glissade malencontreuse peu après l'entrée, les possibilités de se mouvoir librement sont réduites. Les soignants savent-ils qu'un corps immobile est un corps

douloureux : crampes musculaires, ankylose articulaire, plaies de pression ...

A corps douloureux geste doux, tendre. Ce n'est pas ce que les soignants ont appris à faire. De gestes très professionnels, efficaces en manipulations (1, 2, 3, hop !) utilisant la vitesse pour compenser la force ($e=mv^2$), le soin est reçu comme un moment difficile, une agression, dont il faut se défendre, ou capituler. La crainte du soin vient compléter l'état douloureux, on parle de douleur globale, elle est vécue partout : le corps, l'esprit... par tous : la personne, l'entourage, qu'il soit familial ou professionnel !

Il est possible de faire autrement : créer une relation avant de proposer le soin, assurer que rien ne sera réalisé sans accord, qu'il n'y aura d'intervention, d'aide, que pour ce que la personne ne peut réaliser. On sait qu'un geste initié par la personne a moins de risque de se trouver en opposition avec le geste sollicité par le soignant, de favoriser les rétractions. Des techniques de toucher doux, tendre, progressif, ample, sont plus confortables pour la personne, et pour le soignant qui se place correctement, diminue la tension de ses épaules, ralentit son geste, avec autant d'efficacité au final. On sait aussi que dix pas quotidiens restaurent l'image de soi, influent sur le comportement, et équivalent à quelques minutes de prévention d'escarres.

Souvent, il est omis de proposer le mouvement, voire qu'il ait été limité, entravé par différents moyens : barrières de lit, ceintures de maintien, draps très serrés, table devant une chaise ou tablette sur un fauteuil roulant, mais aussi fauteuil « gériatrique » incliné... qui s'appellent des contentions, puisqu'elles entravent la liberté de se mouvoir librement.

En gériatrie, les raisons de l'usage de tels moyens sont parfois plus institutionnelles que réellement préventives : impossibilité de surveiller une personne désorientée faute d'architecture adaptée et de personnel en nombre suffisant, risque qu'elle débranche la perfusion du voisin, qu'elle prenne la porte et chute dans les escaliers, qu'elle manque de stabilité... elle-même entretenue par la immobilité. L'usage des contentions répond à une peur, peur du traumatisme, peur de la plainte des familles, peur d'être en faute.

Les modalités de prise d'une telle décision sont encore extrêmement variables, à population comparable, d'un établissement à l'autre, bien que des règles aient été émises. Fréquemment, la demande émane des soignants, confrontés à un risque (chute, déambulation, gêne ou danger pour l'environnement), qui réclament la sécurité pour le patient ou le voisin de chambre, moins d'angoisse pour eux qui ne peuvent pas avoir l'œil partout. Assez souvent, ils réclament une réponse sous la pression d'une famille inquiète.

L'usage de mobilier de confort est aussi impliqué : on y est tellement « bien » qu'on ne peut plus en sortir. Un patient me dit un jour « *J'ai l'impression qu'il me pousse une coquille dans le dos depuis qu'on m'installe dans ce fauteuil* »... du même nom, si confortable qu'il n'avait plus aucun effort à faire pour tenir assis. Il se voûtait, perdant progressivement le tonus musculaire du tronc et prenait en quelque sorte la forme du fauteuil, qui lui avait été prescrit parce qu'il ne tenait que quelques heures correctement assis dans le fauteuil roulant adapté à son hémiplégie.

L'HAS classe les contentions en deux catégories :

passives : « *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* »

à visée rééducative, que ce soit de façon active ou posturale.

Concernant ces dernières, la question est moyennement complexe : La « bonne pratique », référencée à ce qu'elle a, est-elle compatible avec ce qu'elle est ?

Si oui, on applique la réponse référencée sinon, après avoir pesé le rapport « bénéfiques/risques », on peut chercher un moyen plus compatible avec le « terrain » au risque d'être moins efficace ou mettre en place un programme de compensation du risque encouru.

Lorsqu'il comprend l'utilité de la proposition (et il faut pour cela des facultés cognitives développées), le « patient » est en mesure de l'accepter et d'en gérer les désagréments. Il se peut aussi qu'il n'ose pas revendiquer auprès de praticiens parfois intouchables.

Dans le cas des contentions dites « passives » le sens de l'acte devient alors moins évident : de quel privilège jouissons-nous qui nous accorde le pouvoir de priver l'un de nos semblables de sa liberté, « pour son bien » ?

Le problème se pose-t-il à la personne ou à son entourage ?

Le projet de la personne concernée est-il compatible avec ce qu'elle a ? Comment les soignants, l'institution, peuvent-ils s'organiser pour l'accompagner vers son but ?

Si oui, libérons notre imagination pour inventer, aménager des solutions. Une réponse partielle est apportée par les quelques unités de soin aigu Alzheimer.

Sinon la décision deviendra « palliative », ou répondra aux préoccupations institutionnelles.

Dans les très rares cas où la personne a, d'une part, des mouvements totalement incontrôlés pour lesquels aucun traitement apaisant n'existe à notre connaissance, et d'autre part des lésions organiques très instables à protéger, la contention physique sera le dernier moyen choisi. Un programme de compensation sera alors mis en place.

Quelle que soit l'origine de la décision, les contentions utilisées devraient l'être (sauf urgence lorsque le danger ne permet pas de temporiser) au terme d'une démarche concertée, professionnelle. Les décisions prendront en considération les connaissances dans le domaine, par exemple :

La meilleure prévention des chutes connue à ce jour est le mouvement : le risque fracturaire est plus faible chez les personnes qui se mobilisent régulièrement que chez les personnes sédentaires (moins d'ostéoporose, réaction d'évitement et de protection plus efficace, etc.). Une personne qui participe aux actes de la vie quotidienne conserve la représentation de son schéma corporel et sera plus habile lors du lever et de la marche.

La déambulation est une pulsion qui, si elle est entravée, se traduit par un autre trouble comportemental, souvent plus gênant (cris, sons répétitifs). La meilleure prévention est de calmer l'angoisse, le meilleur accompagnement est de canaliser les pas.

Enfin, la prescription médicale quotidienne (irréalisable) préconisée par la HAS (dont le travail a fait indéniablement avancer la réflexion sur le sujet) contraint le médecin à prendre une position tranchée, alors que les composantes de la demande sont souvent confuses : individuelles (patient, famille, soignant ...), organisationnelles (démarches de soin, prise en compte des pathologies nouvelles du grand âge ...), institutionnelles (architecture, moyens humains et financiers ...). Elle a également pour effet pervers d'officialiser la contention « passive » en tant qu'outil thérapeutique.

Pour terminer, à l'image de quelques établissements qui visent à devenir de véritables « milieux de vie », il n'est pas utopique d'envisager de se rapprocher des 0 % de contentions.

- Jacques Brel, *Vieillir*

- Yves Gineste et Jérôme Pellissier, *Humanitude*, Ed Armand Colin, réédition 2008.

- HAS, « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », octobre 2000.

- Du latin « *pati* », endurer, *Les étymologies surprises*, de René Garrus, Ed Belin, 2002.

- Du latin « *palla* », châle, devient « *camoufler une vérité désagréable* », *Les étymologies surprises*, de René Garrus, Ed Belin, 2002

- HAS, Conférence de consensus, « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », 24 et 25 novembre 2004, Paris (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille).

- Recommandations de bonnes pratiques en EHPAD, collectif, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, 2004 .