



EMS Montbrillant  

---

Fondation Beau-Site

# Les risques de l'offre en soins personnalisée

Novembre 2003

Jaton Sandrine  
EMS Montbrillant  
021 989 54 99



Rire c'est risquer de paraître idiot.

Pleurer c'est risquer de paraître sentimental.

Aller vers quelqu'un c'est risquer de s'engager.

Exposer ses sentiments c'est risquer d'exposer son moi profond.

Présenter ses idées, ses rêves à la foule c'est risquer de les perdre.

Aimer c'est risquer de ne pas être aimé en retour.

Vivre c'est risquer de mourir.

Espérer c'est risquer de désespérer.

Essayer c'est risquer d'échouer.

Mais il faut prendre des risques car le plus grand danger dans la vie, c'est de ne rien risquer du tout.

Celui qui ne risque rien ne fait rien, n'a rien, n'est rien.

Il peut éviter la souffrance et la tristesse, mais il n'apprend rien, ne ressent rien, ne peut ni changer ni se développer, ne peut ni aimer, ni vivre.

Enchaîné par sa certitude, il devient esclave, il abandonne sa liberté.

Seuls ceux qui risquent sont libres.

Auteur inconnu



# 1 Table des matières

2	Introduction .....	4
3	Présentation de l'établissement.....	5
3.1	Concept de soins .....	6
3.2	Application concrète.....	7
4	La prise de risque.....	12
5	Bases indispensables.....	16
5.1	La communication.....	16
5.2	Le respect.....	17
5.3	Le partenariat .....	17
6	Perspectives d'avenir .....	19
7	Conclusion .....	20
8	Définitions .....	21
9	Bibliographie .....	23
10	Annexe.....	25



## 2 Introduction

Parmi les différentes facettes du travail en psychogériatrie, les **mesures de contrainte**<sup>1</sup> et ses aspects légaux sont particulièrement mis en évidence ces derniers temps. En tant que soignants dans des structures longs séjours, nous devons faire face à l'ambiguïté de la situation. D'un côté, le pensionnaire<sup>2</sup> avec ses demandes, ses besoins et ses priorités, de l'autre la famille avec ses attentes. Un peu plus loin, le soignant avec ses notions théoriques, ses attentes et son expérience. A ses côtés, les organes de surveillance avec leurs normes, leurs standards. On peut encore distinguer l'établissement qui affiche des priorités, des perspectives et/ou son concept de prise en charge et enfin la loi qui régit les limites des espérances de tous ces acteurs de l'accompagnement en établissement médico-social (EMS).

Si les besoins, attentes, priorités et normes de toutes ces personnes allaient dans le même sens, cette présentation n'aurait pas lieu d'être. Les professionnels du terrain savent qu'il est loin d'en être ainsi et que la compétence première de l'infirmier est, actuellement, la capacité de jongler entre toutes les représentations d'une "bonne **offre en soins**" afin d'essayer de convenir un peu à tout le monde.

Mais est-ce possible ?

Depuis maintenant six ans, notre EMS travaille sur l'accompagnement des personnes âgées atteintes dans leur santé mentale, soit par une maladie dégénérative (démence), soit par des troubles psychiques.

Cette présentation est l'occasion pour notre EMS de faire connaître d'une part son fonctionnement et d'autre part de le confronter à un regard externe. Car quand nous évoquons ces deux grands courants qui guident nos offres en soins que sont le respect des besoins de la personne et l'importance de la prise de risque, nous nous trouvons facilement un peu ridicule vu l'évidence de ces mots. Mais concrètement comment est-ce accepté? Grâce à quels moyens arrive-t-on à diminuer l'utilisation de contraintes<sup>3</sup> face aux **comportements excessifs (CE)** ?

L'arrivée de nouvelles règles engendre des attentes supplémentaires et crée l'impression de léser un acteur si on en écoute un autre. Que négocier avec les organes de surveillance ou de planification informatisée quand les soins requis ne correspondent pas aux attentes des pensionnaires ? Que répondre aux familles qui espèrent pour leur proche une liberté de mouvement tout en demandant des garanties de "non risque"? Comment garantir à un pensionnaire la continuité de sa volonté s'il se trouve dans l'incapacité de l'exprimer ? Toutes ces questions occupent notre quotidien. Nous aimerions partager les réponses trouvées grâce à cette réflexion.

1 Définitions en page 21 pour les mots en gras.

2 L'utilisation des mots "pensionnaire", "résident" voir "client" a été choisie afin de délimiter la population à laquelle les constatations s'adressent. Volontairement, nous n'emploierons pas le terme de patient ou de malade pour nous différencier d'un lieu hospitalier.

3 Le but n'est évidemment pas de supprimer toutes les contraintes vu que l'on entrerait alors dans un monde irréel. La diminution des contraintes signifie à cette étape de limiter les règles institutionnelles, voire les codes de conduite parfois instaurés avec le temps qui perdent leurs sens avec l'évolution des personnes, des mentalités ou des besoins.



### 3 Présentation de l'établissement

L'EMS Montbrillant est situé à Chailly sur Clarens, dans un quartier résidentiel et à proximité d'une école. Depuis 1964, il fait partie de la Fondation Beau-Site.

Cette Fondation, reconnue d'utilité publique, est composée de quatre établissements totalisant 148 lits et d'une structure d'accueil temporaire.

La capacité de l'EMS Montbrillant est de 33 lits C psychogériatriques répartis sur quatre étages, divisés en deux unités de 16 et 17 lits. Ces dernières sont composées de chambres à 1 ou 2 lits, de petits "recoins", d'un salon et d'une salle à manger. Tous les étages ont un accès donnant sur le jardin dit "sécurisé". Le rez réunit un grand salon, le local de la coiffeuse/pédicure, la cabine téléphonique, la cafétéria et les bureaux (animation, responsable soins). L'unique porte de sortie est au sous-sol.

La moyenne d'âge des pensionnaires est de 84 ans. Les scores "PLAISIR" démontrent des prises en charges plutôt "légères" sur le plan physique, mais nous sommes confrontés à un niveau important d'imprévisibilité tant au niveau des conséquences de l'errance que des manifestations des troubles du comportement de nos résidents (63 % des résidents souffrent d'un déficit cognitif et 37 % ont un problème psychiatrique).

Depuis le changement de mission, nous constatons que la moyenne d'âge diminue, le nombre de situations dites "psychiatriques" augmente et malgré l'augmentation des troubles des comportements et de la capacité motrice, l'utilisation de moyens de contention reste très modeste.<sup>4</sup>

L'encadrement médical est assuré par la visite hebdomadaire d'un médecin généraliste et celle bimensuelle d'un psychogéiatre.

Les équipes de soins sont composées de 8,1 emplois à plein temps par unité. Une équipe de veilleurs et une équipe hôtelière complètent l'offre en soins.

Les services administratifs, d'animation et d'intendance (cuisine, technique, lingerie) sont centralisés à l'EMS Beau-Site.

Nous participons activement à l'atteinte des objectifs institutionnels (introduction de la démarche Qualité et du Multimédia: informatisation du dossier de soins, Intranet...) et avons introduit concrètement cette année le concept du projet de vie pour chaque résident.

Le concept psychogériatrique a été défini en trois ans (1996–1999), lors de réunions multidisciplinaires où toute l'organisation de notre maison a été révisée. Que ce soit l'accueil et l'accompagnement des résidents, les horaires, le concept d'animation, les limites de l'offre en soins, chacun de ces domaines a été revu et ajusté dans l'optique d'offrir des soins centrés sur le résident atteint dans sa santé psychique et l'intégration de sa famille<sup>5</sup>.

Volontairement, la maison reste ouverte et il n'y a généralement pas d'utilisation de moyens de contention.



<sup>4</sup> Annexe 1 "Tableaux comparatifs de l'évolution des bénéficiaires de 1996 à 2003".

<sup>5</sup> Concept psychogériatrique de Montbrillant, P. Flückiger Gütapfel, S. Jaton, FBS, juillet 2001.

### 3.1 Concept de soins

Notre objectif est de favoriser la personnalisation de l'accompagnement en introduisant ou en maintenant, entre autres:

- La notion de choix du pensionnaire en ce qui concerne ses valeurs, ses déplacements, ses activités, ses soins et son alimentation.
- Les concepts de référent et de répondant: le référent est garant du sens de l'offre en soins dans son ensemble et dans sa continuité à long terme; le répondant encadre le résident sur la journée. Cela implique que chaque personne (dans les limites de sa qualification) va s'occuper d'un petit groupe de pensionnaires tant pour la suppléance dans les actes de la vie quotidienne que pour les soins relationnels, hôteliers ou techniques.
- Une "attitude d'accompagnement" définie sur la base de l'histoire de vie, les 14 besoins selon Virginia Henderson (VH), sur l'observation des désirs et des comportements. Le défi est de tenter d'articuler l'environnement autour des envies du pensionnaire plutôt que d'essayer de le faire entrer "dans un moule institutionnel" afin de créer une sorte d'harmonie ou d'attraction qui évitent d'utiliser des moyens de contention. Cette prise en compte des désirs et envies de la personne favorise aussi un climat plus serein puisqu'elle limite les conflits qui peuvent survenir quand le "comme on doit faire" en tant que soignant prend le pas sur le "comme j'aimerais que cela se fasse" que désire le bénéficiaire de soins.
- Des rencontres "projet de vie" où nous mettons en commun de façon interdisciplinaire (animation, soins, veilleurs) ce que nous avons remarqué ou connaissons du pensionnaire (par l'observation, les discussions avec le résident et/ou sa famille ou les expériences,...) afin de révéler un besoin qui ne serait pas uniquement lié aux 14 besoins de VH, mais qui se situe au niveau des valeurs de la personne. Ce besoin peut être à un niveau de la reconnaissance, de l'estime, de l'intégration ou de la sécurité. Des actions ponctuelles ou régulières, touchant directement ou indirectement le pensionnaire peuvent en découler. L'arrivée du concept "projet de vie" a permis pour certains pensionnaires d'intégrer la notion "d'avoir le projet de ne rien faire ou de se laisser vivre...".
- Le rapprochement avec les familles par un goûter d'accueil, l'absence d'heure de visite, les contacts réguliers, l'information spontanée en cas de problème ou d'interrogation.
- La mise en place de programme d'activités<sup>6</sup> pour certaines personnes afin d'essayer soit de gérer des comportements excessifs, soit d'offrir des repères dans le temps et permettre l'établissement de rituels sécurisants dans l'offre en soins.
- D'éviter de recourir à des moyens de contention, dont l'efficacité est toute relative et qui engendrent de nombreux effets défavorables fréquemment décrits dans la littérature.<sup>7</sup>

Ces éléments tirés du concept psychogériatrique de Montbrillant sont importants et peuvent paraître normaux. Cependant leurs applications concrètes au quotidien ne sont pas simples du fait que leur signification et leur interprétation sont très personnelles.

6 Annexe 2 "Exemple du programme d'activités pour une dame qui présente des cris pathologiques".

7 Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque. B. Fromage et coll. In NPG, N° 15 Mai- juin 03 Boulogne, p. 30.

### 3.2 Application concrète

L'application concrète d'un concept de soins est parfois délicate, notamment quand les situations peuvent télescoper les valeurs, notamment celles du pensionnaire, des soignants et/ou de la famille:

M. W est très délirant, refuse systématiquement les soins (verbalement et physiquement), ne prend aucun traitement médicamenteux et ne quitte que rarement son lit. Un programme des "activités minimum requises" (deux douches par semaine à jour fixe, le changement d'habit à ce moment là,...) règle assez bien le quotidien et permet une collaboration avec le pensionnaire pas trop conflictuelle. Lors d'un déplacement, M. W. chute et se fracture le bras. Il exprime plusieurs fois, à l'équipe soignante et au médecin, son refus de transfert à l'hôpital. La fracture se consolide. Un mois après, une deuxième chute provoque cette fois une fracture déplacée. M. W. s'oppose à nouveau à un transfert.

Après discussion avec le psychogériatre, l'option de l'hospitalisation (vu le caractère sérieux de la fracture) est prise. A notre grande surprise, M. W a accueilli les ambulanciers avec le sourire et nous a fait de grands gestes d'au revoir avec son bras valide.

Dans cette situation, la présence et l'urgence du type de fracture ainsi que l'aspect très délirant du pensionnaire ont facilité la prise de décision, sa **capacité de discernement** étant remise en question.

Lors de son retour, son offre en soins a été restaurée comme avant. Le fait que ce Monsieur reste au lit toute la journée, qu'il ne prenne aucun médicament et qu'il ne se douche que deux fois par semaine peut plus qu'étonner. Nous pensons que M. W. peut, malgré son délire, décider ce qui est bon pour lui pour les actes de la vie quotidienne. Le fait que l'agressivité physique et ses antécédents de fugues ne se soient plus manifestés, nous renseigne sur l'adéquation de l'offre en soins.

Mme X. est très alerte et dynamique. Elle banalise ses troubles de mémoire importants et son incontinence. Ses troubles importants de la parole empêchent la compréhension de ses besoins. Chaque jour, elle part d'un bon pied faire des commissions ou rejoindre sa fille qui habite la ville d'à côté. Chaque semaine qui passe met en évidence la péjoration de son état (trajet de plus en plus ardu, peine à revenir, se perd sur le chemin de l'aller, tourne autour de la villa de sa fille, n'arrive plus à sonner, passe par une fenêtre,...). Mme X. refuse les accompagnements qui lui sont proposés. Le besoin de sortir et de pouvoir se promener est mis en évidence de nombreuses fois lors des entretiens avec ses filles et de la rencontre "projet de vie". Plusieurs fois par jours, nous allons faire des recherches en voiture afin de la retrouver.

Au fil des jours et au vu du comportement de plus en plus précaire de Mme X. et de la question de la responsabilité en cas d'accident, l'option d'un transfert en milieu fermé a été prise par sa fille.

Les valeurs de la fille, épuisée, bien que reconnaissant le besoin de sa maman, ont pesé dans la balance. L'EMS a suivi la décision de la famille, en partant du principe que la fille était répondante officielle.

Notre difficulté a été de respecter cette décision. Bien que nous comprenions son épuisement, nous avons caressé l'espoir qu'elle change d'avis afin que Mme X. puisse

continuer à faire ses balades. La Société Suisse de Gériatrie indique que "*Dans notre société, la mobilité est une des composante les plus importantes de la qualité de vie. C'est pourquoi toute limitation de la mobilité doit être considérée comme une diminution de la qualité de vie (réduction du bien-être physique, psychique et social). Il en est de même de l'autonomie dont l'optimisation représente un défi pour les soins à la personne âgée.*"<sup>8</sup>

En discutant après coup avec différentes personnes qui gravitaient autour de l'offre en soins, nous avons pu mesurer le soulagement que la décision de transfert suscitait (presque tous ces intervenants avaient croisé une fois ou l'autre cette dame, traversant de façon très téméraire la route ou perdue sur le chemin du retour).

Ces avis nous ont donné l'impression d'être dans le faux parce que nous privilégions le besoin et l'autonomie du résident au niveau physique et psychique au détriment de l'aspect sécuritaire. Mais est-ce que nous devons, en tant que soignants, empêcher certains comportements de personnes dans le but de rendre confortable la vie des autres ? Bien sûr, notre travail consiste évidemment à trouver un juste milieu entre les attentes de chacun.

Dans une situation problématique, le fait de se focaliser complètement sur un intervenant serait une erreur, car l'environnement peut aussi s'adapter:

M. Y. déambule dans les couloirs la nuit. Parfois dans un but bien précis, comme chercher les toilettes mais souvent "comme ça". L'observation n'a pas permis de déterminer des circonstances "favorisantes" ou la régularité d'une fréquence. Le fait de le reconduire d'office à sa chambre génèrait de l'agressivité. Etant d'accord sur la non utilisation de contention (barrière, attachement) avec la famille, nous voulions aussi éviter l'utilisation d'un traitement sédatif vu sa tendance aux chutes et aux phases de somnolence par lesquels M. Y. peut passer. Par chance pour nous, M. Y. est quelqu'un de discret et à part deux ou trois pensionnaires, la majorité des occupants de l'étage ne se rend pas compte de ces visites nocturnes. Les moyens mis en place se sont situés au niveau de l'environnement du couloir. Nous avons proposé aux personnes dérangées la nuit de mettre soit une serrure leur permettant de fermer à clé leur porte, soit un retournement de la poignée de porte extérieur. Un "baby phone" a été installé dans la chambre de M. Y. pour que le veilleur intervienne au moindre bruit afin de l'accompagner au WC., ou de l'aider à retrouver sa chambre, par exemple. La mise en place de ces moyens dans le but d'assurer le bien-être des autres résidents a eu un résultat positif puisque la déambulation de M. Y. ne pose plus de problème.

L'observation du résident est importante en temps normal, mais elle devient fondamentale lors d'apparition d'un changement dans le comportement habituel. Pour qu'elle soit structurée, une mini procédure a été mise en place. Elle consiste à:





Exclure des causes environnementales (bruit/silence, froid/chaud, faim/soif, stimulations, lumière, barrière architecturale,...). Ces éléments sont à évaluer sur la base de la connaissance du pensionnaire, par exemple l'élimination de lumière chez quelqu'un qui a l'habitude d'une petite lampe de chevet allumée serait inadéquate !




Vérifier quelques paramètres (signes vitaux, stick urinaire, poids...) et exclure avec le médecin des causes physiologiques (douleurs, dysfonctionnement,...).

<sup>8</sup> Liberté et sécurité, lignes directrices pour l'application des mesures limitatives de liberté dans le traitement et les soins aux personnes âgées, SSG, SPSG, janvier 1999, p.1.

-  Présenter la situation au répondant familial pour obtenir son avis et/ou des pistes.
-  Mettre en place des moyens d'objectivité du trouble (grille horaire/évènement<sup>9</sup>, feuille de suivi...).

N. Bazin fait remarquer que *"ainsi l'évaluation avec utilisation d'instruments et mise en place d'une dynamique positive dans l'équipe, l'action sur un facteur déclenchant identifié et le traitement étiologique direct, constituent déjà trois possibilités d'interventions non médicamenteuses efficaces dans le traitement ou dans la prévention des troubles du comportement du sujet dément."*<sup>10</sup>

-  Obtenir l'avis du psychogériatre quand la frontière entre le désir conscient et ceux influencés par la pathologie mentale n'est pas claire. Dans certains cas, il est bon de savoir si le comportement est lié à un trouble du comportement ou à un trouble du caractère (dans l'agressivité par exemple).

N. Rigaux précise que *"l'esprit de tolérance par rapport aux symptômes ne signifie pas l'acceptation aveugle de tous les symptômes. L'observation de la pratique clinique de l'équipe dirigée par Ploton permet de dégager plusieurs limites importantes à cette tolérance. La limite essentielle est le plaisir du dément lui-même. Mais celle-ci est tempérée par le bien-être des autres déments (dans le cas d'un hébergement collectif) et les compromis à trouver avec la tolérance des soignants et des familles."*<sup>11</sup>

Cette liste d'actions met en évidence le désir de comprendre le changement de comportement et surtout d'essayer d'agir sur la source de cette modification. M. Phaneuf, dans son livre "Démarche de soins face au vieillissement perturbé" cite J. Rader qui décrit les différents rôles que l'infirmière doit adopter afin d'être efficace dans les soins aux personnes démentes. Elle doit maîtriser les rôles de magicienne, de détective, de constructrice et de jongleuse.

Les questions que l'infirmière/détective se pose, tentent *"...de découvrir des indices révélateurs qui la conduisent à un besoin insatisfait ou au facteur extérieur qui agit comme agent causal ou déclencheur."*<sup>12</sup>

*"Les questions à se poser peuvent prendre la forme suivante: Comment peut-on décrire le comportement de la personne ? Que fait-elle exactement ? Qu'est-ce qui peut en être la cause ? Qu'est-ce qui l'a déclenché ? Qu'est-ce qui c'est passé juste avant ou juste après ce comportement ? Ce comportement est-il fréquent ? A-t-il des conséquences sérieuses qui méritent une intervention ? Quelles actions des soignants ont semblé diminuer le comportement ? Quelle activité a pu créer une diversion ? Y-a-t-il un rapport un rapport entre ce comportement et le moment de la journée où il se produit ? avec le bruit, le moment du repas ou avec une douleur ou un malaise possible ?"*<sup>13</sup>

Cette séquence opérationnelle de questionnement permet selon l'auteur d'apporter des indices révélateurs sur lesquels le plan de soins va être élaboré.

9 Annexe 3 "Exemple d'une grille horaire/évènement pour une dame qui présente de l'agressivité".

10 Interventions non médicamenteuses dans les troubles du comportement des sujets déments, N. Bazin, In NPG, N° 15, Mai-juin 03, Boulogne, p. 20.

11 Le pari du sens, une approche alternative celle de Louis Ploton, N. Rigaux, Collection les empêchements de penser en rond, Institut Synthélabo, Paris, 1998, p. 79.

12 Démarche de soins face au vieillissement perturbé, démences et maladie d'Alzheimer, M. Phaneuf, Ed. Masson, Paris 1998, p. 139.

13 M. Phaneuf, op. cite, p. 140.

Dans des situations, le fait d'analyser le comment, le pourquoi et le quand a permis de diminuer l'importance du symptôme, de le tolérer et voire parfois de l'annuler (notamment en ce qui concerne les sollicitations permanentes, l'entrée intempestive dans les chambres, l'agressivité,...) mais surtout de prendre le temps avant d'agir à l'aveugle, de mieux cibler les actions. Il est toujours étonnant de voir combien des situations dites problématiques sont en fait liées à des ajustements "de base" entre l'offre et la demande. L'analyse permet aussi de ne pas laisser une situation se détériorer et souvent de lui donner du sens.

Les moyens mis en place doivent être personnalisés. Le but est de ne pas "pénaliser" les autres. Par exemple, nous ne fermons pas la porte d'entrée pour deux personnes susceptibles de partir, nous ne condamnons pas l'accès au frigo de l'étage car un pensionnaire le "dévalise", nous ne faisons pas de changement de chambre pour réunir deux "situations désespérées"....

Les moyens visent à découvrir des arrangements afin que tous y trouvent un bénéfice et que l'harmonie des unités ne soit pas mise en péril. Ils consistent à intervenir à plusieurs niveaux. Comme le décrit P. Landreville *"Les principales interventions axées sur la réduction des CE peuvent être regroupées en trois catégories: 1) celles qui visent directement le patient, 2) celles qui visent son environnement, et 3) celles qui visent les soignants"*<sup>14</sup>.

1) Les interventions auprès du patient regroupent: la correction des causes physiques réversibles (douleur, faim, soif, froid, nouveau médicament, maladie, position inconfortable, fatigue,...), les approches non pharmacologiques (comportementalisme, technique de diversion, programme de renforcement, programme structuré d'activité, la validation de N. Feil,...), l'approche pharmacologique bien que son mécanisme d'action ainsi que son efficacité ne soient pas complètement prouvés et les contentions physiques, bien que l'auteur insiste sur le fait que les patients ont autant, si ce n'est plus des comportements agités lorsqu'ils sont retenus par une contention.

2) Le réaménagement de l'environnement vise à réduire la stimulation "négative" du patient et ainsi modérer les CE. Des ajustements sont faits au niveau de l'éclairage (élimination des ombres par exemple), du bruit, des articles à disposition lors des activités de la vie quotidienne, des couleurs neutres. Des stimulations "positives" semblent aussi freiner les CE. Cohen-Mansfield et Werner (1998) ont évalué l'effet d'une augmentation des stimulations offerte par l'environnement. Des stimuli visuels, auditifs et olfactifs ont été ajoutés dans des unités de soins afin de simuler un environnement domestique ou un environnement naturel extérieur. *"Lorsque ces stimuli étaient présents, les sujets passaient plus de temps assis sur les bancs mis à leur disposition. Une moindre tendance à s'introduire dans des endroits interdits, à chercher à sortir de l'unité de soins et à manifester d'autres comportements agités a également été notée."*<sup>15</sup>

3) Les actions auprès des soignants visent principalement selon l'auteur *"à leur fournir des outils pour favoriser leur collaboration à l'effort de réduction des CE."*<sup>16</sup> L'outil principal est la formation. Elle peut être globale, c'est-à-dire portée sur les troubles liés aux démences, aux symptômes ou plus spécifique, comme l'apprentissage d'une manière d'être visant à réduire l'agitation ou visant à identifier les facteurs déclenchants des CE. La formation peut aussi porter sur des actions précises lors de recherche en soins infirmiers.

<sup>14</sup> Les comportements excessifs dans la démence, P. Landreville, J. Vésina, N. Gosselin, IN Psychologie clinique de la personne âgée, P. Landreville et coll. Ed. Masson, Ottawa 2000, p. 136.

<sup>15</sup> P. Landreville, J. Vésina, N. Gosselin, op. cite, p. 140-141.

<sup>16</sup> P. Landreville, J. Vésina, N. Gosselin, op. cite, p. 141.

J. -P. Aquino nous rappelle aussi que "*La démence est aussi la maladie de la tolérance, tant au niveau de la famille et du voisinage que du médecin et de l'équipe soignante. Il est intéressant de noter qu'en institution, le niveau de tolérance est inversement proportionnel à l'importance de traitement neuroleptique et à la fréquence de la contention...*"<sup>17</sup>

Avant d'intervenir, prendre le temps de se poser certaines questions ("Que voudrait le résident ?" "Quel est le sens de ce comportement pour ce résident ?" ou encore "quelles vont être les conséquences de l'élimination de ce comportement ?") et de solliciter la famille sur d'éventuelles **directives anticipées** pour permettre de tenir compte des priorités, de la nature des actions et de doser la nécessité d'agir. Pour des situations d'agressivité, M. Khosravi rappelle que la violence peut être une façon pour le malade de s'affirmer et "*de se montrer capable de faire quelque chose, même le mal.*"<sup>18</sup>

Pour certaines situations où l'observation et les mesures n'ont pas pu mettre en évidence de causes ou de régularités utilisables et surtout pour l'errance en dehors de l'établissement, nous avons opté de travailler davantage sur la prise de risque.



---

17 La maladie d'Alzheimer Quelle place pour les aidants ? A. Colvez, M.-E. Joël, D. Mischlich, Ed. Masson, Paris 2002, p. 16.

18 La vie quotidienne du malade d'Alzheimer, Mitra Khosravi, Ed. Doin, Paris 1995, p. 190.



## 4 La prise de risques

"Pourtant risquer c'est continuer d'avancer. Maintenir une possibilité de risque, un droit au risque, c'est reconnaître la personne âgée comme vivante."<sup>19</sup>

En entrant en EMS, la tendance est d'imaginer que la personne sera "protégée" de tout (des chutes, des malaises, des problèmes administratifs, de la solitude et même de la mort peut-être,...). L'entourage privilégie, lors de leur recherche, la maison dynamique avec grand jardin et avec choix de menus, un programme d'animation varié et aussi une belle et grande chambre située au sud avec vue et surtout pas de voisin de chambre susceptible de déranger le futur pensionnaire dans ses habitudes. Les demandes de surveillance accrues et d'éliminations des risques sont sous-jacentes. Nous avons parfois l'impression que les souhaits sont basés sur les craintes des familles plutôt que liées aux envies de leur parent, et surtout qu'elles ne répondent pas vraiment aux besoins de la personne.

Le placement met souvent en évidence le rapport d'autorité qui s'est installé entre la famille et la personne âgée lors de l'évolution de la maladie. Amyot et Villez mettent en évidence que *"Ce transfert d'autorité s'accompagne du sentiment profond d'exercer désormais une responsabilité d'ordre parental qui porte en germe le réflexe sécuritaire: si je suis responsable, je dois veiller à ce que mon père, ma mère, ne prennent aucun risque. Non seulement ils ne doivent pas prendre de risque mais encore ils ne doivent pas être exposés à des situations à risques."*<sup>20</sup>

Cette autorité est transférée légalement sur le directeur d'EMS ou sur le conseil de Fondation qui (selon la loi) au même titre qu'un chef de famille (art. 333 CCS), se doit de protéger ses résidents et leur entourage<sup>21</sup>.

Les désirs de prévention ou d'annulation des risques d'ennui, de conflit, de tristesse, de chute, de déambulation ou de confrontation peut être une solution adoptée par l'entourage afin de mieux supporter la réalité de la situation au niveau de leur culpabilité.

Mais cette attitude de protection de l'entourage envers la personne âgée peut activer le processus de déresponsabilisation, l'atteinte à l'estime de soi ainsi provoquée peut engendrer de l'agressivité.

Le respect des choix des pensionnaires n'est dans l'ensemble pas trop difficile si la communication avec la famille est aisée. Généralement, les répondants reconnaissent que le plaisir lié à de bonnes "pâtisseries" et au verre de vin à midi est autrement plus important que la valeur de la glycémie chez quelqu'un de diabétique ou que les problèmes d'alcool d'antan. Que le respect du désir de ne plus se doucher (par peur de l'eau généralement) est plus sérieux que l'application des différents standards théoriques. Les familles sont en accord avec les propositions de soulagement de la douleur et de priorité du confort en cas de fin de vie et de ce fait, acceptent assez bien les décisions du résident sur un éventuel arrêt de la médication ou de refus de soins techniques.

Le fait de se mettre à la place du pensionnaire en imaginant ce que nous aimerions pour notre propre vieillesse (et dans le cas d'une démence) permet souvent de prendre du recul par rapport à nos priorités et de rejoindre celles du pensionnaire.

<sup>19</sup> Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque, op. cite, p. 31.

<sup>20</sup> Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques, J-J Amyot, A. Villiez, Fondation de France, Ed. Dunot, Paris 2001 p. 19.

<sup>21</sup> "Jurisprudences 2002", Ordre professionnel de l'AVDEMS, mai 2003, p. 4/10.

L'énergie à vouloir favoriser la prise de risques plutôt que l'application de mesure de contention trouve aussi sa motivation dans la crainte de voir se développer d'autres conduites en cas d'annulation de celles que l'on connaît.

M. Z. est en attente de transfert à Montbrillant depuis un autre EMS sur la demande de sa femme (désir de proximité). Lors de notre visite préliminaire, nous le trouvons attaché à sa chaise roulante et remarquons la ceinture de lit et les barrières. Son agressivité physique à l'encontre du personnel et le risque de chute justifient ces moyens. Le contact est difficile, M. Z. s'exprimant peu. Lors de l'entretien préliminaire avec sa femme, nous discutons et testons son acceptation de la prise de risques sur les bases de notre concept. Depuis son arrivée, l'équilibre de M. Z. ne lui a fait que rarement défaut. Des mouvements d'agressivité se rencontrent occasionnellement quand son quotidien est modifié (nouveau personnel), son incontinence a disparu. Son diagnostic de démence d'Alzheimer est remis en question.

Nous avons discuté avec sa femme et pris la décision de ne pas attacher M. Z. sur la base de l'hypothèse que son agressivité était liée à l'attachement, car nous avons plusieurs fois observé que si l'on s'évertue à supprimer un comportement "dérangeant" (les chutes dans cette situation), un autre le remplace au galop (l'agressivité). Ce qui se confirme chez ce monsieur depuis maintenant huit mois.

Amyot et Villez remarquent *"qu'il ressort assez nettement de l'ensemble des travaux que les conduites sécuritaires développées par les soignants et les professionnels, loin de réduire les risques auxquels s'exposent ou sont exposées les personnes âgées, contribuent à déplacer le risque et parfois à l'accroître en transformant sa nature : ainsi l'enfermement pour éviter les fugues qui peut inciter certaines personnes désorientées à se défenestrer."*<sup>22</sup>

Une des réponses aux comportements excessifs est la contention. L'article 24<sup>a</sup> de la loi sur la santé publique de 1985 autorisait des mesures de contention **à but thérapeutique** ou **visant à protéger** le patient d'un **danger immédiat** ou **imminent** mais à titre **exceptionnel** pour une durée dite **brève** et cesser dès que l'objectif est atteint<sup>23</sup>. Mais en côtoyant des situations de démence, le professionnel sait qu'une mesure de contention à visée thérapeutique brève n'est pas vraiment le moyen le plus performant pour faire face aux troubles dégénératifs et/ou de comportement excessif auxquels nous sommes confrontés.

La révision de cette loi précise dans l'article 23<sup>d</sup> de la LSP que:

*"Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures de sûreté et de privation de liberté à des fins d'assistance est réservé.*

*A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, son représentant thérapeutique respectivement son représentant légal ou ses proches, le médecin responsable d'un établissement sanitaire peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contraintes strictement nécessaires à la prise en charge d'un patient :*

- a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et*
- b) si le comportement du patient présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou pour celles d'autres personnes.*

<sup>22</sup> Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques, op. cite, p. 10.

<sup>23</sup> Article 24<sup>a</sup>, Révision de la loi sur la santé publique, AVDEMS, conseil éthique, Annexe à la recommandation du 10 avril 1999.

*Le médecin responsable d'un établissement sanitaire peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent."*<sup>24</sup>

L'article 23<sup>e</sup> de la LSP complète que:

*"La surveillance du patient est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte dont le maintien fait l'objet d'évaluations. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée, ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient.*

*La personne concernée, son représentant thérapeutique, respectivement son représentant légal, ses proches ou un accompagnant peuvent s'adresser à la commission d'examen des plaintes compétentes pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contraintes conformément à l'article 15<sup>d</sup>. La commission décide si la plainte a effet suspensif dès réception de celle-ci.*

*La commission rend sa décision dans un délai de cinq jours après le dépôt du recours. La procédure de plainte est réservée."*<sup>25</sup>

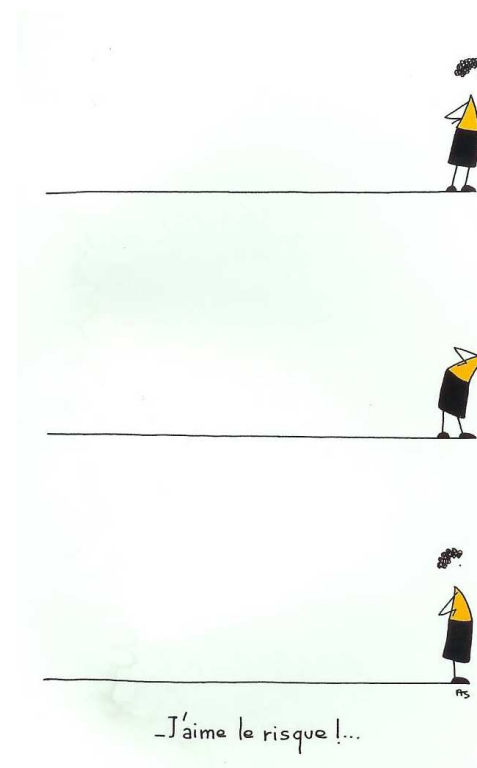
Dans ses recommandations, l'Ordre Professionnel de l'AVDEMS<sup>26</sup> rend attentif à l'importance de remplir les conditions de l'article 23<sup>d</sup> pour que les mesures de contraintes ne soient pas assimilées à de la maltraitance.

En cas de plainte (suite à un accident ou un dégât à la propriété d'autrui) que ce soit dans l'établissement ou à l'extérieur, l'institution va être reconnue responsable notamment si l'incapacité de discernement du pensionnaire est manifeste. Le manque de consensus concernant la définition de "risque" et de "responsabilité" demande cependant une analyse au cas par cas.

La loi ne jugeant pas sur le résultat (pour les métiers ayant à faire à des êtres humains), mais bien sur les moyens mis en place, l'institution doit donc pouvoir prouver que des méthodes ont été mises en place afin d'éviter des risques à la société ou à l'environnement.

Les méthodes de prévention et de protection mises en place doivent être répertoriées en regard des risques qu'ils préviennent.

Si certains risques sont assez bien acceptés, il en reste un assez ardu à conceptualiser, il s'agit de la fugue<sup>27</sup>. *"Le concept de fugue comporte deux dimensions : celle de fuite et de caractère urgent. L'urgence relève plus de la pression "interventionniste" que l'équipe de soins va subir de la part de l'entourage que du danger authentique que peut encourir le sujet âgé. Il y aura donc volonté pour l'infirmier de comprendre le sens essentiel de cet acte qui effraie et culpabilise les proches."*<sup>28</sup>



24 Article 23<sup>d</sup>, intr. par loi du 19.03.02 (FAO 36/02), Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique.

25 Loi du 19.03.02, op. cite.

26 "Jurisprudence 2002", op. cite, p. 4/10.

27 Bien que le terme de fugue ne nous satisfait pas entièrement, il faut comprendre dans ce terme, le fait que le résident parte de l'établissement de façon plus ou moins calculée.

28 Gérontopsychiatrie, Dimensions psychopathologiques du vieillissement, J-P. Durand, Ed. Lamarre, Paris 1994, p. 94.

Par exemple, dans les situations d'errance, le directeur de l'institution doit tout mettre en œuvre afin de préserver d'un acte de fugue (bracelet détecteur, porte fermée,...). Si, toutefois, tout ne peut pas être mis en œuvre (par incapacité organisationnelle ou thérapeutique de l'établissement), l'ordre professionnel estime "*qu'il est impératif de transférer le patient*"<sup>29</sup>. Il rajoute "*qu'une décharge de la famille ou du répondant s'avère inutile et sans effet sur la responsabilité de l'EMS, avec en plus la lourde charge émotionnelle qu'un tel document pourrait représenter pour les proches*".

Bien que comprenant cette recommandation, nous trouvons, une fois de plus, regrettable que le bien-être de l'entourage passe avant celui du résident. En effet, les professionnels de la santé savent ce que représente un transfert pour un résident ayant une démence, au niveau de ses ressources, de ses repères et aussi de son état émotionnel.

N'ayant aucune garantie qu'un pensionnaire ne provoquera pas demain un accident à l'intérieur ou à l'extérieur de l'EMS, il est judicieux de réfléchir sur une éventuelle couverture de la prise de risques au niveau des assurances.

Bien qu'en étant conscient des risques et des dangers que le pensionnaire peut prendre, c'est en les prenant que celui-ci continue à vivre. Freud ne disait-il pas: "*Si tu veux pouvoir supporter la vie, sois prêt à accepter la mort*."<sup>30</sup>

L'espoir de pouvoir juguler tous les dangers est illusoire. Nous pouvons imaginer que la réduction d'un danger peut en appeler un autre et de ce fait entraîner le professionnel dans une spirale infernale (portes fermées à clé pour éviter les fugues ⇒ escaliers condamnés pour éviter les déambulations ⇒ fenêtres sécurisées pour éviter la défenestration ⇒ mise sous clé des couverts pour prévenir les blessures ⇒ prescription de médicaments pour éviter l'agitation ⇒ attachement pour éviter les chutes ⇒ mise en place d'une sonde pour éviter l'incontinence ⇒ ...).

Le moindre objet peut être source de danger, les parents d'enfant le savent bien. A Montbrillant, nous nous préparons à l'accident car nous refusons de mettre chaque pensionnaire sous une cloche stérile d'interaction, de risques ou de danger ou alors l'appellation "lieu de vie" des EMS est à remettre en question.

Nous prenons ces risques sciemment, bien qu'étant convaincus qu'un évènement dramatique provoquera une profonde remise en question, il ne remettra pas en doute les valeurs qui guident depuis maintenant six ans les actions et la volonté de travailler sur le risque pour les 33 pensionnaires de Montbrillant.

---

<sup>29</sup>"Jurisprudence 2002", op. Cite, p. 5/10.

<sup>30</sup> Essai de psychanalyse, S. Freud IN Le crépuscule de la raison, J. Maison dieu, Ed. Bayard, Paris 1989, p. 81.



## 5 Bases indispensables

L'offre en soins personnalisée demande plus que simplement le désir de tenir compte des choix du résident et de prendre des risques. Des éléments doivent se retrouver comme fondement du fonctionnement, notamment dans les relations, dans les attitudes ou dans nos positions. Ces facteurs sont la communication, le respect et le partenariat; ils sont interdépendants et communs aussi bien aux pensionnaires, à leur famille, qu'aux soignants.

### 5.1 La communication

Déjà lors de l'entretien avant l'entrée (visite de maison), le futur résident et sa famille sont informés de notre façon de travailler et nos priorités (présentation des limites de l'offre en soins et des risques qu'elle engendre) par une présentation orale et une pochette contenant des documents d'information. Nous écoutons les demandes et analysons l'adéquation entre l'offre et la demande. Il est important de nommer les risques aux familles et aux répondants: un arrêt de la médication peut décompenser un état physique ou psychique, une chute peut créer une fracture, une porte ouverte peut créer un départ de l'établissement, une disparition de plusieurs heures et éventuellement un accident, un arrêt de l'alimentation peut provoquer une perte de poids et la finalité de ces risques est la mort du résident.

La discussion est validée par la signature du document "Risques discutés"<sup>31</sup> qui engage les signataires à se manifester si leurs valeurs venaient à changer. Cette politique d'admission claire concernant notre population cible, notre concept et la présentation des limites de l'offre permettent un partenariat basé sur la confiance avec les futures pensionnaires et leurs répondants.

Lors d'un goûter de bienvenue (trois mois après l'arrivée env.), le projet de départ est validé avec la famille.

La cohérence de l'attitude d'accompagnement est ensuite assurée grâce à la communication. On évite de laisser "moisir" une situation. En cas de changement d'état de santé du pensionnaire ou lors de problèmes, on informe de suite spontanément et personnellement son répondant.

Le référent incite le pensionnaire à parler au travers d'entretiens, mais se montre aussi disponible hors des moments planifiés.

Les moments de communication sont fondamentaux pour les équipes. La restitution des informations sur les interactions et expériences vécues est possible par écrit et par oral lors des moments de discussion pour les membres des équipes (colloques, remise, liaison, synthèse,...) afin de favoriser la transmission et la prise de recul.

Lors des "trois grandes" disparitions dont une ayant eu une issue fatale, le fait de parler et d'échanger avec la famille et avec les différents intervenants sur la prise de risques, le choix de l'établissement ouvert, le déroulement des recherches, de savoir si l'évènement aurait pu être prévu ou évité, si tous les moyens possibles ont été mis en place représentent un grand soutien pour les soignants.

<sup>31</sup> Annexe 4 Document "Risques discutés".

## 5.2 Le respect

Le respect des décisions du pensionnaire ou de sa famille demande aux soignants beaucoup de finesse, notamment lorsque celles-ci ne correspondent pas à notre champ de référence. L'acceptation d'un arrêt d'alimentation ou d'un refus de soins (de confort ou de traitement) nous renvoie obligatoirement à notre éthique professionnelle. Même si les familles expriment clairement le fait qu'elles préfèrent savoir que le pensionnaire "peut se balader librement à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement et que s'il arrive un accident il aura profité jusqu'au bout", la remise en question est très forte en cas d'imprévu. Il est important de soutenir et de respecter les proches lors de ces événements.

Cette notion de respect qui entoure l'acceptation des décisions, ne doit pas se faire les yeux fermés notamment lorsque les demandes concernent des mesures qui peuvent influencer la qualité de vie. La procédure décrite en page 8, aide aussi dans ces cas-là pour déterminer si les demandes sont faites "en connaissance de cause" ou si elles sont influencées d'une manière ou d'une autre.

Au niveau de l'équipe, cette façon de travailler requiert aussi de la confiance et du respect entre les collaborateurs. Les moments de transmissions dévoilent les limites, les ressentis et les réactions de chacun.

## 5.3 Le partenariat

Le partenariat s'établit grâce :

- A l'établissement clair des limites. Pour chaque pensionnaire, il est important de savoir et de se mettre d'accord sur les risques que la famille, le pensionnaire et l'institution sont prêts à prendre. C'est pour cette raison que les démarches d'entrée pour le pensionnaire prennent du temps.
- Aux procédures personnalisées. Pour certains résidents, le temps de réaction est plus court que pour d'autre, les moyens utilisés sont choisis en fonction du but recherché. Ces détails (moyens, protocoles, actions) sont choisis en partenariat avec le répondant lors des entretiens formels ou informels.
- Aux rencontres annuelles organisées depuis plusieurs années avec les voisins. C'est pour nous l'occasion, entre autres, d'expliquer notre façon de travailler et de se rendre compte combien les voisins directs connaissent bien les résidents.



- Aux possibilités de formation proposées aux collaborateurs afin de favoriser le recul et l'ancrage de techniques d'approche différentes. Les rencontres avec le psychogériatre (liaison, supervision d'équipe, éclaircissement) sont aussi formatrices.
  
- Aux qualités communes des soignants. Il est important d'être attentif déjà lors de l'engagement de découvrir, dans la mesure du possible, des collaborateurs qui présentent des qualités personnelles en accord avec notre objectif, plutôt que de grands techniciens.

*"A tout moment et particulièrement lorsque la démarche étiologique n'a pu aboutir, le bon sens doit trouver sa place au premier rang de la prise en charge des patients déments présentant des troubles du comportement: rester souple dans la prise en charge, adapter l'environnement au patient, réduire les facteurs stressants, favoriser les automatismes et éviter les changements, être attentifs aux déficits sensoriels, éviter l'abandon et la surstimulation, favoriser les centres d'intérêt antérieurs, éviter les situations d'échec, etc."*<sup>32</sup>

La souplesse, le bon sens et la faculté d'adaptation sont des qualités qui permettent d'appréhender de manière optimale les situations rencontrées parfois déroutantes. Cette souplesse ne doit en aucun cas annuler toute la rigueur de la pratique, surtout en ce qui concerne la régularité et les méthodes de l'observation, la remise en question des techniques et le professionnalisme que l'encadrement dont les personnes atteintes dans leur intégrité psychique ont besoin.

---

32 Interventions non médicamenteuses dans les troubles du comportement des sujets déments, op. cite, p. 20.



## 6 Perspectives d'avenir

Plusieurs objectifs sont envisagés pour la suite:

- Informer les visiteurs et/ou les voisins sur les possibilités d'actions lorsqu'ils trouvent une personne perdue ou qui semble l'être.
- Militer pour un système de recherche avec un système GPS permettant de localiser précisément le pensionnaire et mettre en place une palette d'outils: constitution d'une banque d'odeurs pour faciliter l'excellent travail des chiens appelés à la rescousse dans les deux cas de disparitions (suggestion du maître-chien), procédure de recherche plus systématique (préparation de fiche de recherche par endroit sur les cartes de la région).
- Développer une feuille de suivi des contentions (au cas où elles se justifieraient) où les actions anticipatives seraient mises en valeurs et une fiche de suivi de l'errance extérieure afin de définir plus systématiquement les "rituels de sortie".
- Sensibiliser le public par des informations ou des publications au sein de l'établissement, (famille, "futur résident", visiteurs...) à l'utilité de l'importance de rédiger des directives anticipées et de nommer éventuellement un représentant thérapeutique afin de garantir les choix du pensionnaire.
- Ne plus partir du principe que l'admission d'un pensionnaire dans l'EMS signifie un accord tacite (prouvé par le choix de l'établissement) avec les différentes prises de position de celui-ci (concernant l'acharnement thérapeutique, la liberté de mouvement, le style de vie ou encore les limites de l'offre en soins, par exemple),
- Continuer le travail de fond effectué auprès des collaborateurs et de l'organisation des soins. En six ans, nous pouvons constater une évolution significative dans l'observation du résident (habitudes, comportements, symptômes, interactions avec l'environnement,...), dans l'adhésion au concept psychogériatrique (soins personnalisés, acceptation de la remise en question, mise en place des projets de vie,...) et dans les rapports avec les familles (participation aux goûters d'accueil, coopération et sollicitations spontanées,...). Cette évolution doit être quotidiennement relevée du fait que des collaborateurs pensent souvent maintenant que c'est "tout à fait normal de travailler comme ça".

Une évolution vers la fermeture des portes n'est pas du tout envisagée pour l'instant du fait que :

- Au niveau des pensionnaires, nous pouvons constater un bien être souvent relevé par les familles. L'impression des intervenants extérieurs que nous nous différencions peu d'un établissement gériatrique, le faible taux de transfert en milieu fermé ou de "réhospitalisation" ainsi que le taux de mortalité (env. 8 personnes/an) stable nous laissent penser que notre offre correspond aux besoins de la clientèle.
- Les collaborateurs expriment régulièrement leur satisfaction de travailler de cette façon. De plus, B. Fromage et coll. ont remarqué que "*Le soignant vit fréquemment un conflit de valeur à propos de la contention : sentiment d'inefficacité, impression d'une diminution de la qualité de soin, culpabilité latente et détérioration de la communication avec la personne âgée. Associée à la dégradation des capacités de la personne, cette situation contribue à une augmentation de la charge de travail et participe à l'épuisement professionnel.*"<sup>33</sup> ce qui ne semble pas être le cas actuellement.

---

<sup>33</sup> Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque, op. cite p. 30.



## Conclusion

Les risques de l'offre en soins personnalisée sont donc réels. Ils sont d'ordre éthiques et moraux quand ils touchent le refus de soins ou de traitement, ils touchent à la loi quand les responsabilités sont mises en jeu et d'ordre environnemental quand les comportements excessifs perturbent l'harmonie et l'organisation de l'unité. Ces risques sont présents aussi bien en psychogériatrie qu'en gériatrie, en milieux fermés qu'en EMS ouverts.

Le soignant et son institution, en connaissance de cause, doivent se positionner et faire connaître leur concept afin de renseigner les organes placeurs.

C'est impensable d'imaginer qu'un lieu ouvert donne des garanties de "non risque" ou qu'un lieu fermé culpabilise les familles sur la prise de risque pour justifier l'enfermement. Lors de l'entretien préliminaire à l'admission, les attentes du pensionnaire et de sa famille doivent essayer de rester le principal critère d'admission.

Les EMS fermés ainsi que l'utilisation des contentions ont leurs raisons d'être dans certaines situations. Le sens de ce choix et surtout les actions préventives essayées auparavant, doivent être répertoriées et réévaluées régulièrement.

Une des questions de départ était de savoir s'il est possible de prendre en compte les perspectives des différents partenaires de l'offre en soins. La réponse, affirmative, est cependant à nuancer. Un EMS ne peut, à lui seul, répondre à toutes les attentes, tant elles sont multiples. Il est donc indispensable de collaborer entre les différents partenaires (EMS fermés - EMS ouverts) afin de répondre de façon commune aux attentes des pensionnaires, de leur(s) pathologie(s) et de leur famille/répondant.

Un des objectifs de notre établissement est d'éviter de surprotéger le pensionnaire (en utilisant la contrainte comme moyen de prévention des risques). Nos actions se situent à trois niveaux: le pensionnaire afin d'offrir une continuité avec ses habitudes et le contexte de soins (afin d'éviter les situation d'échec ou de conflit), l'environnement en diminuant les risques pratiques (enlever les seuils ou autres obstacles, prendre l'habitude de ranger les objets, diminuer les facteurs stressants comme les bruits de fond, les gestes brusques, ...) et pour finir, nos attitudes afin de conjuguer la recherche du sens des différents comportements, l'évaluation de la nécessité d'agir et de réfléchir aux possibilités d'action lors d'événement, plutôt qu'à l'annulation de ces faits. Il semble que nous évitons ainsi de tomber dans une sorte d'activisme, visant l'annulation des risques, qui atteindrait les définitions de la maltraitance.

De toute façon, quelle que soit l'option choisie et même convaincus de notre concept, le stress généré lors d'interactions difficiles ou d'accidents, ébranle toujours les certitudes de notre conscience. Et c'est tant mieux, car ces petits séismes permettent la remise en question régulière de la pratique.



## 8 Définitions

### Les mesures de contraintes :

Les mesures de contraintes regroupent tous les moyens dit "de contention" qu'ils soient physique (ceinture de maintien, barrière de lit, ceinture abdominale, ...), pharmacologique (psychotropes, sédatifs,...), architectural (porte de chambre fermée la nuit, non accès à certaines parties de la maison, serrures, caches pour appeler l'ascenseur, ...) ou psychologique (injonctions collectives répétées en vue de diminuer la mobilité "restez assis", "attention ne marchez pas, vous allez tomber", "ne sortez pas vous allez vous perdre",...).<sup>34</sup>

Il est important de relever que le moyen de contention n'est pas forcément une contrainte. Le but et l'objectif thérapeutique spécifique de son utilisation, le définissent. L'emploi de coussins peut être utilisé comme contrainte pour empêcher un tél résident de se lever mais pour un autre, il sera utilisé à des fins de confort ou encore pour prévenir des chutes passives. Un sédatif est normal en cas de plaintes de troubles de sommeil d'un résident, il le sera moins en vue de calmer un individu qui déambule la nuit.

Le fait que le patient demande ou consent à une mesure de protection qui limite la liberté de mouvement ne dispense pas de réévaluer régulièrement et de protocoler la mesure dans le dossier.<sup>35</sup>

Cela devient une contrainte lorsque l'objectif est détourné du but premier, c'est-à-dire créer une souffrance plutôt que de l'apaiser.

### L'offre en soins:

Nous sommes certains que le terme de "prise en charge" doit d'une certaine manière induire le fait que le pensionnaire doit se laisser porter, et que nous allons prendre en main sa personne. L'"offre en soins" suggère (et c'est le but) que l'on propose et que le pensionnaire dispose.

Mais finalement le choix du terme est secondaire à la volonté d'une définition commune qui regrouperait *"tous les moyens mis en œuvre pour mettre en évidence les besoins du pensionnaire, qu'ils soient sociaux, spirituels, administratifs ou de soins, de nature à élaborer les bases de l'accompagnement et à déterminer des actions spécifiques pour chaque personne afin de maintenir, voir d'augmenter la qualité de vie globale de celui-ci."*<sup>36</sup>

### Les comportements excessifs (CE):

Hussian et Davis utilisent ce terme pour désigner tous les comportements qui dépassent les mesures acceptables. Pour P. Landreville, les comportements peuvent être excessifs par leur fréquence (répéter la même question plusieurs fois par heure), leur durée (faire les cent pas pendant plusieurs heures) ou leur nature (empoigner un soignant par le bras et se mettre à l'injurier sans raison apparente). L'auteur précise encore que le choix du terme "comportement excessif" est arbitraire étant donné qu'il n'existe pas encore de consensus pour nommer les problèmes de comportement associés à la démence. Il existe plusieurs

34 Un drame encore tabou : les contentions, B. Pradines, Site Internet, 5 sept. 03.

35 L'essentiel sur le droit des patients, Edition spéciale pour les professionnels de la santé, animédia, Etat de Vaud, Lausanne, 2003, p. 16-17.

36 Concept psychogériatrique de Montbrillant, op. cite.

classifications des CE présentés par la personne atteinte de démence. Une classification intéressante, car liée aux répercussions des comportements des malades sur les personnes qui l'entourent, est celle proposée par Zimmer et coll. (1984). Elle regroupe: 1: les comportements dangereux pour les autres (agressivité par ex.), 2: les comportements dangereux pour soi (refus des soins par ex.), 3: les comportements dérangeants pour les autres (jurer par ex.) et 4: les comportements non dangereux et non dérangeants mais préoccupants pour le personnel soignant ou pour les aidants naturels (amasser les objets par ex.).<sup>37</sup>

Nous pouvons ajouter que certains comportements peuvent aussi être classés dans "excessifs" ou "perturbateurs" suivant l'équilibre des unités, la fatigue de l'équipe soignante ou d'un manque de compréhension de ce que veut exprimer le résident.

### **La capacité de discernement :**

*"Etre capable de discernement, c'est avoir la faculté d'évaluer une situation, de prendre des décisions pertinentes en conséquence et d'apprécier la portée de ses actes.*

*Toute personne est présumée capable de discernement, à l'exception des jeunes enfants et de personnes qui en sont privées par la suite de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, de perte de conscience, d'ivresse ou de causes semblables. Le fait d'être atteint de troubles psychiques, d'être hospitalisé en établissement psychiatrique, d'être très âgé, d'être hébergé en établissement médico-social, d'être sous tutelle ou d'être mineur, n'est pas synonyme d'incapacité de discernement."<sup>38</sup>*

### **Les directives anticipées :**

La formulation de directives anticipées aide les professionnels de la santé à agir en conformité avec les volontés du résident même s'il n'est plus capable de l'exprimer.

Ces directives peuvent changer et c'est la dernière volonté inscrite dans le dossier qui fait foi.<sup>39</sup>

Selon l'article 23 a de la LSP:

*"Toute personne capable de discernement peut rédiger des directives anticipées sur le type de soins qu'elle désire recevoir ou non dans les situations données où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Elle doit les rendre facilement accessibles aux professionnels de la santé.*

*Toute personne qui n'a pas déjà un représentant légal peut de la même manière désigner un représentant thérapeutique chargé de se prononcer à sa place sur le choix des soins à lui prodiguer dans les circonstances décrites à l'alinéa premier. Les relations entre la personne concernée et son représentant thérapeutique sont régies par les règles du contrat de mandat gratuit.*

*Les directives anticipées peuvent être modifiées ou annulées à tout moment par leur auteur, sans limitation de forme".<sup>40</sup>*

37 Psychologie clinique de la personne âgée, op. cite, p. 127-128.

38 L'essentiel sur le droit des patients, op. cite, p. 15.

39 L'essentiel sur le droit des patients, op. cite, p. 20.

40 Loi du 19.03.02, op. cite.

## 9 Bibliographie

### **Livres:**

Le pari du sens, une approche alternative celle de Louis Platon  
N. Rigaux  
Collection les empêcheurs de penser en rond  
Institut Synthélabo  
Paris 1998.

Démarche de soins face au vieillissement perturbé, démences et maladie d'Alzheimer  
M. Phaneuf  
Editions Masson  
Paris 1998.

Psychologie clinique de la personne âgée  
C. Cappeliez, P. Landreville, J. Vésina  
Editions Masson  
Ottawa 2000.

La maladie d'Alzheimer. Quelle place pour les aidants ?  
A. Colvez, M.-E. Joël, D. Mischlich  
Editions Masson  
Paris 2002.

La vie quotidienne du malade d'Alzheimer  
Mitra Khosravi  
Editions Doin  
Paris 1995.

Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques  
J-J Amyot, A. Villiez  
Editions Dunot  
Paris 2001.

Gérontopsychiatrie. Dimensions psychopathologiques du vieillissement  
J-P. Durand  
Editions Lamarre  
Paris 1994.

Le crépuscule de la raison  
J. Maisondieu  
Edition Bayard  
Paris 1989.

### **Illustration p. 14 :**

Daphné  
Audrey Smadja  
Editions Histoire de voir.



**Articles:**

Concept psychogériatrique de Montbrillant  
P. Flückiger Gütapfel, S. Jaton  
Fondation Beau-Site  
Juillet 2001.

Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque  
B. Fromage et coll.  
NPG, N° 15, année 3  
Mai- juin 03, Boulogne.

Liberté et sécurité  
Lignes directrices pour l'application des mesures limitatives de liberté dans le traitement et les soins aux personnes âgées  
SSG, SPSG  
Janvier 1999.

Interventions non médicamenteuses dans les troubles du comportement des sujets déments  
N. Bazin  
NPG, N° 15, année 3  
Mai- juin 03, Boulogne.

Jurisprudences 2002  
Ordre professionnel de l'AVDEMS  
Mai 2003.

Conseil éthique, recommandation du 10 avril 1999 aux membres de l'AVDEMS  
Les mesures de contention à l'égard des personnes placées dans des établissements médico-sociaux  
AVDEMS, 1999.

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique  
LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD.

L'essentiel sur les droits des patients, édition spéciale professionnels de la santé  
sanimédia, information en santé publique  
Service de la santé publique du Canton de Vaud, 32, rue St Martin CH-1005 Lausanne  
Juin 2003

**Article "Internet":**

Un drame encore tabou : les contentions  
B. Pradines  
Site Internet mis à jour le 5 sept. 03  
Print : 19 octobre 2003  
<http://users.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html>

**Divers:**

Extrants statutaires du système PLAISIR©, EMS Montbrillant  
EROS  
Années 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003.





## 10 Annexes

Annexe 1 : Tableaux comparatifs de l'évolution des bénéficiaires de 1996 à 2003.

Annexe 2 : Exemple du programme d'activités pour une dame qui présente des cris pathologiques.

Annexe 3 : Exemple d'une grille horaire / évènement pour une dame qui présente de l'agressivité.

Annexe 4 : Document "Risques discutés".



## Annexe 1: Tableaux comparatifs de l'évolution des bénéficiaires de 1996 à 2003.

Ces chiffres sont les résultats des calculs du logiciel PLAISIR ©. Recevant plusieurs vues annuelles, le choix s'est porté sur la période du mois de juin sur les extraits comparatifs. Merci de prendre avec prudence les chiffres de ces tableaux, car ils reflètent une réalité d'un moment parfois influencée par un ou deux pensionnaires.

Des variations peuvent survenir suivant le nombre de résidents présents dans l'établissement le jour de l'évaluation.

### A) Distribution des bénéficiaires par niveau de handicap (CE1):

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Mobilité <sup>1</sup>	<b>42 %</b>	<b>39 %</b>	<b>39 %</b>	<b>55 %</b>	<b>64 %</b>	<b>65 %</b>	<b>65 %</b>	<b>73 %</b>

<sup>1</sup> Les bénéficiaires ayant une mobilité nul ne sont pas comptés.

### B) Distribution des bénéficiaires selon le type de problème psychologique (CE3):

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Aucun problème	<b>23 %</b>	<b>53 %</b>	<b>53 %</b>	<b>17 %</b>	<b>8 %</b>	<b>6 %</b>	<b>9 %</b>	<b>3 %</b>
Agress. physique	<b>6 %</b>	-	-	<b>3 %</b>	<b>4 %</b>	<b>6 %</b>	<b>16 %</b>	<b>10 %</b>
Agress. verbale	<b>19 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>7 %</b>	<b>16 %</b>	<b>25 %</b>	<b>28 %</b>	<b>30 %</b>
Dérange les autres	<b>16 %</b>	-	-	<b>31 %</b>	<b>40 %</b>	<b>41 %</b>	<b>34 %</b>	<b>37 %</b>
Agitation	<b>3 %</b>	-	-	<b>3 %</b>	<b>4 %</b>	<b>19 %</b>	<b>19 %</b>	<b>10 %</b>
Errance	<b>6 %</b>	<b>7 %</b>	<b>7 %</b>	<b>28 %</b>	<b>24 %</b>	<b>16 %</b>	<b>19 %</b>	<b>23 %</b>
Anxiété persistante	<b>26 %</b>	<b>20 %</b>	<b>20 %</b>	<b>28 %</b>	<b>36 %</b>	<b>53 %</b>	<b>53 %</b>	<b>43 %</b>
Tristesse	<b>13 %</b>	-	-	<b>10 %</b>	<b>16 %</b>	<b>44 %</b>	<b>44 %</b>	<b>43 %</b>
Manif. chagrin	<b>6 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>7 %</b>	<b>8 %</b>	<b>16 %</b>	<b>6 %</b>	<b>13 %</b>
Retrait	<b>23 %</b>	<b>13 %</b>	<b>13 %</b>	<b>10 %</b>	<b>12 %</b>	<b>19 %</b>	<b>31 %</b>	<b>37 %</b>
Idées suicidaires	-	-	-	<b>3 %</b>	<b>4 %</b>	<b>3 %</b>	-	-
Pense à la mort	-	-	-	-	-	<b>6 %</b>	<b>3 %</b>	-
Réveil prématuré	<b>3 %</b>	-	-	-	-	-	-	-
Hypersomnie	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	-	-	-	-	-

### C) Distribution des bénéficiaires selon le type de déficit cognitifs et de problèmes psychiatriques (CE4)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Déficits cognitifs	<b>65 %</b>	<b>70 %</b>	<b>70 %</b>	<b>79 %</b>	<b>68 %</b>	<b>69 %</b>	<b>63 %</b>	<b>63 %</b>
Probl. psychiatriques	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>21 %</b>	<b>32 %</b>	<b>31 %</b>	<b>37 %</b>	<b>37 %</b>
Aucun problème	<b>25 %</b>	<b>20 %</b>	<b>20 %</b>	-	-	-	-	-

**D) Distribution des bénéficiaires selon le type de moyen de protection (CE5):**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Aucune	<b>6 %</b>	<b>23 %</b>	<b>23 %</b>	<b>24 %</b>	<b>8 %</b>	<b>3%</b>	<b>-</b>	<b>10 %</b>
Table fauteuil	<b>6 %</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Côtés de lit	<b>42 %</b>	<b>33 %</b>	<b>33 %</b>	<b>14 %</b>	<b>28 %</b>	<b>19 %</b>	<b>9 %</b>	<b>10 %</b>
Psychotropes <sup>1</sup>	<b>87 %</b>	<b>70 %</b>	<b>70 %</b>	<b>59 %</b>	<b>76 %</b>	<b>91 %</b>	<b>97 %</b>	<b>87 %</b>

Les moyens tels que : gilet de sécurité, bracelet poignet, bracelet cheville, ceinture abdominale, culotte de contention, tablier ignifuge, demi porte, chambre d'isolement, unité de soins verrouillée, ne sont pas répertoriés car pas utilisés depuis 1996.



1. Sous psychotropes sont regroupés toutes les substances agissant sur le psychisme comme les anti-dépresseurs, les anxiolytiques, les stabilisateurs d'humeur, les neuroleptiques, les sédatifs ou encore les inhibiteurs de la cholinestérase (Aricept<sup>®</sup>, Exelon<sup>®</sup>,...).

**E) Age moyen (SYNTHESE)**

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>88</b>	<b>89</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>86</b>	<b>85</b>	<b>84</b>





## Annexe 2: Exemple du programme d'activités pour une dame qui présente des cris pathologiques.

- 7h30-8h00 : aide pour vos soins : petite toilette au lit et haut au lavabo. Accompagnement au WC.
- 8h15-9h00 : déjeuner à la salle à manger, au 3<sup>ème</sup> étage, trajet en tintebin
- 9h-11h30 : moment au rez, trajet avec le tintebin, présence et surveillance assurée par animation, hôtelier et resp. soins. Passages aux 1/4heures.
- Pendant ce moment: tricot, lecture du journal, TV, animation, culte,....  
(pas de passage si animation)  
9h15 / 9h30: hôtelier  
9h45: secrétaire (distribution du journal)  
10h / 10h15 / 10h30 / 10h45 / 11h / 11h15: resp. soins / animation
- 11h30 : retour au 3<sup>ème</sup> et accompagnement aux toilettes en tintebin.
- 12h : dîner au 3<sup>ème</sup> étage.
- 13h-14h45 : sieste dans votre lit. Passage aux ¼ heures. Allumer ventilateur, fermer les fenêtres et laisser la porte ouverte. Informer du prochain passage.
- 14h45 : accompagnement aux toilettes et ensuite thé au 3<sup>ème</sup> étage.
- 15h00 : programme animation fixe lundi – mardi – jeudi (visite de votre famille entre ces jours si possible).
- 16h30-17h15 : animation d'étage. Le mercredi: 15 min. d'entretien par le répondant.
- 17h30 : accompagnement aux toilettes.
- 18h : souper au 3<sup>ème</sup> étage.
- 18h45 : accompagnement au salon du 4<sup>ème</sup> pour la TV.
- 19h30-20h00: aide pour les soins et coucher. Allumer ventilateur, fermer les fenêtres et laisser la porte ouverte. Informer du prochain passage.
- 20h00- ... : passages aux 1/4h jusqu'à son endormissement. Informer du prochain passage, porte entrouverte



Si vous criez entre les passages, nous ne montons pas mais votre ® peut vous être proposée au passage suivant.

Votre porte de chambre est fermée si une plainte pour bruit émane d'un autre pensionnaire.

**TEST DU 7 AU 14.08.**  
**EVALUATION LE 15 AU COLLOQUE**





## Annexe 4: Document "Risques discutés".

**RISQUES DISCUTES**

Résident : Nom : ..... Prénom : .....	Répondant : Nom : ..... Prénom : .....
---	--

Madame, Monsieur,

Montbrillant est un lieu de vie psychogériatrique dont la porte d'entrée principale reste normalement ouverte.

Il en résulte diverses conséquences que vous devez connaître:

- La contention physique n'est utilisée que sur prescription médicale et en tout dernier recours. Quelle est votre position face aux risques de chutes et ce qu'elles peuvent entraîner ?
- Malgré notre vigilance, des risques de fugues ou d'errance existent, avec les conséquences qui en découlent. Nous en sommes conscient de part et d'autre.
- Certains résidents peuvent errer dans la maison, entrer dans la chambre de votre proche et lui prendre, par mégarde, certains de ses effets. Il y a donc risque de pertes ou d'échange d'effets. Afin d'éviter au maximum de tels désagréments, nous vous demandons de faire graver les branches de lunettes au nom de votre proche et de ne pas laisser de valeurs (argent, bijoux,...) dans la chambre. Il en va de même pour les vêtements qui devront être marqués, dès que possible, au moyen des étiquettes que nous vous fournirons.
- Les soins que nous offrons sont basés sur le confort. Nous sommes réfractaires à tout acharnement thérapeutique.
- Malgré les moyens mis en œuvre, nous ne pouvons pas garantir que votre proche n'attentera pas à ses jours.

**AUTRES RISQUES SPECIFIQUES:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En signant ce document, vous vous engagez à rediscuter les risques acceptés si vos idées, valeurs, venaient à changer.

Persuadés que vous comprenez notre démarche, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Date : .....

Date .....

Responsable de maison:  
 .....

Répondant du résident / résident:  
 .....