

Balancer entre sécurité et liberté - Soins pédiatriques à domicile



Julie Bleau
jbleau@asstsas.qc.ca



Jean-François Labrecque
jlabrecque@asstsas.qc.ca

INTERVENIR À DOMICILE AUPRÈS D'UN ENFANT ATTEINT D'UNE DÉFICIENCE MOTRICE OU INTELLECTUELLE POSE PARFOIS DES RISQUES À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ DES TRAVAILLEURS. SOUS CET ANGLE, L'ARTICLE EXPLORE LES BESOINS DE CERTAINS ENFANTS, LA PROBLÉMATIQUE ENTOURANT LES LITS À DOMICILE ET SUGGÈRE DES ALTERNATIVES AINSI QUE DES PISTES DE RÉFLEXION.

Lorsqu'un enfant s'agite et cherche à quitter son lit, la famille et les intervenants souhaitent lui offrir un maximum de sécurité. Des équipements peuvent alors être recommandés : *bassinette* adaptée, côtés de lit extra hauts rigides ou en filet (tente de lit), dôme. Or, parfois l'enfant grimpe, s'agite davantage et devient agressif, compliquant la relation avec les aidants et les obligeant à fournir des efforts supplémentaires lors des soins.

Les lits pour enfants

Le mobilier jugé sécuritaire pour coucher les enfants à domicile varie selon leur taille, leur âge et leurs habiletés motrices et cognitives.

Qu'ils présentent ou non des besoins particuliers, les 0-2 ans sont couchés dans une *bassinette* dont on peut positionner le matelas à deux hauteurs. L'une, plus haute, évite les flexions du dos des aidants lors des manipulations du nourrisson¹. Lorsqu'un enfant peu mobile grandit et prend du poids, une *bassinette* adaptée devient souhaitable. Munie d'un côté à glissement latéral ou pivotant, elle permet un accès total au matelas, ce qui évite aux aidants de se pencher par-dessus le côté de lit.



À la maison, puisque son lit d'hôpital est ajusté au plus bas, Mégan peut y monter et en descendre seule.



Un dilemme se pose lorsque l'enfant mobile risque de circuler sans surveillance ou de tomber du lit en raison de mouvements involontaires

Autour de 2 ans, la *bassinette* ne convenant plus¹, un changement de lit devient nécessaire. Un enfant de 2 ans et plus, qui bouge peu, dormira dans un lit régulier. Pour plus de sécurité, des demi-côtés amovibles (ou garde-corps) peuvent être installés entre le sommier et le matelas. Si des soins au lit sont requis, opter pour un lit pédiatrique d'hôpital, ajustable en hauteur.

Un dilemme se pose lorsque l'enfant risque de circuler sans surveillance ou de tomber du lit en raison de mouvements involontaires (dystonie, athétose, chorée) ou d'agitation psychomotrice. Des contours complets se fixent à une base de lit d'hôpital pour prévenir les chutes : côtés de bois ou de métal hauts munis de coussins, barreaux de type *bassinette*, tente en nylon (cage de lit).

Des contours peuvent être fabriqués sur mesure et la hauteur des barreaux dépendra de la taille de l'enfant. Cette mesure anthropométrique statique peut servir de repère mais ne suffit pas pour garantir la protection de l'enfant. Car, outre sa taille, tout dépend de ses capacités cognitives (comprendre les consignes), physiques (mobilité, force des membres supérieurs et inférieurs, vigueur, agilité) et de sa détermination.

Évaluation de la situation de travail

Les intervenants reçoivent des demandes d'aide des parents qui, devant l'agitation de leur enfant, ses comportements d'errance ou de fugue, se sentent dépassés, inquiets ou coupables. Ils identifient souvent, comme première solution, l'adoption d'une mesure tangible, par exemple l'installation de barrières de lit.

Toutefois, afin de prévenir les comportements d'agitation, il faut d'abord chercher à comprendre pourquoi ils se manifestent et tenter d'en identifier les causes. Celles-ci peuvent être de plusieurs natures, par exemple physique (douleur, faim, envie d'uriner, trouble de sommeil), psychologique (souvenir d'une mauvaise expérience), humaine (attitude de l'aidant, présence ou absence de la famille), ou liée à l'aménagement (stimulus dérangeant : lumière, bruit, couleurs). On vise à éliminer le plus possible les irritants ou les facteurs qui stimulent les comportements difficiles.

Pour déterminer les mesures sécuritaires appropriées à chaque cas, les intervenants doivent évaluer l'ensemble de la situation de soin, dont les capacités de l'enfant, les besoins des parents et les risques encourus.



NOTION D'IMMINENCE

C'est la proximité de la réalisation du dommage et non celle de l'existence d'une menace qui doit être prise en compte. L'imminence n'est pas seulement la probabilité, mais la probabilité d'une survenance dans un délai proche.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Danger_grave_et_imminent_en_droit_fran%C3%A7ais

- Le soin est-il absolument nécessaire ?
- Le moment est-il opportun ? Si non, le soin peut-il être différé ?
- Le soin peut-il être modifié afin d'éliminer les risques ?
- Les conditions de réalisation sont-elles raisonnables et sécuritaires ? Si oui, pour qui ?
- L'enfant est-il assez mobile pour franchir les hauts côtés de lit ? En est-il capable ?
- Ce geste est-il appréhendé ou se produit-il vraiment ? Ici se pose la question du risque imminent.
- Quelle est la probabilité qu'un incident se produise ?
- Quelle serait la gravité des répercussions ?
- Des incidents antérieurs sont-ils documentés ?

Impacts de l'augmentation des mesures sécuritaires

La mise en place de mesures sécuritaires vise à protéger l'enfant. Or, de telles mesures apaisent rarement la personne agitée. Pour certains enfants, cela entraîne plutôt une exacerbation des comportements d'agitation. Sous la contrainte, leur désir de recouvrer leur liberté augmente³. Ils emmagasinent de l'énergie négative, ce qui peut les rendre de plus en plus agressifs. Des exemples : un enfant porte un casque parce qu'il se frappe la tête contre les montants de sa tente de lit ; un enfant ronge les barreaux de bois et se blesse avec les éclisses ; un autre déchire sa tente de tissu et passe la tête dans les trous ; un adolescent se lève dans son lit et, agrippé aux barreaux qu'il secoue fortement, fait basculer le lit.

Outre l'expression du désir de fuite, l'agitation psychomotrice se manifeste par des mouvements d'opposition, souvent en résistance à un soin (ex. : se tortiller ou frapper pour ne pas être changé de couche). L'agitation contamine la relation entre l'aidant et l'enfant et nuit au

Afin de prévenir les comportements d'agitation, il faut d'abord chercher à comprendre pourquoi ils se manifestent et tenter d'en identifier les causes.

Le soignant se sent inadéquat puisque qu'il a l'impression « de se battre » avec l'enfant.



Difficile de déterminer la hauteur des côtés de lit qui saura contenir l'agilité et la volonté de certains enfants à les franchir.

lien entre eux. Le soignant se sent inadéquat puisque qu'il a l'impression « de se battre » avec l'enfant. Cela peut conduire au retrait psychologique du soignant, qui se centre sur la tâche plutôt que sur la relation harmonieuse. D'un point de vue physique, la gestion de l'énergie négative de l'enfant oblige l'aidant à fournir des efforts supplémentaires et représente des risques à sa sécurité.

Lit bas et réaménagement de la chambre

Détaillons un exemple de changement de couche tumultueux. Une auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) intervient à domicile auprès d'un enfant de 12 ans à mobilité réduite et déficient intellectuel. Il est couché dans un lit d'hôpital muni de barreaux. Lorsque l'ASSS ouvre les portes du contour-*bassinette*, l'enfant est agité, se tourne rapidement d'un côté à l'autre et tente de la frapper au visage. L'ASSS effectuera probablement des efforts excessifs pour contenir l'enfant, mettre la couche sans se faire frapper, tout en s'assurant qu'il ne tombe pas par les portes ouvertes du contour-*bassinette*.

Envisageons le même soin sur un lit bas résidentiel ou d'hôpital à profil bas. La soignante pose un genou ou s'assoie sur le matelas pour éviter de fléchir le dos. En cas d'agitation, elle peut reculer pour éviter un coup, sans craindre que l'enfant tombe de haut. Pour maximiser la sécurité, un petit matelas de gymnastique ou un tapis de chute est juxtaposé au lit.

Dans cette situation, l'ASSS ne ressentira pas les mêmes craintes devant l'agitation, n'ayant pas à gérer l'énergie de l'enfant et le risque de chute comme dans un lit haut. Un lit bas sans barreaux permet à l'enfant d'entrer et de sortir à sa guise. S'il y a des garde-corps, ils sont courts et n'ont pas pour but de l'empêcher de circuler.

Compte tenu des capacités intellectuelles de l'enfant, il peut s'avérer nécessaire de réaménager sa chambre afin qu'elle devienne un lieu sécuritaire. Par exemple, ne conserver que les objets significatifs pour lui (pas de métal, de verre, de piquants/coupants/tranchants) ; éliminer les coins où il pourrait se frapper et les objets qui permettent de grimper ou s'accrocher. Il est possible aussi d'augmenter le sentiment de sécurité des aidants grâce à des moyens de surveillance indirecte tels des moniteurs sonores ou des caméras. De la littérature² et plusieurs sites Internet fournissent d'intéressantes pistes d'aménagement. Nous vous référons aux orientations ministérielles qui proposent des principes directeurs guidant l'utilisation des mesures de contrôle^{3,4}.

La réévaluation

L'intervenant qui exécute les tâches au domicile doit poursuivre son analyse en continu. Lorsque la situation évolue, que de nouveaux risques à la sécurité ou des entraves à l'autonomie apparaissent, le travailleur doit les rapporter à son supérieur. Ainsi, les mesures appropriées seront celles qui favorisent la sécurité des aidants et celle de l'enfant, tout en lui laissant un maximum d'autonomie et de liberté. ■

MERCI

Marie-Josée Mayer et à sa fille Mégan, 13 ans, pour les photos.

RÉFÉRENCES

1. SANTÉ CANADA. *Votre enfant est-il en sécurité ? À l'heure du coucher*, 2012.
2. ÉQUIPE DE CONSULTATION SUR LES AIDES TECHNIQUES. *Suggestions de modifications de l'environnement du domicile pour une clientèle présentant des problèmes de comportement*, février 2011 (www.centreintervale.qc.ca/fr/documentation/?cat=61).
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Contention et isolement*, Édition révisée, août 2011.
4. M.S.S. *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Clientèle-pédiatrie*, Programme de formation, Cahier du formateur, 2008.