



Debout jusqu'au bout, c'est possible !

R. MARESCOTTI¹, Y. GINESTE²

1. DIRECTRICE CEC-IGM SUD, CO-AUTEUR DE LA PHILOSOPHIE DE SOIN DE L'HUMANITUDE® ET DE LA MÉTHODOLOGIE DE SOIN GINESTE-MARESCOTTI®. 2. DIRECTEUR DE FORMATION, CO-AUTEUR DE LA PHILOSOPHIE DE SOIN DE L'HUMANITUDE® ET DE LA MÉTHODOLOGIE DE SOIN GINESTE-MARESCOTTI®, CO-AUTEUR DU LIVRE HUMANITUDE (EDITIONS A. COLIN 2007)

RÉSUMÉ/ABSTRACT

La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® permet l'accompagnement debout jusqu'au bout de la vie des personnes habituellement considérées comme grabataires. Cela nécessite une évaluation permanente, une nouvelle organisation des soins, la participation de tous au projet, mais aussi des techniques particulières adaptées au très grand âge. À ces conditions, avec 20 minutes par jour debout, la grabatisation disparaît de nos institutions.

MOTS CLÉS : Vivre debout – Toilettes évaluatives – Projet de vie – Verticalisation – Grabatisation – Humanitude.

REMAINING STANDING UNTIL THE END: THIS IS POSSIBLE!

The Gineste-Marescotti® care methodology makes it possible to support patients in a manner enabling them to remain standing until the end, even if such patients tend to be considered as bedridden. This project requires ongoing evaluation, innovative care organization, the participation of all stakeholders involved, and specific techniques adapted to the needs of the very elderly. Under these conditions, patients spend 20 minutes per day standing, and there are no bedridden patients in our institutions.

KEYWORDS : Living standing up – Evaluation and hygiene – Life project – Standing – Bedridden – Humanitude.



La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® représente une approche particulière des soins basée sur une expérience de plus de 30 années en formation continue des personnels soignants. Dès 1983, nous posons le concept «Vivre et Mourir Debout», déjà persuadés qu'un homme âgé peut rester debout jusqu'aux derniers jours : il s'agit pour nous de proposer l'accompagnement des Vivants. Selon nous, il n'y a pas de personnes hémiplégiques, mais hémi-valides ! Notre pratique repose les soins de nursing de plus de 30 000 personnes, pour la plupart réputées grabataires, parfois depuis plusieurs années. Devant les résultats obtenus en situation réelle de soins, il nous est très vite apparu que leur grabatisation était iatrogène. Expérimentalement d'abord, puis théoriquement ensuite, nous avons développé des techniques de verticalisation et d'aide à la marche qui offrent des résultats surprenants. En 1992, l'ANFH de Limoges a mesuré l'impact de ces techniques dans un hôpital de la région du limousin : 60 %

de grabataires en moins en six mois de formation des personnels soignants. Dans la maison de retraite publique de Chambon sur Vouèze, une équipe formée, guidée par son cadre, Mme Rapinat, a obtenu des résultats uniques : de 1989 à 2001, pas une personne n'est morte grabataire... Les résidents avançaient en âge quelle que soit leur pathologie, et y terminaient leur vie.

Nous pouvons alors affirmer que sauf pathologie rare et identifiée, un Homme Vieux peut Vivre et Mourir Debout.

Les conditions du Vivre et Mourir debout

Le fait d'accompagner tout le monde debout ne relève pas d'un vœu pieux, mais d'un ensemble de techniques, de projets, d'organisation du travail, de choix dont nous nous proposons de tracer ici quelques pistes utilisées en formations.

Quelques règles

L'objectif de cet accompagnement debout n'est pas la conservation de l'indépendance fonctionnelle mais le

maintien de la santé et l'évitement des pathologies de la grabatisation.

La verticalisation, chez toute personne, se fait à partir d'informations extéroceptives et proprioceptives. La marche avec soulagement du poids est une erreur en gériatrie car elle diminue l'information quand il faudrait l'augmenter.

La marche est une suite de déséquilibres avant rattrapés, associés à un déséquilibre latéral qui permet de passer la jambe opposée à celle d'appui, en avant.

La vitesse d'exécution des pas est souvent un moyen permettant de court-circuiter la peur et de retrouver la mémoire de la marche souple.

L'évaluation des capacités au travers du diagnostic infirmier est indispensable. Nous avons ainsi imaginé «la Toilette Évaluative». Elle concerne tous les résidents et est effectuée par l'infirmière, l'aide soignante et les partenaires nécessaires (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, médecin coordinateur...). Cette toilette fixe les objectifs de la toilette pour le mois à venir : la forme de toilette choisie, le nombre



→ de soignants nécessaire, etc. Elle devient alors une toilette prescrite, effectuée par tous, afin que la personne aidée ne soit pas ballotée par des prises en soins différentes.

En gérontologie, c'est la répétition permanente de petits efforts qui permet la conservation des fonctions. Le moindre moment de rencontre avec la personne doit être utilisé pour la verticalisation et l'aide à la marche. Ainsi, une personne capable de marcher 10 mètres sera conduite en fauteuil à l'entrée de la salle à manger, puis effectuera les 10 derniers mètres à pied, accompagnée de deux soignants si nécessaire. De même, à la fin du repas, la sortie de la salle à manger se fera debout, puis en fauteuil roulant jusqu'à 10 mètres de la chambre, et à nouveau une marche sera proposée. C'est ainsi que nous organisons des ateliers quotidiens d'aide à la verticalisation et d'aide à la marche, où se retrouvent tous les résidents qui ont des difficultés : un travaillera des répétitions de verticalisation à la barre d'appui, l'autre se verra accompagner dans les escaliers, un troisième tentera de gagner un mètre sur le parcours métré au sol avec des adhésifs de couleur, etc. À ces ateliers participent tous les soignants mais sont aussi invités tous les partenaires de l'institution : familles, résidents, bénévoles... Cette lutte pour aider à vivre debout est l'affaire de tous en gérontologie et n'est pas l'apanage de spécialistes en rééducation. L'aide à la marche fait partie du rôle propre de l'infirmière et du rôle collaboré de l'aide soignante. La famille doit être un partenaire actif du projet. La verticalisation et la marche doivent toujours trouver un sens perceptible pour la personne : « je marche, je me verticalise POUR aller aux toilettes, pour aller rencontrer l'autre, pour faciliter le change etc. »

Enfin, il suffit de 20 minutes de verticalisation par jour pour qu'un Homme Vieux ne devienne jamais grabataire.

L'évaluation en méthodologie de soin Gineste-Marescotti®

Nous avons établi une classification des personnes en lien avec les soins requis qui comprend cinq catégories :

- **Les hommes « debout » :** ils se déplacent seuls sur leurs jambes et peuvent rester debout le temps du soin.
- **Les hommes « debout-assis » :** ils ont besoin des soignants pour leur déplacement. Ils portent leur poids sur leurs jambes et tiennent plus de 40 secondes debout, mais ils ne peuvent pas rester debout tout le temps du soin. Les soins se font en alternant les moments assis et les moments debout.
- **Les hommes « assis-debout » :** ils ont besoin des soignants pour leur déplacement. Ils portent leur poids sur leurs jambes et mais ils tiennent moins de 40 secondes debout. Les soins debout sont possibles avec l'aide d'un verticalisateur.
- **Les hommes « assis-couchés » :** ils ne peuvent pas tenir sur leurs jambes. Mais certaines parties du soin peuvent être réalisées assis.
- **Les hommes « couchés » :** ils ne peuvent pas tenir sur leurs jambes et ne peuvent pas être levés.

Dans les établissements qui appliquent l'Humanitude, avec un Gir moyen pondéré autour de 740, les hommes « couchés-assis », donc les toilettes au lit, représentent moins de 5 % de la population et des soins. La grabatisation moyenne y est inférieure à 10 jours. On ne rencontre pas d'hommes « couchés », si ce n'est dans les deux jours précédant leur décès.

Une théorie basée sur les sports de combat rapproché

Dans les sports de combat rapproché, comme la lutte, le judo, les combattants gèrent deux choses : la saisie de l'autre et l'équilibre. Or, les personnes âgées en difficulté ont plusieurs types de problèmes qui

les empêchent d'être debout seul :
– la peur et l'incompréhension, qui seront maîtrisées grâce à des saisies adaptées ;
– le déséquilibre, qui sera géré par le placement de (des) l'aidant(s).

On voit bien que si dans un combat le but est de rendre l'autre « dépendant », l'aide à la marche vise l'objectif inverse. On retrouvera donc les mêmes étapes de gestion de saisie et d'équilibre, mais en sens inverse.

Ce qui nous conduit à « judokaïser » l'aide à la personne avec différentes techniques :

- La verticalisation à un soignant.
- La verticalisation à deux soignants.
- La marche à deux soignants.
- Les techniques en équilibre maître et saisie totales : la « prise pompier » et la prise « pouce ».
- Les techniques d'étape de l'équilibre de couple.

Suivant les besoins, les techniques peuvent être combinées entre elles.

Enfin il ne faut pas oublier que le corps à corps est irremplaçable en réhabilitation.

La verticalisation est le 4^e pilier de l'Humanitude. Les hommes se reconnaissent aussi entre eux grâce à la position debout. Maintenir un homme debout tant que cela est possible nous semble être notre devoir de soignant. Accompagner les Hommes Vieux debout jusqu'au bout n'est plus une utopie mais une réalité. Nous pouvons le vérifier dans les établissements qui se sont appropriés notre concept. ■



RÉFÉRENCE

GINESTE Y, PELLISSIER J. Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux. Édition Armand Colin. <http://www.cec-formation.net>. <http://www.igm-formation.net>.