



La toilette thérapeutique en EHPAD

Axelle COENS
IDE EMGE 92 Sud



AUCUN CONFLIT D'INTERET



Généralités

- Toilette évaluative → toilette thérapeutique
- Pour qui ?
 - Le résident > 75 ans en EHPAD présentant une difficulté de prise en charge sur les soins de nursing :
 - Symptômes psycho-comportementaux en lien avec des troubles neurocognitifs : agitation, agressivité verbale et/ou physique, cris, opposition aux soins voire refus de soins
 - Soins douloureux en fin de vie
 - Les soignants en difficulté

Généralités

➤ Par qui ?

➤ 3 modes de demande d'évaluation de toilette thérapeutique :

- Evaluation sollicitée par l'EHPAD (équipe soignante paramédicale, médecin coordonnateur)
- Evaluation programmée/non programmée par l'EMGE
- Evaluation sollicitée par l'EMPSA

➤ Evaluation réalisée par IDE et/ou médecin de l'EMGE

Généralités

- Dans quel but ?
 - Proposer à la personne vulnérable un soin nécessaire moins désagréable et dans l'idéal, agréable
 - Mettre en œuvre un accompagnement adapté au niveau du nursing du résident
 - Trouver des outils utiles pour une meilleure prise en soin et un meilleur accompagnement

Généralités

➤ Comment ?

- Connaître les habitudes de vie du résident
- Observation et évaluation des capacités de la personne en tenant compte des problématiques du corps vieillissant :
 - Douleurs, difficultés motrices, sensorielles
 - Troubles neurologiques : difficultés de langage, désorientation dans le temps et dans l'espace, trouble du schéma corporel
 - Observation des modes de communication, savoir comment les intégrer dans le contexte actuel
- Après avoir identifié les difficultés psychiques et motrices, le soignant adapte son accompagnement pour créer et maintenir un climat de confiance

Approche DICE



La démarche systématique : l'approche DICE et HAS 2009



DICE : Décrire

- Interroger l'équipe : médecin coordonnateur, IDEC, soignants et si possible le/la psychologue pour décrire les troubles du comportement
- Rechercher :
 - L'ancienneté des difficultés
 - Les circonstances de survenue de la problématique
 - Les caractéristiques du trouble
 - Les facteurs déclenchant, aggravant, limitant
 - Les autres SPC associés : idées délirantes, hallucinations

DICE : Investiguer

- L'objectif est aussi d'identifier les besoins non exprimés pour mieux y répondre
- Rechercher les causes potentielles liées :
 - Au patient
 - Causes somatiques : douleur, inconfort, troubles sensoriels, fécalome, RAU...
 - Causes psychologiques : peur, incompréhension liée à une pathologie neuro-évolutive...
 - Aux traitements : toute modification thérapeutique est potentiellement suspecte
 - A l'environnement : manque de repère spatial, entrée récente, bruit
 - A l'aidant : soin réalisé trop rapidement, sans consentement, dans un climat non adapté, changement trop fréquent d'équipes, moins bien formées, ne connaissant pas le patient (vacataires, stagiaires), ou épuisées ...
- **Investiguer, c'est comprendre pour mieux agir**

Comprendre pour mieux agir

- Pendant le soin, nous allons rechercher :
 - Une source d'inconfort physique :
 - Position, vestimentaire, eau froide ou chaude, douleur, contention
 - Difficultés de communication et de compréhension (troubles cognitifs, état bucco-dentaire)
 - Une source d'inconfort psychique :
 - Anxiété
 - Appréhension du soin
 - Syndrome post-chute

DICE : Créer un plan de soin personnalisé

- Evaluer et réajuster l'accompagnement : approche centrée sur la personne
 - Créer une stratégie d'adaptation à partir de l'analyse, construire un plan personnalisé et évolutif
 - Revoir les modalités du soin (moment, durée, intervenant, matériel utilisé)
 - Intégrer des approches relationnelles adaptées (présentation, toucher rassurant, techniques de validation...)
 - Favoriser l'adhésion progressive en respectant le rythme de la personne
- Proposer des attitudes de communication et de soin

Evaluer et réajuster l'accompagnement

- Evaluation du soin :
 - Observation du résident avant le début du soin
 - Environnement
 - Toilette à un ou deux soignant(s) de l'établissement
 - Participation EMGE
 - Difficultés observées
 - Propositions directes d'axes d'amélioration (installation, environnement...) au lit du résident

Evaluer et réajuster l'accompagnement

- Importance des transmissions
 - Débriefing rapide en équipe
 - Préconisations par écrit dans le dossier, accessibles pour toutes les équipes
- S'appuyer sur l'équipe pluridisciplinaire
- Formations des soignants et des aidants

Quelques habitudes de pratique

Attitudes de communication

- Une communication de qualité est tout aussi importante que la technique.
- Une approche bienveillante et respectueuse contribue grandement au confort et à la coopération de la personne aidée.
 - Dire bonjour, se présenter, préciser sa fonction
 - Appeler le résident par son nom
 - Ne pas l'infantiliser, ne pas être familier, utiliser le vouvoiement
 - Faire preuve d'empathie
 - Faire des phrases simples, des questions fermées ou ciblées
 - Employer des paroles rassurantes avec un ton apaisant « je m'occupe de vous, je viens vous aider à vous préparer »
 - Utiliser l'humour permet de détendre l'atmosphère tout en restant attentif aux réactions de la personne

Quelques habitudes de pratique

Attitudes de communication

- Adapter son discours aux capacités du résident :
 - Voix douce et calme
 - Mots simples, phrases courtes, ne parler que d'une seule chose à la fois
 - Nommer le mot manquant
 - Mimer la fonction d'un objet / montrer un objet
 - Demander au résident comment il se sent (ressenti physique, psychique)
 - Donner une raison à la toilette : pour être beau, pour sortir...
 - Expliquer tout ce qu'on va faire

Quelques habitudes de pratique

Attitudes de communication

- La communication non verbale joue un rôle majeur
 - Un sourire bienveillant peut grandement contribuer à mettre la personne en confiance
 - Nos gestes, postures et expressions faciales doivent transmettre calme et assurance
 - Favoriser un 1^{er} contact par le toucher (associé au regard) s'il y a une forte appréhension
 - Être attentif aux signes de fatigue ou d'inconfort
 - Rester dans le champ de vision du résident pour ne pas perdre le contact pouvant générer de nouveau des signes d'anxiété, cris..

Quelques habitudes de pratique

Attitudes de soins : le temps

- Débuter le soin après accord du résident
 - Expliquer chaque geste avant de le réaliser pour éviter toute surprise désagréable
- Encourager l'autonomie en valorisant les efforts de la personne, laisser faire le même geste si besoin
- Solliciter et stimuler : revaloriser l'existence du résident
 - Laisser le choix : choisir les vêtements, un parfum..
 - Demander par quelle zone du corps il faut commencer
 - Solliciter le résident à participer, se mouiller ou se savonner même si il ne fait que le visage
- Pour la toilette au lit, maintenir le corps au chaud en ne le découvrant que partie par partie
- Perdre du temps pour en gagner

Quelques habitudes de pratique

- Il n'y a pas de méthodologie à 100% efficace.
- La réflexion, la réévaluation en équipe et la pratique permettent une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement.
- Il faut :
 - Favoriser la communication verbale et non verbale
 - Prendre le temps : 20 min minimum
 - Mener une réflexion en équipe devant une difficulté
- Il ne faut pas :
 - Oublier les transmissions dans le dossier
 - Oublier la transmission des pratiques

DICE : Evaluer

- Évaluer, c'est mesurer l'impact des ajustements mis en place :
 - Le soin a-t-il pu être réalisé ?
 - Le refus s'est-il atténué ?
 - Les équipes se sentent-elles mieux outillées pour réagir ?
- La dynamique d'évaluation continue permet un accompagnement plus ajusté, plus éthique et plus efficace
- L'évaluation du soignant est primordiale

Cas clinique : Mme B.

- Mme B., 99 ans, en institution depuis 7 ans, en chambre seule
- Autonomie : arrive à faire quelques fois les transferts, ne marche plus, aide totale pour les soins d'hygiène
- Motif d'intervention EMGE : problématique de limitations de soins (anémie chronique) chez une résidente présentant des symptômes psycho-comportementaux en lien avec des troubles neuro-cognitifs sévères (cris, agitation, pleurs, opposition aux soins)

Cas clinique : Mme B.

➤ Début d'intervention EMGE :

- Du couloir principal, on entend crier à répétition « Au secours ! » et une soignante qui hausse le ton

➤ Environnement :

- Chambre spacieuse, lumineuse, investie
- Un tabouret dans la salle de bain / Fauteuil roulant dans la chambre

- Mme B : installée sur les WC pour la toilette, dos dans le vide et pieds ne touchant pas le sol, agrippée à la barre au mur

➤ Ressenti de la soignante :

- « Mme B. refuse de se mettre debout pour la douche, elle sait le faire »
- « Normalement, on est 2 soignants pour la toilette »

- Devant la complexité de la situation, nous décidons de rester pour le soin

Cas clinique : Mme B.

➤ Déroulement du soin :

- Présence de 3 soignants (1 AS de l'établissement, équipe EMGE : 1 IDE et 1 gériatre)
 - On décide de participer au soin pour accompagner la résidente mais aussi la soignante.
- Soignante :
 - Peu de communication verbale, non adaptée, parle fort, donne des ordres, tutoie puis s'apaise
 - Communication non verbale non adaptée (agitation, précipitation...) ce qui entretient l'atmosphère anxiogène, elle sort souvent de la pièce chercher du matériel
- Mme B : cris, anxiété majeure, agrippement (barre puis mains ce qui l'apaise), pas de douleurs

Cas clinique : Mme B.

➤ Fin du soin :

- Installation au fauteuil avec le verticalisateur (qui était dans la chambre) après plusieurs essais de positionnement de sangle (technique non maîtrisée)
- Nécessaire de coiffure mis à disposition
- Lunettes nettoyées
- Un grand sourire et « Merci » de la résidente
- Débriefing avec le personnel
- Transmissions écrites

Cas clinique : Mme B.

■ Préconisations EMGE :

- Soin à faire à 2 soignants en prenant le temps
- Environnement :
 - Installer une chaise de douche
 - Mettre à portée de main les affaires nécessaires pendant le soin
 - Préparation du matériel mécanique (verticalisateur, fauteuil roulant) à portée de main

Cas clinique : Mme B.

► Déroulé du soin :

- Attitude calme, apaisante et rassurante
- Adapter sa communication aux TNC, communication bienveillante
- Proposer de choisir ou d'aider à choisir ses vêtements
- Mettre en place des rituels : musique, déroulement du soin (bon moment?, habitudes?)
- Rester dans le champ de vision
- Expliquer chaque geste et stimuler pour exécuter le geste
- Proposer un objet (serviette, peluche...) pour le comportement d'agrippement

► Fin du soin :

- Formation des soignants à l'utilisation du matériel de transfert pour l'installation au fauteuil
- Installation de tout son nécessaire à portée de main ainsi que la sonnette

Cas clinique : Mme B.

- Réévaluation de la toilette a posteriori :
 - Amélioration de l'accompagnement pour les soins de nursing
 - Soins faits à 2 soignants
 - Chaise de douche mise en place
 - Diminution des troubles durant les soins d'hygiène

Conclusion

- Il faut changer de perspective devant le refus de soin. En effet, il ne doit pas être perçu comme un échec mais comme une invitation à repenser nos pratiques.
- Toilette, habillage, prise de traitement, soins d'hygiène... Autant de situations parfois sources d'incompréhension, de tensions, voire de souffrance pour les équipes.
- Mais refuser un soin, ce n'est pas forcément « s'opposer » : c'est souvent exprimer une peur, une douleur, une incompréhension, parfois sans les mots pour le dire.
- Il faut donc passer d'un rapport de force à une relation de soins où l'écoute, la souplesse et l'observation clinique retrouvent toute leur place.