

Il refuse tout, même de se laver !

☰ Catégorie : [Le refus de soins](#) © Publié le lundi 24 avril 2017 11:04 ✍ Écrit par Docteur Bernard Pradines

Tweeter

Partager sur Facebook

Le refus de soins crée souvent une culpabilité chez les soignants et l'entourage du patient. Le refus de la toilette est particulièrement difficile à supporter. Le docteur Bernard Pradines, gériatre, tente de proposer des solutions faciles et pratiques. (LIRE LA SUITE)



Docteur Bernard Pradines, spécialiste en gériatrie.

En service de gériatrie ou en établissement, les professionnels de santé sont souvent confrontés au refus de soins de certains patients ou résidents. En général, il s'agit d'une contestation de traitement médical ou chirurgical, mais ce refus peut aussi concerner les soins dits de nursing parmi lesquels figure la toilette.

Chez les soignants, le refus de soins crée parfois un sentiment de culpabilité, allant parfois jusqu'à l'impression d'échec, surtout si le soin d'hygiène est finalement imposé.

Doit-on, pour autant accepter l'absence durable de toilette chez un résident au nom de la liberté individuelle ?

- A domicile, on sait que cette situation pourrait aboutir au syndrome de Diogène.

Selon Stetka¹, celui-ci se définit classiquement par « un trouble du comportement conduisant à des conditions de vie négligées, un isolement social, une absence de honte, une apathie et une propension compulsive à accumuler des déchets. Il est généralement observé chez les personnes âgées et peut être le signe du développement d'une démence. »

- En établissement, une telle conséquence n'est pas acceptée par l'ensemble des intervenants professionnels et familiaux au XXI^e siècle. Il s'agirait alors d'un vécu unanime d'insuccès pour les soignants et d'une image d'indignité pour les soignés. Ainsi, les désirs du résident peuvent entrer en conflit avec ceux des soignants qui ne sont pas de la même époque, ces derniers ayant reçu une éducation et une formation professionnelle fortement hygiénistes. De plus, les personnels sont peu nombreux en regard des besoins communément admis. Ils se voient imposer un rythme de travail qui les oblige à aller trop vite, ce qui prédispose à la réticence des personnes assistées. Pour illustration, une étude parisienne récente² réalisée en soins de longue durée aboutit au constat de douze minutes en moyenne consacrées à la séquence incluant la toilette complète au lit suivie de l'habillage et de la mise au fauteuil.

Comprendre un refus de soins et y répondre demandent d'être formés à cette tâche et de pouvoir y consacrer du temps. A défaut, il en résulterait un stress des intervenants professionnels et des attitudes plus ou moins adéquates pouvant entraîner un certain blocage du patient et le risque de violation de l'éthique soignante.



Nouveautés

- [Il refuse tout, même de se laver !](#)
- [Je veux la sédation, j'y ai droit !](#)
- [La dignité à l'épreuve de l'institution](#)
- [Fallait-il modifier la loi Leonetti ?](#)
- [Souci de lit, lit de soucis](#)
- [Les directives anticipées : du désir d'autonomie au déni de dépendance](#)
- [La contention lors des soins en pédiatrie](#)
- [20 aphorismes sur la fin de vie !](#)
- [Le transhumanisme ? Oui... mais pas sans l'Autre](#)
- [Vers une gouvernance éthique \(Ψ, G, Φ\) de l'exploitation des Big Data en santé](#)

Top 5

- [De la confiance dans la relation de soin](#)
- [DPI : vers un nouvel eugénisme ?](#)
- [Suicide assisté : entre liberté et dignité](#)
- [Réflexions éthiques après l'affaire du Mediator®](#)
- [Suis-je propriétaire de mon corps ?](#)

Vous aimerez aussi

- [Je veux la sédation, j'y ai droit !](#)
- [Les grandes questions éthiques du diagnostic prénatal](#)
- [DPI : vers un nouvel eugénisme ?](#)
- [La contention lors des soins en pédiatrie](#)
- [Souci de lit, lit de soucis](#)
- [Fallait-il modifier la loi Leonetti ?](#)
- [La dignité à l'épreuve de l'institution](#)



Pourquoi un résident refuserait-il de se laver ?

Dans la pratique, l'hygiène est souvent un impératif, et il n'est pas rare qu'une personne âgée soit contrainte de se laver ou d'être lavée, d'où une possible confrontation entre résidents et soignants. Les moyens de contrainte ne manquent pas face à une personne vulnérable. Le maintien des membres peut faire partie de cet arsenal. Une fois la relation hostile établie entre soignants et soignés, il devient plus malaisé de revenir à l'indispensable apaisement. Les attitudes adaptées doivent donc être connues et appliquées dès les premières difficultés, même si en ce domaine il n'y a pas de recette miracle.

Cette réalité nous interroge sur les limites du respect de la volonté des personnes qui doivent recourir à un hébergement en établissement. Les raisons du refus méritent d'être recherchées car elles fournissent des explications à défaut de solutions constantes. Selon les situations, un tel refus peut être envisagé sous plusieurs aspects comme :

- Une manifestation de l'inconfort lié à la toilette. La seule température de l'eau peut être inadaptée. Les habitudes antérieures de toilette vont peser de tout leur poids tant l'adaptation à la nouveauté peut être compromise, surtout en présence de troubles cognitifs ou affectifs.
- Une réaction à des douleurs somatiques. L'immobilisation prolongée est génératrice de douleurs liées aux mouvements, en particulier quand ceux-ci sont passifs. Cette éventualité est aggravée par la fréquente présence d'une polyarthrose ou de zones douloureuses diffuses ou localisées, par exemple celles liées à l'ostéoporose fracturaire. Si celles-ci ne sont pas connues par les personnes qui manipulent le patient, le résultat peut être catastrophique.
- La démotivation ou même l'apathie ainsi que l'amnésie, l'agnosie et l'apraxie liées aux pathologies démentielles pouvant expliquer ou compléter les observations précédentes. Neuf résidents sur dix souffrent de pathologies neuropsychiatriques en établissement³. Si les troubles mnésiques viennent brouiller la conscience du temps écoulé depuis la dernière toilette, celle-ci semble très récente, donc inutile. Si les toilettes précédentes ont laissé des souvenirs pénibles, comment faire preuve de docilité ? Si l'on ne comprend plus le sens de la toilette et sa nécessité, comment l'accepter de bon gré ? Si les réactions sont inadaptées, par exemple par manque de mot du fait d'une aphasie, il ne faudra pas s'étonner que le langage corporel vienne sursoir au déficit communicationnel.
- La peur d'être agressé du fait d'une mauvaise interprétation de l'approche soignante. Alors, c'est l'anxiété qui dominera.
- L'affirmation de soi dans un environnement contesté. Une manière de réfuter son entrée contrainte en établissement n'est-elle pas de refuser de se conformer aux règles que celui-ci s'emploie à imposer ?

Une question essentielle concernera les habitudes de vie du résident. La fréquence habituelle de la toilette doit être connue. Il convient de savoir qui l'effectuait et comment. L'était-elle à l'aide d'un gant, au moyen d'une douche ou d'un bain ? La réponse sera souvent étonnante au regard des coutumes des nouvelles générations soignantes.

“ Le manque de respect ou de considération est au rendez-vous de l'échec ”

La pratique quotidienne systématique de la toilette entière est discutable dans un contexte où les résidents n'effectuent pas de travail salissant ou d'effort physique entraînant une sudation. Tout au plus sera-t-on amené dans certains cas à proposer fréquemment la toilette du siège chez des personnes incontinentes. Les soins seront toujours personnalisés tant il n'y a pas deux personnes aidées identiques. Se

présenter semble futile mais parfois indispensable auprès d'une personne souffrant de troubles mnésiques. Expliquer et négocier les gestes sont des préalables indispensables. Se tenir derrière la personne aidée peut être générateur d'insécurité. Dans tous les cas, l'approche soignante devra tenir compte de la pudeur parfois considérable de la personne aidée. La mise à nu sur un lit, sans serviette pour masquer les zones intimes, peut suffire pour provoquer une opposition conséquente. Débuter la toilette par des zones neutres et acceptées expose à de moindres refus. Certaines équipes travaillent à deux, un aidant jouant le rôle de « maître » et l'autre celui de « furtif » afin que la personne aidée garde un repère relationnel cohérent. Plus généralement, le manque de respect ou de considération est au rendez-vous de l'échec. Ne rien connaître des habitudes de la famille ou la juger incompétente exposent au fiasco. De même, dire à une personne qu'elle est sale pour argumenter la nécessité des soins est une offense « gentille » qui peut blesser et empêcher la confiance indispensable. Les termes de « couche » ou de « protection » doivent être bannis tant ils évoquent pour certains la régression, voire la déchéance. Par contre, se concentrer sur des idées plaisantes pour elle s'avère souvent utile. Il en est ainsi de l'aspect réjouissant d'avoir fait sa toilette. Positiver ce moment doit demeurer un objectif permanent.



Un résident souillé peut-il rester souillé s'il refuse qu'on lui fasse la toilette ?

Il peut arriver qu'un résident reste souillé s'il refuse la toilette ; en effet, une stratégie consiste à différer le soin au profit d'un moment plus propice ou de l'intervention d'un autre soignant mieux accepté. Il importe que la famille soit informée qu'il ne s'agit pas d'une négligence. Une suspicion ou un malentendu seraient dommageables à l'indispensable ambiance de sérénité autour du malade. De plus, la collaboration des proches peut être facilitatrice. Bien que ceci ne soit pas dans la tradition des services à la personne, il n'est pas exclu d'envisager la pratique de la toilette par la famille elle-même. Cette stratégie demande des capacités de déprise de la part des soignants qui peuvent vivre ce moment comme un transfert indu de responsabilité. Mais les familles peuvent être incapables d'effectuer cette tâche ou bien peuvent le refuser, arguant que ceci n'est pas dans leur rôle.

Et quand la situation empire, peut-on obliger un résident à se laver ?

Cette question est celle de l'« auto-négligence » telle qu'elle est conçue et envisagée par l'entourage familial et soignant du résident. La pression de la famille sur les personnels soignants peut alors devenir très forte. Ainsi, les limites à la tolérance sont celles imposées par les normes sociales du pays considéré à un moment donné de son histoire culturelle. Les protocoles de soins et la morale, surtout depuis la fin du XIX^e siècle dans des pays tels que la France, imposent des règles à l'individu récalcitrant. Il s'agit d'une valeur admise, personne n'imaginant que l'on pourrait uriner impunément dans les escaliers du château de Versailles comme au temps de sa magnificence. Les odeurs dégagées par l'individu peuvent être vécues de manière désagréable par l'entourage. Elles sont plus ou moins tolérées selon les configurations. Ainsi, le fait de résider et de rester dans une chambre individuelle évitera la gêne occasionnée à un voisin hébergé dans la même pièce ou à celui séjournant dans les lieux collectifs. Encore faudrait-il que l'on disposât de telles chambres dont le tarif est le plus souvent majoré.



Peut-on laver un résident sans son consentement ?

En principe non. C'est pourquoi certaines écoles se fixent comme objectif de ne jamais pratiquer un soin en contrainte. C'est le cas de l'Humanitude fondée par Yves Gineste et Rosette Marescotti qui plaide pour une approche relationnelle faite de bienveillance et d'empathie permettant d'accomplir des gestes encore souvent imposés. Il s'agit de mettre le patient en confiance dans une relation à la fois respectueuse et fondée sur une multitude d'attitudes adaptées jusque dans les moindres paroles et gestes. Bien sûr, les avis du résident – si possible – et de sa famille seront recueillis. Une concertation pluridisciplinaire devrait être toujours entreprise devant ces cas difficiles. Dans des circonstances rares, il peut arriver de prescrire une prémédication la plus légère possible pour permettre un soin devenu indispensable. Dans ce cas, un antalgique peut se justifier par l'existence des douleurs bien qu'aucune substance ne puisse remplacer la connaissance des zones douloureuses et la douceur des manipulations. Un anxiolytique peut trouver sa justification dans une anxiété réfractaire à toute approche empathique. Cette dernière prescription permet de ramener l'indispensable sérénité autorisant ultérieurement l'arrêt de toute médication ; une attitude qui ne doit en aucun cas devenir un recours facile permettant la taylorisation des soins d'hygiène. En somme, les approches non médicamenteuses doivent toujours garder la priorité, le recours aux sédatifs étant envisagé seulement par défaut.

Pour paraphraser un comédien du XVIII^e siècle, admettons que pour l'auteur de ce texte, la critique est aisée mais l'art soignant est difficile. Pourtant, gageons que la culpabilité liée à l'échec laissera progressivement place à de nouvelles aptitudes liées à l'amélioration des soignants en nombre et en compétence.

Vous aimerez aussi :

1. De la confiance dans la relation de soin
2. L'accompagnement, pour ne pas être seul
3. La dignité à l'épreuve de l'institution
4. Quelle dignité pour l'homme en fin de vie ?
5. La douleur de l'homme

Notes de bas de page :

1. Bret S. Stetka, MD; Christoph U. Correll, MD. Rare and Unusual Psychiatric Syndromes. Medscape. June 26, 2014. <http://www.medscape.com/features/slideshow/rare-psych#15> (consulté le 20 mars 2017).
2. <http://free.geriatrics.overblog.com/2017/02/une-enquete-non-publiee-sur-les-soins-de-longue-duree-a-paris.html>
3. Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. Études et Résultats, n°989, Drees, décembre 2016. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_989.pdf

