



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



Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives

21 SEPTEMBRE 2024

SG Société Générale de Gériatrie
FCM Fédération des Centres de Mémoire
SF3PA Société Francophone de l'Psychogériatrie et de l'Hospitalisation de la Personne Âgée

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.