

CONTENTION ou PLAIDOYER POUR LA LIBERTE

"Nous sommes responsables de tout et de tous devant tous, et moi plus que les autres"
DOSTOÏEVSKI Les frères Karamazov

Sans être aussi absolu, nous travaillons en équipe, ce qui permet de réajuster nos pratiques, de dispenser des soins en consensus. Nous sommes responsables, avec droit de regard de l'extérieur et possibilité d'amélioration à tout moment.

En service hospitalier, depuis quelques temps, il a été constaté une hémorragie (fuite), un désintérêt de certains soignants pour leur travail, ceux-ci sont semble-t-il très vite atteints de "burn out". Les conditions de travail sont loin d'être attrayantes; il n'est nullement nécessaire de parler de la mise en place des 35 heures..

Le manque d'effectif majore une charge de travail déjà très lourde et qui s'appesantit de jour en jour et de jour en nuit.

Les médecins doivent se garantir des éventuels procès et donc pour éviter les procédures judiciaires, ils prescrivent beaucoup et la "charge en soins" est conséquente pour chaque malade.

Les jeunes internes, apprentis médecins, font de leur mieux pour intégrer toutes ces notions de soins et de travail en équipe. Débordés eux mêmes par l'affluence des problèmes à résoudre, par l'énormité de la tâche, par les responsabilités dont ils héritent sans toujours posséder les connaissances nécessaires. Ils en arrivent à ne plus avoir l'énergie suffisante pour se déplacer depuis les urgences pour réévaluer l'état du patient hospitalisé et finissent par prescrire toutes sortes de traitements par téléphone, en particulier la nuit (La garde de nuit faisant suite à leur journée de travail et précédant une matinée de stage).

Les soignants prenant leur poste sont quant à eux débordés avant de commencer. Un peu comme un enfant dyslexique qui essaye de suivre en classe. Très vite fatigué de cet exercice perpétuel, il lâche prise et donne l'impression d'être ailleurs, sur une autre planète. Chaque jour l'unité de soins se transforme en boulet si lourd à tirer pour continuer à avancer, que les soignants choisissent de rester à l'orée de la forêt, de se retirer sans tirer de révérence. Est-ce un mécanisme de protection pour survivre?

L'addition des soins prescrits est telle que le soignant est au "bord de la noyade" et ne peut exercer avec art et amour son rôle propre, rôle qui nous a tous conduit de près ou de loin à choisir ce métier si intéressant. Non seulement, il n'est plus en mesure de les exécuter, mais chaque demande supplémentaire devient un raz de marée qui entraîne une tempête dans l'équipe.

Peu à peu le navire-équipe dérive vers l'inconnu et peut se perdre dans le "triangle des Bermudes" sans avoir eu le temps de se poser et de réfléchir.

Dans la conjoncture actuelle, le soignant doit rester dans le "faire", au coup par coup, un peu comme à la chaîne en usine. Cette déshumanisation des soins explique que la personne malade devienne "objet de soins", sans attente et sans droit.

Que peut-elle oser demander puisque tout est mis en œuvre pour lui prodiguer l'indispensable. Toute demande particulière devient superflue et peut irriter les membres de l'équipe en souffrance lorsqu'elle réalise son incapacité à offrir davantage

Ce constat d'échec pousse les soignants épuisés à agir "hors des normes établies" et conduit à des actions inhumaines. Les "super techniciens" ne peuvent se rebeller, puisqu'il s'agit d'un des aspects de leur travail: piquer, perfuser, poser des sondes (gastriques, urinaires...). Quel beau travail nous faisons!

Quelle satisfaction pouvons nous en retirer lorsque l'on prend le temps d'un peu de recul? Ce temps précieux et nécessaire nous fait prendre conscience de l'engrenage dans lequel nous sommes enrôlés, bien huilé qui ne laisse plus de temps pour le temps relationnel.

Qu'est ce que prendre le temps? A qui le prenons nous? Au détriment de qui? Sommes nous payés pour prendre cet espace dans la durée qui nous est indispensable pour continuer à exercer notre profession en notre âme et conscience.

Pouvons nous être fiers des méthodes employées et oh combien décriées par chacun d'entre nous, mais qui ne peuvent être améliorées du fait du sous-effectif?

Prendre le temps veut dire que l'on en dispose ou que nous avons moyen de nous organiser pour en trouver, sans en abuser. Il en est hors de question dans la conjoncture actuelle.

Nos dirigeants, en pleine santé qui ne connaissant pas réellement le parcours du combattant pratiqué par chaque patient, nous votent des lois merveilleuses lorsque celles ci sont lues par des néophytes, mais tellement utopiques et néfastes car irréalisables dans la pratique.

Ces mêmes politiques ne sont jamais les occupants des lits lambda dans nos hôpitaux lambda. Ils préfèrent les soins individualisés dans les petites structures hyper sophistiquées réservées à l'élite de la nation. Services qui ne connaissent ni pénurie, ni grève, ni revendication...Pourquoi?

Cette manière d'être soigné est-elle destinée aux plus faibles, synonyme de maltraitance et de barbarie ?

La charte du mourant nous rappelle son premier droit à respecter: "J'ai le droit d'être traité **comme** un être humain jusqu'à ce que je meure".

Pourquoi "comme", ne sommes-nous pas tous des êtres humains, quelque soit notre état physique ou mental ? Cette notion n'est pas aussi évidente pour tout le monde; lorsqu'une jeune interne, donc un futur médecin, admet qu'un patient atteint d'une tumeur défigurante de toute l'hémiface avec point de départ de l'œil, doit être attaché et gardé dans sa chambre car cette vision d'horreur peut traumatiser des visiteurs et son déplacement hors de sa chambre peut entraîner des chutes, dans quel champ nous plaçons nous? Respect? Elimination? Les personnes venant se faire soigner doivent-elles être agréables à regarder, s'adapter à nos règles alors que nous mêmes en sommes incapables? Font ils partie des "**mauvais malades**"?

Dignité, respect, liberté, droit sont parfois des mots, des concepts devenus obsolètes pour certains.

Le monde tourne à l'envers: nous n'avons plus un champ de vision futuriste. Ne sommes-nous pas dans un grand retour à la préhistoire, primaire et sans âme. Période très prisée par nos chères têtes blondes très imaginatives, mais la réalité dépasse la fiction dans sa descente vers le No man's land.

En 2002, quels progrès souhaitons-nous? On nous parle de clone, de recherche alors que nous ne pouvons décemment pas offrir une qualité basique de soins à nos usagers?

Notre hôpital lui aussi aurait bien besoin de soins. Cela tiendra bientôt de la réanimation avec tout ce que cette notion comporte de danger.

Mais qu'est ce au juste que le soin? Comment est-il conçu par les administratifs en bonne forme? Faut-il attendre qu'une personnalité politique "tombe" malade pour faire évoluer les métiers de la santé?

Nous avons depuis peu une nouvelle loi pour les droits du patient et la qualité des soins. Faut-il vraiment légiférer pour obtenir une qualité?

Comment inclure dans ces principes humanitaires (auxquels chacun d'entre nous adhère) nos pratiques inhumaines de contention? Méthodes qui se développent, qui se multiplient avec une grande aisance du fait de la recherche de sécurité. Il n'est pas nécessaire de faire de longues études et des recherches poussées pour connaître l'utilisation de ces outils.

Après renseignements en IFSI, ce procédé sophistiqué n'est nullement enseigné aux futurs soignants. Aucun module ne comporte l'apprentissage de pose et de surveillance de ces moyens de contention physique sur les patients. Est-ce dire que ce n'est pas un soin? C'est un raccourci mais qui mériterait que l'on se penche un peu plus en profondeur. Si cette technique n'est pas enseignée, comment s'expliquer que l'on y ait si souvent recours? Les jeunes élèves découvrent la méthode lors de leurs stages hospitaliers, ce qui entraîne questionnement et recherche sans vraiment trouver de réponse acceptable.

Ce que nous faisons à autrui, pouvons nous imaginer, dans la même circonstance, que l'on nous le fasse à nous même?

Beaucoup d'entre nous sommes parents. Nos enfants ayant fréquenté ou fréquentant encore l'école n'ont pas toujours un comportement, des réactions civiles. Leurs enseignants n'ont pas le droit de toucher "à un de leurs cheveux" pour leur faire entendre raison, sous peine d'être réprimés et peuvent être traînés au tribunal. Cette liberté de nos enfants est des plus normale, nous la concevons sans peine. Les "mauvais élèves" sont ils enfermés pour ne pas gêner les autres? Accepterions nous une telle discrimination?

Nous qui sommes des enseignants du soin d'après l'article 1 et 2 du décret de compétence, avons nous le même regard sur les personnes dont nous nous occupons? Sommes nous prêts à déployer tous nos savoirs, notre énergie, notre douceur pour arriver à nos fins: soigner une personne quel que soit son état physique ou mental?

Le domaine éthique est présent pour nous aider à trouver la réponse la plus proche du bon sens et redonne une valeur à nos actions.

"Envisager le bien des hommes pour "agir le mieux possible"

Le sujet est libre, il est un être responsable et apte à faire des choix pour lui même. Ce principe de liberté est un but à atteindre afin de respecter l'autre en toute justice. Nous devons également ne pas porter préjudice et tendre vers la promotion de l'autonomie de la personne.

Il est important de souligner que "chaque personne est sujet de sa propre conduite". Même dans une équipe, nous avons nos différences, notre regard et notre propre jugement.

Pouvons-nous être spectateur de ce que font les autres? Nous sommes entièrement responsable de ce laisser faire ou ne pas faire. Ce choix si difficile qui peut redonner visage humain à un service ou le faire tomber en décrépitude par l'image qu'il nous renvoie. Le non dit et l'absence de prise de position quand cette contention semble abusive, irréfléchie, dommageable pour la personne et devient maltraitance.

Le geste est acte s'il n'y a pas réévaluation. Le geste nous a été guidé par l'instinct, pour la sécurité du patient, mais doit ensuite être repensé: était-ce la bonne solution? La moins mauvaise pour l'Homme en souffrance en face de nous? Que veut il nous dire par son comportement s'il s'agit d'agitation?

Réagissons- nous en professionnel du soin?

L'instinct est une réaction animale. Si notre instinct nous a conduit jusqu'à ce geste, ne devons nous pas y repenser rapidement pour rester humain par la pensée?

Ce simple geste qui est de maintenir attaché une personne malade dans un lit est porteur de lourdes conséquences. Il se transforme parfois en acte violent puisqu'il porte atteinte au 1^o droit de l'homme: la liberté: il est donc urgent de le réévaluer jusqu'à sa levée si cela est nécessaire.

Dans notre pays, un homme perd sa liberté après être passé au tribunal devant juge, jurés, avocats et suite à une faute conséquente. Il est alors détenu prisonnier pour un temps défini par avance, dans des conditions précises.

L'acte que nous faisons dans cette urgence de la situation est-il pensé au plus profond de son sens? Allons nous devenir bourreau pour le soit disant bien de la personne malade? A-t-elle commis tant d'infamie pour être traitée de la sorte par ses semblables?

Comment expliquer que chaque fois qu'un malade est attaché à son lit, un sentiment de gêne est ressenti au moment des transmissions? Y a-t-il des réunions spécifiques programmées pour échanger les impressions de vécu du personnel dans ces situations?

N'y a-t-il pas regain d'agressivité lorsqu'une personne étrangère au service remet le procédé en cause? Et une peur de lever, de sa propre initiative, les liens d'un patient devenu très calme, trop calme? Est-ce la peur de rétablir un autre type de liens plus affectifs, plus humains avec la personne qui communique avec nous à sa manière?

Où se situe la qualité de vie de la personne? A-t-elle possibilité de s'autogérer et s'épanouir de cette manière?

La personne a-t-elle toutes les données pour évoluer et choisir?

En songeant aux données, nous travaillons avec pour guide un plan de soin (Données, Actions, Résultats). Nous sommes donc acteurs de santé. Cela veut-il dire que les malades sont spectateurs et viendront applaudir chacune de nos actions? Leur donnons nous moyen de prendre leur vie et leur santé en charge, en possession de tous les éléments?

Comme partout, il y a des bons et des mauvais acteurs. Toute représentation n'est pas toujours réussie et mérite de nombreuses répétitions avant d'atteindre un seuil acceptable. Tous les acteurs ne sont pas mauvais, mais si l'harmonie ne règne pas dans l'équipe, si chacun vit individuellement, cela laisse une impression de cacophonie, de non sens. Nos équipes demandent le même soin, la même attention pour que le mauvais pas de l'un soit réajusté, corrigé par les autres afin que notre patient reçoive un service de qualité, et continuer à vivre de plein droit son existence.

Est-ce vraiment ce que nous offrons à nos patients en perte de santé? Tout comme nous étions dans l'ère de la communication et où nous n'avons jamais tant constaté de solitude, de silence, de mécontentes, de suicide, nous sommes dans l'ère de la qualité pour réaliser qu'il y en a si peu. Tout le monde ressent ce manque de qualité; nous sommes en pleine hypocrisie. Comment faire de la qualité avec si peu de moyens humains? Beaucoup d'entre nous avons pratiqué le bénévolat et l'engagement dans la lutte, ne comptant ni temps, ni énergie pour améliorer la "qualité" des soins dispensés. Tout ce qui n'est pas reconnu et entretenu s'épuise et disparaît. Il reste peu de personnes suffisamment "folles" et motivées pour continuer à se donner à corps perdu dans ce type d'investissement.

Comment donner ce que l'on n'a pas reçu?

Comment pouvoir lentement et dignement glisser des soins curatifs aux soins palliatifs?

Dans beaucoup d'études, il est démontré que la confusion était prédominante dans les derniers jours de la vie. Il s'agit d'un signe précurseur d'une fin prochaine.

De nombreuses familles choisissent de nous confier leur proche en fin de parcours car ils sont désemparés par l'attitude de ce dernier, fatigués par une surveillance de tous les instants, dans un état d'épuisement qui leur ôte leur dynamisme. Certaines familles ne se rebelleront pas, car déjà envahies d'un sentiment de honte d'être fatiguées, de ne pas tenir le coup. Elles ne viendront pas critiquer les méthodes employées à l'hôpital. Les visites se raréfient pour quelques-uns, quand le diagnostic est sombre et que la personne ne peut plus communiquer normalement. Cette prise en charge effectuée pour soulager la famille et lui permettre un répit, de reprendre un peu d'énergie, n'est-ce pas une manière d'enterrer un "mort-vivant"? Ne choisissons-nous pas la solution de facilité, trop pris dans l'engrenage du "Faire"? Prenons-nous le temps de poser le problème et de rechercher une solution la plus humaine possible et la moins dégradante? Comment peut-on se positionner ainsi? Notre attitude est elle la réponse adéquate?

Que peut penser un visiteur lorsqu'il sait que les derniers instants de la vie, le dernier souvenir qu'il aura est celui d'une personne ayant perdu non seulement la vie mais sa dignité et sa liberté? N'allons nous pas lui laisser le goût amer de s'être fourvoyé dans ses décisions, d'avoir failli à son désir d'accompagner jusqu'au bout la vie ou ce qu'il en reste?

"Il nous est facile d'imaginer les conséquences immédiates d'une chute, bien plus que de prendre conscience de certaines répercussions physiques, psychologiques ou sociales de l'utilisation de la contention, moins évidentes:

- sentiment de mise à l'écart et de déshumanisation
- repli, agitation et dépression
- manque d'appétit....
- résignation (privation de liberté, perte de dignité)
- perte de mobilité, de fonctionnalité
- sentiment d'emprisonnement...

Nous avons parfois tendance à facilement négliger ces effets néfastes "moins évidents" si nous avons le sentiment de protéger un être cher. ANAES octobre 2000.

Nous qui, pour la plupart, sommes parents, savons que l'apprentissage de la liberté s'acquiert peu à peu et n'est pas sans risque de chute. Nos enfants effectuant leurs premiers pas, ne les ont pas fait sans chutes. Mais ils avaient leurs parents présents pour prendre soin d'eux, sans leur voler leur autonomie et leurs premiers pas vers la liberté. Nous ne les avons pas ligotés pour éviter tout risques. Nous avons déployé une imagination créatrice pour parer aux risques tout en laissant l'enfant acquérir son indépendance.

Il me semble qu'il s'agit d'une **urgence**. Nous devrions pouvoir offrir une qualité de soins palliatifs dans toutes les unités de l'institution; cet état de fait démontre qu'il faut tout mettre en œuvre pour changer nos pratiques, pour rester digne nous mêmes. Nous sommes à l'extrême inverse de ce qui est reconnu en Soins Palliatifs. Comment se comportent les équipes soignantes en USP? Ils sont présents pour former et transmettre, puisque recevant les personnes qui présentent un problème de prise en charge. Cela veut-il dire que cette difficulté a été abolie?

Une contention ne devrait être éventuellement mise en place (**que sur prescription médicale**) que sur une durée très courte déterminée, par exemple en ne comptant que l'attente de mise en place de l'effet du traitement, en se basant sur la durée de vie du médicament. Tout dépassement de ce temps devient abusif et barbare. L'ANAES est claire sur la prescription: elle n'est valable que pour 24 heures et réévaluée obligatoirement. Il faudrait informer le soignant qui se base sur une prescription antérieure pour la renouveler de sa propre décision puisque cela a déjà été fait. Il y aurait sûrement moins de déviance et plus de concertation.

Dans un service où trop peu de soignants sont présents et ne disposant que peu de temps par rapport au nombre de personnes hospitalisées, peuvent-ils en dégager suffisamment pour donner à manger à la personne attachée, puisqu'elle ne peut le faire seule. Mangera-t-elle avec assez de rapidité, de propreté ou sera-t-elle aussi "brimée" à ce niveau là et rabaissée à un rang animal (où nous l'avons placé). Le repas est un moment convivial qui ouvre l'appétit s'il se déroule dans de bonnes conditions et dans une atmosphère sereine

Est-ce indispensable de garder une personne âgée perfusée? N'est-il pas possible de venir l'hydrater à intervalle régulier avec un verre et de l'eau?

La perfusion n'est elle pas une alternative rapide et facile à l'alimentation orale?

Le fait d'hydrater par voie veineuse retire l'urgence d'une alimentation et un gain de temps pour les équipes en place; plus besoin

- d'aborder les goûts de la personne
- de passer du temps à l'alimenter
- de communiquer verbalement ou non

Une alimentation orale permet

- une hydratation buccale cela évite donc trop de soins de bouche si difficiles à effectuer,
- la présence d'une personne au moment du repas, donc un instant plus convivial,
- la stimulation de la personne.

Une recherche a-t-elle été faite

-dans les services de psychiatrie accueillant des malades agités, confus, désorientés?

Sont ils tous attachés?

-dans les services de gériatrie ayant des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer?

-dans les différentes USP?

Une personne atteinte d'une SLA ou d'un locked in syndrome a droit à tous les soins de confort nécessaires en équipe pluridisciplinaire (kiné, ergothérapeute, IDE, AS....). Voudrions nous que toutes les personnes agitées se comportent comme elle? Nous les mettons dans les mêmes conditions sans la prise en charge de qualité.

Quelle compassion offrons nous aux personnes en fin de vie et qui le sentent?

Peut être que pour elles, l'horizon est tellement difficile à accepter qu'elles se réfugient dans la confusion, la perte de notions temporelles. Ne cherchant pas l'origine de la confusion, nous pouvons tout envisager. Ces personnes qui se sentent condamnées à mort à brève échéance reçoivent elles donc tous nos soins avec compréhension ou violence avec contention? Sommes nous placés au rang des chercheurs ou au rang des sauvages ligotant les étrangers au totem.

Lors de contention prolongée, les personnes âgées finissent par avoir des hématomes dus aux frottements, et à la tentative de retrait des liens. Cela provoque douleurs, œdèmes, troubles trophiques donc des troubles iatrogènes. Mais cela ne permet pas de lever la sanction; tout reste en l'état.

Quelle attitude avons nous devant une personne qui nous supplie de la détacher, qui se débat de toute son énergie pour retrouver ses mouvements? Sommes nous sourds, aveugles?

Ne sommes nous pas remués au plus profond de notre être?

Autres références:

1. Charte du patient hospitalisé: circulaire ministérielle n° 95-22 du 6/05/95
2. Droit de l'Homme (droit/ dignité/ respect/ liberté)
3. Ethique
4. Déontologie / décret de compétence IDE (soignant: promouvoir, restaurer la santé)
5. Prendre soin/ soin infirmier
6. Qualité de vie
7. ANAES: limiter les risques de la contention physique de la personne âgée
8. Décision, objectif
 - Qui a choisi le labo? Est-ce avec la même équipe que le matériel est posé? Est-ce pour une confusion, une agitation?
 - Pose: début de contention: nuit ou jour? Pathologie d'origine
 - Surveillance / évaluation:
plan de soin particulier (fréquence des passages, respectés, prévention d'escarres,, hydratation, soins de bouche, élimination, alimentation...) Avec cette méthode, tous les besoins sont perturbés et nécessitent donc un surplus de surveillance, de présence, d'attention, de compassion, de patience et de respect.
Syndrome d'immobilisation, contracture, troubles trophiques, La personne est elle dangereuse pour elle-même ou pour les autres?
 - Effets secondaires : escarres, fausses routes, incontinences sphinctériennes, perte d'appétit, déshydratation
 - Bénéfices / risques ont-ils été évalués, n'y a-t-il pas plus de risque de chute?
9. Diagnostic infirmier
 - confusion aiguë
 - contention physique
 - qualité de vie
 - soins personnels, activités de la vie quotidienne
10. Soins palliatifs

Brigitte HERISSON -IDE nuit