

**DOSSIER 058**

<i>Renseignements sur l'établissement</i>	
Nom	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL – FREJUS SAINT RAPHAEL
Adresse	240 AVENUE DE SAINT LAMBERT
Code postal	83 608
Ville	FREJUS
<i>Renseignements sur le référent</i>	
Prénom	DELPHINE
Nom	<b>MARTINEZ</b>
Fonction	<b>CADRE DE SANTE INFIRMIER</b>
E-mail	<b>martinez-d@chi-fsr.fr</b>
Téléphone fixe	<b>04 94 40 21 21 POSTE : 3973</b>
Téléphone mobile	<b>06 82 92 11 20</b>

*Présentation synthétique du projet - Projet détaillé en pièce jointe.*

**REFLEXION SOIGNANTE POUR UNE QUALITE DES SOINS  
L'INCONTINENCE URINAIRE ET / OU FECALE CHEZ LA PERSONNE AGEE**

**CONTEXTE ET OBJECTIFS**

*Le contexte*

*L'émergence de la problématique – le point de départ de la réflexion*

La relance de procédures concernant le changement de marché du fournisseur hospitaliers de produits palliatifs (protection, change complet...) et la constitution d'un cahier des charges composé notamment de clauses technique précises ont mis en évidence la nécessité de réaliser une évaluation relative à nos pratiques.

La contractualisation avec le fournisseur pouvant permettre de :

- réajuster les références de produits en fonction des besoins émergents
- réaliser des essais de matériel complémentaires – référencement (protection féminines et/ ou masculines ou autre)
- raisonner en terme de coût unitaire/ produits et non en terme de coût journalier
- mettre en place un outil global d'accompagnement (formation, assistance...) en lien avec les demandes, les besoins et les attentes des professionnels.

La Direction des soins a mobilisé et missionné l'encadrement du pôle gériatrie autour de ce thème.

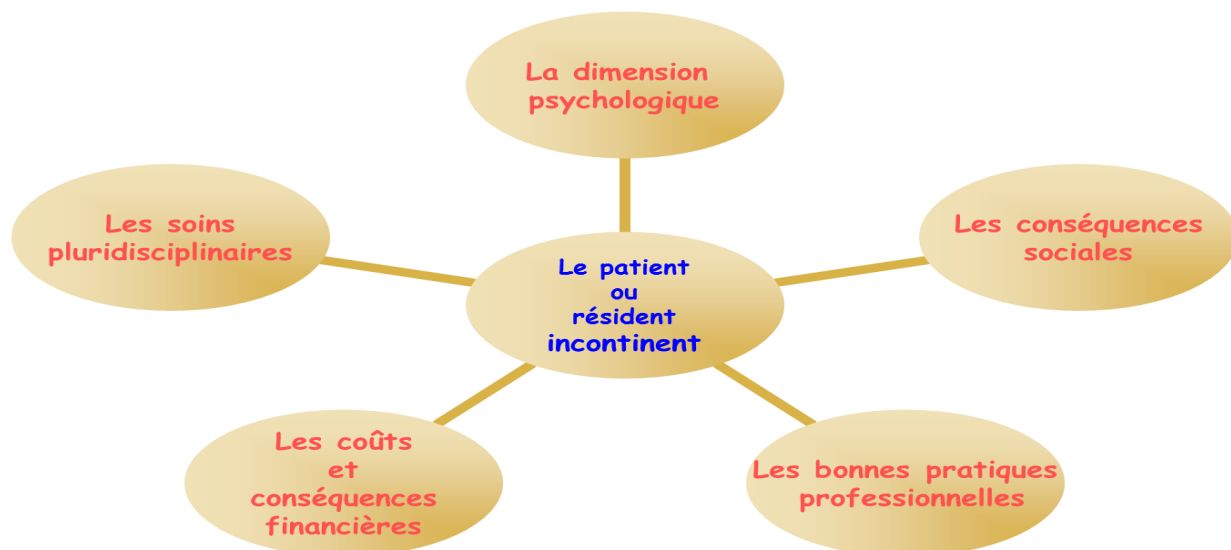
La prise en charge de l'incontinence<sup>1</sup> en établissement de santé est **un sujet complexe, notamment en gériatrie.**

La gestion globale de l'incontinence impacte de manière importante la **qualité des soins dispensés dans toutes ses dimensions**, ainsi que **la gestion économique.**

L'étude et l'analyse de **situations concrètes** ont conforté la nécessité de questionner et d'évaluer :

- nos Savoirs, déclinés en terme de Savoir – être, Savoir – faire, Savoir – agir en situation
- nos compétences professionnelles.

<sup>1</sup> Nous conviendrons systématiquement « incontinence urinaire et / ou fécale ».



*Le patient au cœur d'une **complexité de prise en charge**.  
L'intrication de nombreux aspects (non exhaustif)  
dans lequel se situe le patient incontinent.*

La **dimension psychologique** fait référence à la modification de l'image corporelle, à une **perte de l'estime de soi**, souvent associée à un sentiment de **régression** voire d'**infantilisation**. Ce vécu est exprimé clairement par les patients et leur entourage.

En conséquence, le temps accordé aux loisirs, aux sorties occupationnelles ou familiales est réduit, limité, cela peut induire un **isolement** voire une **rupture du lien social**.

Les traitements palliatifs (protection, étui pénien par exemple) représentent un **budget conséquent (coûts)**, en lien avec le degré d'incontinence à **charge entière** du patient. De ce fait, dans un contexte de **fragilité économique**, le patient, sans accompagnement peut se retrouver en **situation de précarité**.

Au niveau collectif, la prise en charge mais surtout **une prise en charge inadaptée de l'incontinence** peut rallonger la **durée d'hospitalisation** d'un patient, par l'apparition de **complications**.

Par exemple, une altération de l'état cutané peut apparaître si le produit palliatif ne correspond pas aux besoins véritables du patient et nécessiter des soins techniques comme des pansements (mobilisation de temps agent supplémentaire).

La vision économique est à appréhender de manière individuelle et collective.

La prise en charge de l'incontinence mobilise des connaissances et **des compétences pluri professionnelles**.

Le respect des **bonnes pratiques professionnelles** est une des **préoccupations** principales de l'ensemble d'une Equipe de Soins.

Le leitmotiv :

**« la bonne évaluation, le bon traitement, le bon produit,  
la bonne démarche, pour le vrai besoin du patient »**

a été le fil rouge qui a guidé de notre travail.

## Les objectifs généraux de la démarche réflexive

### Notre objectif général :

A partir d'articles professionnels et de recommandations des sociétés savantes, nous cherchons à développer et améliorer la prise en charge globale des patients âgés souffrant d'incontinence urinaire et/ ou fécale.

### Nos objectifs thématiques :

- Actualiser les connaissances professionnelles du personnel soignant sur les mécanismes de l'incontinence en associant la mobilisation des savoirs procéduraux.
- Instaurer une véritable réflexion / sensibilisation des équipes sur la prise en charge de l'incontinence.
- Interroger les pratiques dans le traitement palliatif de l'incontinence et les améliorer (indicateurs des produits palliatifs utilisés).
- Soutenir et valoriser l'engagement des référents du groupe de travail dans les unités de soins.
- Personnaliser les missions du groupe de travail en regard des spécificités et besoins propres à chacune des unités composant le pôle gériatrie et soins palliatifs.
- Pérenniser l'action des membres du groupe de travail.

## DESCRIPTION DU PROJET

### Une étape indispensable : la réalisation d'un bilan de l'existant

#### L'approche par les connaissances semble être pertinente par rapport au sujet à traiter.

Le cadre de santé pilote du projet a choisi de proposer la réalisation d'un audit ciblé dans les unités composant le Pôle de Gériatrie et Soins Palliatifs, à savoir :

- ✓ L'unité du court séjour gériatrique
- ✓ L'unité de soins de longue durée
- ✓ L'unité de soins de suite et de réadaptation
- ✓ L'EHPAD Saint Jacques et l'EHPAD La Chênaie.

En tant qu'unité/ activité transversale, nous avons fait le choix d'accomplir aussi l'audit auprès de l'unité de rééducation fonctionnelle.

#### Choix de la thématique : « FOCUS A PROPOS DE L'INCONTINENCE »

#### Définition des objectifs recherchés et choix des items ciblés de l'audit :

- ✓ **qualifier les pratiques** concernant la PEC de l'incontinence dans les services de soins
- ✓ **apprécier les connaissances** globales des soignants concernés par la PEC de l'incontinence
- ✓ favoriser un questionnement – une **remise en question** de ses propres pratiques
- ✓ susciter **l'intérêt/ la réflexion** sur le sujet de l'incontinence (représentations de l'incontinence)
- ✓ mettre en évidence **les freins et les axes de progression** (protocoles, accompagnement, formations, exercice pratiques, analyse de situations...) pour une PEC de l'incontinence optimale **en fonction des besoins propres aux différents services audités.**

#### Niveau de l'évaluation :

Dans un premier temps, l'audit sera réalisé auprès des professionnels du Pôle Gériatrie et Soins Palliatifs – dans la totalité des structures qu'il regroupe (projet de pôle – axe pédagogique).

A noter, que cette démarche s'inscrit plus globalement dans le cadre du **projet de soins.**

### Type d'audit :

- ✓ Audit sur pièce – étude du **Dossier de Soins Infirmiers** – élaboration d'une grille d'audit.
- ✓ Création **d'un auto - questionnaire** exhaustif et précis.

### Niveau de l'audit :

Audit approfondi avec plusieurs orientations.

### Population auditée :

Les personnels des catégories professionnelles ci-après sont concernés :

- ✓ les médecins exerçant dans chacune des unités du pôle de gériatrie et soins palliatifs
- ✓ les cadres de santé de chacune des unités du pôle de gériatrie et soins palliatifs
- ✓ les infirmiers (ères) de chacune des unités du pôle de gériatrie et soins palliatifs
- ✓ les aide- soignants (es) de chacune des unités du pôle de gériatrie et soins palliatifs
- ✓ les agents des services hospitaliers en poste de nuit, travaillant en collaboration avec les AS sur les EHPAD
- ✓ les masseurs - kinésithérapeutes

### Période de l'audit :

Septembre 2015 – étalonnage sur le mois.

### Mode de recueil des données :

Dans un souci de clarté et afin de recenser un maximum d'informations, plusieurs formes de recueil seront complémentaires.

### Besoins pour la réalisation de l'audit :

- Implication institutionnelle réelle
  - ✓ Validation et soutien de la démarche par la **Direction des soins**
  - ✓ **Encadrement supérieur** et des cadres de proximité du pôle de gériatrie et soins palliatifs
  - ✓ Soutien de la démarche par la **Direction des Affaires Logistiques et des Travaux** et par la **Direction des Affaires Financières**
  - ✓ Soutien de la **Direction qualité** – Assistant qualité (logiciel Sphinx)
  - ✓ **Professionnels de santé du groupe de travail** - pôle gériatrie et soins palliatifs.

L'ensemble de cette démarche de travail/ d'exploration est **validée par le médecin référent**, Madame le Docteur RIGAUD – SSR et par l'ingénieure qualité.

## ACTIONS REALISEES ET CALENDRIER

### La création des outils d'évaluation

**Création d'un QUESTIONNAIRE :** (l'audité complète lui-même le questionnaire) composé de plusieurs parties :

- ✓ Les connaissances théoriques et l'exercice pratique
- ✓ Les facteurs favorisant et l'épidémiologie - les données de santé publique
- ✓ La conception de cette prise en charge

Les items principaux interrogés :

- ✓ les **représentations** de l'incontinence (impacts physique, psychologique, social, économique...)
- ✓ les **connaissances** théoriques (anatomie physiologie/ physiopathologie) et pratiques
- ✓ les jugements cliniques – les savoirs procéduraux
- ✓ l'utilisation (et/ou la connaissance) des **outils** spécifiques (calendrier mictionnel, explorations urodynamique, questionnaire, grille EVA...) relatif à la prise en charge de l'incontinence
- ✓ **l'intérêt** des professionnels (priorité de soins – implication – éducation...)
- ✓ les besoins pour améliorer les pratiques professionnelles (formation, ateliers, expert, protocoles, accompagnement, matériel...)
- ✓ **l'ouverture – idées – créativité.**

### Les modalités de réponse

Questions fermées, ouvertes / questions d'opinion – question de priorité – questions de classement.

Les nombreuses **questions ouvertes** sont une **démarche volontaire** afin de ne pas être enfermant sur un sujet si vaste et si complexe.

### **Evaluation du DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS sur des points précis :**

Analyse à l'appui d'une grille de lecture, de la **complétude des éléments** recueillis autour de l'évaluation et de la prise en charge de l'incontinence lors de l'admission des patients / résidents.

Les fiches constitutives (institutionnelles) du Dossier de Soins Infirmiers auditées sont :

- ✓ la macrocible admission
- ✓ le diagramme de soins reprenant **les besoins fondamentaux de V. HENDERSON**  
« éliminer » + « se mouvoir/ éviter les dangers » + « être propre et protéger ses téguments »
- ✓ les fiches de transmissions ciblées.

### Le bilan de l'audit

**88 questionnaires ont été retournés – 87 ont été exploitables**

**+**

**étude de 100 Dossiers de soins infirmiers.**

Retour qualifié d'**honorable** en terme mathématique de santé publique, permettant par l'application de **la loi des 30**, une généralisation des résultats.

**Une analyse brute** des résultats reprend de façon exhaustive **toutes** les réponses fournies à chacune des questions proposées.

Cette première étape de traitement des données permet de mettre en évidence quelques pistes d'actions comme par exemple des ateliers pratiques sur l'utilisation des protections.

L'évaluation du dossier de soins est positive dans l'ensemble, de façon homogène dans les unités de soins.

Un axe d'amélioration se dégage nettement concernant la réévaluation du besoin perturbé et des ressources/ moyens mis en place.

En avril 2016, **une analyse fine avec préconisations** (classification, priorisation, pourcentage, regroupement...) personnalisée en fonction des unités de soins sera rédigée en partenariat pilote du projet / ingénierie qualité.

## Les actions dans le projet


Directeur des soins : MME CIPICIANI Isabelle - IC

Cadre supérieur de santé : MME KENDEK Raymonde – Cadre supérieur du pôle - RK

Pilote – chef de projet : MME MARTINEZ Delphine – Cadre de santé – Court séjour gériatrique - DM

Référent médical : DR RIGAUD Anne Marie – Gériatre – SSR – DR R

N°	Actions	Acteurs Instances	1er trimestre			2ème trimestre			3ème trimestre			4ème trimestre		
			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1	Construction du projet global	DM						OK						
2	Présentation et discussion autour projet global au sein du <b>pôle</b>	DM RK DR R						OK						
3	Vérification et approbation de la démarche dans son ensemble par les acteurs et par les responsables du projet	DM RK DR R							OK					
4	Présentation pour information de la démarche à la <b>Direction des Affaires Logistiques / Direction des Affaires Financières</b> dans le cadre de l'impact économique potentiel et souhaité	DM RK IC							OK					
5	Validation des outils (questionnaire + audit DSI) et de la méthode par les acteurs et les responsables du projet + <b>DCGS + Cellule qualité</b>	RK CI DR R PM							OK					
6	Réalisation de l'audit auprès des structures composant le pôle gériatrie et Soins palliatifs	DM CDS DR R									OK			
7	Analyse brute des résultats de l'audit par la <b>cellule qualité</b> (logiciel Sphynx*)	DM PM												OK
8	Communication des résultats de l'audit aux <b>partenaires, professionnels et responsables des unités</b>	DM												OK
9	Construction d'un <b>groupe de travail</b>	DM CDS												OK
10	Détermination des objectifs prioritaires et mise en place des actions prioritaires spécifiques à chacune des structures	DM RK CDS												2016
11	Planification des actions – rédaction programme prévisionnel <b>avec le groupe pilote</b>	DM RK CDS												2016
12	Présentation et communication du projet <b>en instance</b>	DM												Conseil de la vie sociale CSIRMT 07.11.2015 Réunion des Cadres de santé - DS

2016		Acteurs	1er trimestre			2ème trimestre			3ème trimestre			4ème trimestre		
N°	Actions		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
13	Formation d'expert des professionnels membres du groupe de travail	DM CDS	OK	OK	1 <sup>ère</sup> réunion									
14	Retour du rapport d'audit détaillé renvoyé par la Direction qualité	DM PM				OK								
15	Rédactions des plans d'actions personnalisés / unité avec le groupe de travail	GROUPE				OK								
16	Création du POSTER synoptique des « Bonnes réponses »	DM			OK									
17	Présentation et communication des macro résultats <b>aux équipes soignantes du pôle + présentation du POSTER dans toutes les structures y compris en rééducation fonctionnelle</b>	DM		DIFFUSION ET ACCOMPAGNEMENT AUTOUR DU POSTER « Bonnes réponses » Toutes les unités du pôle rencontrées.										
18	Formation des référents par ressources internes (Mme MARTINEZ, DR RIGAUD, IDE référente TENA)	DM IB DR R		Programme rédigé validé				02.06.16						
19	Recueil par le groupe de travail de situation problématique pour analyse en groupe	GROUPE									Etudes de cas concrets			
20	Retour de l'étude de situation auprès de l'unité – Plan d'actions préconisé	GROUPE												
21	Déploiement de la démarche au sein du CHI	DM RK IC												
22	Publication professionnelle du projet dans une revue professionnelle de référence et présentation candidature au « <i>Trophées de la qualité et de la sécurité des soins</i> » - FHF.	DM RK IB IC			OK									
23	Mesure des impacts économiques et ré évaluation des références produits proposées	DM DALT DAF	Suivi des consommations de produits palliatifs par l'économat –magasin / tableau de bord trimestriel et bilan annuel.											

Tout d'abord, l'approche initiale du sujet – par l'incontournable bilan de l'existant / audit – a débuté par la **pédagogie inversée** ou autrement nommée **l'approche par les connaissances**.

Le questionnaire en particulier, a favorisé une immersion des professionnels dans le sujet (auto-évaluation, recherches...) et ainsi renvoyé le besoin de remettre en question ses pratiques.

Aussi, dans son ensemble, le projet a été construit sur la base **d'un management participatif** – le plan de communication a été étudié et très soigné de façon à recueillir :

- l'adhésion des professionnels,
- la participation des instances hospitalières
- le soutien et la collaboration des Directions de l'établissement.

Tous **les acteurs du pôle** ont eu l'information détaillée sur la conduite de ce projet, **les familles** de résidents notamment pour les EHPAD ont pu suivre les étapes et le cheminement de ce projet.

Par exemple, le poster synoptique des **« bonnes réponses au questionnaire »** a été présenté aux équipes et l'affichage dans les unités a informé les familles de l'évolution des travaux.

Le sujet empreint d'une certaine lourdeur – *a priori*- est abordé de **façon concrète et dynamique** par le pilote de projet.

Volontairement, les actions menées sont ancrées dans la réalité de l'activité quotidienne des soignants.

**Le principe de réalité** est un des fondements guidant le pilote de projet dans ses orientations, notamment concernant les actions menées.

Enfin, **les perspectives** du groupe de travail sont **riches et ambitieuses**, comme :

- ↳ la mise en place d'un logiciel de travail multi dimensionnel,
- ↳ une réorganisation des stocks produits / unités / besoins/ référencement/ réassort,
- ↳ la manipulation de produits par des ateliers pratiques et test d'échantillon
- ↳ la planification d'un point information voire même d'une permanence d'information familles (programme d'éducation thérapeutique).

Nous relevons ce défi en équipe pluridisciplinaire en ayant conscience que l'incontinence n'est pas une fatalité liée au vieillissement.

**« Préservons la continence avant de traiter l'incontinence ».**