

REISACHER CEDRIC
PROMOTION 2004-2007

**« LE CHANGE DE L'ADULTE AGE,
INDICATIONS ET INCIDENCES »**

Travail personnel écrit et présenté, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
HOPITAUX CIVILS DE COLMAR

REMERCIEMENTS
REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux différentes personnes qui m'ont aidé tout au long de ce travail, en particulier :

- Mme BEITZ, cadre de santé et enseignante à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Colmar, qui en tant que formatrice référente pour ce travail, m'a apporté conseils et soutien tout au long de sa réalisation.
- Les différents services de médecine et de chirurgie de l'Hôpital Pasteur de Colmar ainsi que les deux établissements gériatriques ayant bien voulu répondre à mon questionnaire.
- Mon entourage personnel.
- Mes collègues de promotion pour leur soutien et leurs encouragements.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	p.3
SOMMAIRE.....	p.5
INTRODUCTION.....	p.7
CADRE DE REFERENCE	
I. Cadre législatif	p.10
II. Concepts et définitions.....	p.11
1) l'incontinence urinaire.....	p.11
2) l'incontinence fécale.....	P.11
3) le soin	p.12
4) dignité.....	p.12
5) respect.....	p.12
6) respect de la dignité	p.12
7) déontologie.....	p.12
8) maltraitance	p.13
9) besoin.....	p.14
10) les palliatifs absorbants.....	p.15
11) incidences dues au port de palliatifs absorbants.....	p.17
Les lésions cutanées	p.17
Les incidences psychologiques	p.17
I. Méthodologie.....	p.19
1) Méthode utilisée	p.19
2) But de l'enquête.....	p.19
3) Population concernée.....	p.19
4) Distribution des questionnaires.....	p.20
5) Restitution des questionnaires.....	p.20
6) Difficultés rencontrées.....	p.20
II. Analyse et résultats	p.21
CONCLUSION	P.47
BIBLIOGRAPHIE.....	P.49
ANNEXES	

INTRODUCTION

I) Introduction

Dans le cadre de l'enseignement conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier, et afin de me positionner en tant que futur professionnel, je réalise un travail écrit de fin d'études.

J'ai choisi ce thème pour mon travail de fin d'études car à de nombreuses reprises j'ai pu constater des phrases dites, des attitudes et des actions, souvent envers des personnes âgées, qui m'ont interpellé, voire choqué.

En effet, avant d'entamer ma formation, j'exerçais la profession d'aide soignant intérimaire, ce qui m'a permis de passer la porte de nombreux établissements de santé.

Cas Concret

Lorsque je travaillais dans un centre de réadaptation, accueillant principalement des personnes âgées, a été admis un monsieur de 75 ans, pour rééducation post opératoire de sa prothèse totale de hanche. Nous avons constaté qu'une diarrhée importante l'avait souillé . Il a donc été décidé de lui poser un change complet. Ce monsieur parlait peu et ne s'opposait à aucun soin, seulement voilà,...il était continent et utilisait sa protection comme un sous-vêtement pour se rendre aux toilettes.

Il a fallu un mois pour que toute l'équipe cesse d'imposer à ce monsieur des changes complet jour et nuit.

Nulle part dans son dossier ne figurait un diagnostic d'incontinence.

Dans divers établissements, j'ai observé des techniques de pose très variées des changes complets. Souvent le choix du change s'avérait inadapté car trop grand, certains soignants doublaient les protections, d'autres déformaient complètement le change. Or, toutes ces méthodes inadaptées peuvent avoir des répercussions physiques et psychologiques importantes pour la personne soignée.

J'ai eu la chance, lors d'un stage de 1^{ère} année, de suivre une formation organisée par le laboratoire HARTMANN, spécialiste des palliatifs absorbants. En effet, il n'existe qu'une technique de pose optimale pour chaque produit ; le choix, l'utilisation et le renouvellement d'un change peuvent être efficaces si l'on connaît et respecte les spécificités du produit.

J'ai également pu constater que dans tout type de service (maisons de retraite, long séjours, médecine, chirurgie, rééducation, etc...) que des personnes le plus souvent âgées, dépendantes et surtout alitées, peuvent être victimes d'une forme de maltraitance passive, par refus de soins de la part de certains soignants. Je prends pour exemple ce monsieur grabataire en service de chirurgie qui demandait à une aide soignante l'urinal, cette dernière lui a simplement répondu de faire ses besoins dans sa « couche », qu'il l'avait pour cela .

J'ai ressenti l'humiliation de ce monsieur ainsi que le sentiment d'infantilisation et de dévalorisation qu'il a subi...Cette phrase est choquante mais pourtant très répandue.

II) Objectifs

Mes objectifs pour ce travail de fin d'études ne sont pas de juger et de condamner, mais plus de comprendre pourquoi et comment un soignant en arrive à avoir des attitudes non soignantes, s'en rend-t-il compte ? Les soignants sont-ils conscients qu'il existe un cadre juridique protégeant la dignité du patient hospitalisé et qu'ils doivent le respecter ? Que ressent le patient parfois non incontinent qui se retrouve ainsi « langé » sans comprendre pourquoi ?

Je souhaite ouvrir une porte à la réflexion par rapport à nos actes soignants qui parfois s'écartent de leur objectif premier : le patient.

Afin d'argumenter mon analyse, je me référerai aux cours et à l'enseignement de l'Institut de Formation en Soins Infirmier, à mes recherches en bibliothèque, sur Internet, à d'autres sources telles que mon entourage et mon expérience professionnelle .

Mon travail sera articulé de la façon suivante :

Le cadre de référence définira les textes législatifs, les concepts et les définitions, sur lesquelles j'appuierai ma réflexion. En deuxième partie je présenterai la méthodologie, puis une analyse des résultats de mon questionnaire.

Je conclurai sur une réflexion plus personnelle .

III) Problématique

Comment prendre en charge les besoins d'élimination d'une personne tout en respectant son intégrité physique, sa dignité et ses choix ?

CADRE DE REFERENCE
CADRE DE REFERENCE

I) Cadre législatif

Les devoirs des soignants sont légiférés par différents décrets :

Selon le décret n°2004-802 du 29/07/2004 paru au J.O du 09/08/04 relatif à la profession d'infirmier :

Article R.4311-2 : Les soins infirmiers, préventifs , curatifs ou palliatif, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade [...] Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vu de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familiale ou sociale ;
- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes.

Article R.4311-3 : Relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personne.

Article R.4312-2 : L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille¹.

Article R.4312-6 : L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Cependant le secret professionnel peut-être rompu en cas de maltraitance sur une personne âgée selon le code pénal.

Obligation de dénonciation :

Article 434-3 du Code Pénal(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 15 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.²

La personne âgées dispose de droit comme la Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante.

¹ Code de la santé publique, livre 4, titre 2 , chapitre 1^{er} relatif à l'exercice de la profession d'infirmier

² Code pénal / <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnArticleDeCode?commun=CPENAL&art=434-3>

II) concepts et définitions :

1) L'incontinence urinaire :

C'est la perte involontaire d'urine par l'urètre. C'est un symptôme fréquent, qui toucherait 2,5 millions de personnes en France, et surtout les femmes de plus de 65 ans. Le nombre de personnes souffrant d'incontinence est inconnu, mais est très certainement sous estimé. On estime que 15 à 30% des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile ont une incontinence. Le risque d'incontinence est 2 fois plus élevé pour les femmes (15-30%) que pour les hommes.

L'incontinence urinaire est un symptôme qui peut être lié à de multiples causes dont beaucoup sont transitoires et dont la plupart peuvent être traitées sans intervention chirurgicale. Dans certains cas, l'incontinence est liée à plusieurs facteurs présents en même temps chez un même patient.

L'incontinence urinaire n'est pas simplement un problème organique, car elle retentit sur l'état émotionnel et psychologique des patients pour altérer leur qualité de vie et souvent entraîner une modification de leurs habitudes de vie.¹

2) L'incontinence fécale :

Perte de contrôle du sphincter anal, incapacité de retenir les selles.

L'incontinence fécale peut avoir des causes très diverses, certaines mécaniques (destruction du sphincter anal par une infection, une tumeur, une blessure), d'autres nerveuses (section des nerfs commandant le sphincter lors d'une intervention chirurgicale sur un cancer du rectum, paralysie, maladie cérébrale).

La rééducation du contrôle sphinctérien est malaisée ; néanmoins, elle peut, dans certains cas (affaiblissement de l'appareil sphinctérien), apporter une amélioration à l'incontinence.²

¹ www.uropage.com

² Larousse médical, 2004, Paris, éditions Larousse, 1219p.

3) Le soin :

« Action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et/ ou accomplit pour elle même et/ou pour autrui, en vue de se soigner ou de le soigner »

« Prendre soin » n'est pas « faire des soins ». Prendre soin sera comme une valeur, non comme une vérité. Cela précise qu'il n'est pas scientifiquement avéré que prendre soin soit un meilleur concept qu'un autre.

Le poser comme une valeur, c'est le situer dans l'ordre du désir, c'est à dire qu'il est souhaitable que les professionnels de la santé se trouvant au contact direct et fréquent des personnes, s'inscrivent dans le *prendre soin* et non pas dans le *faire des soins*¹.

4) Dignité :

C'est une valeur universelle imposant le respect due a une personne, a une chose ou a soi-même².

5) Respect :

- Considération que l'on a pour quelqu'un et que l'on manifeste par une attitude déférente envers lui.
- Souci de ne pas porter atteinte à quelque chose

6) Respect de la Dignité :

Souci de ne pas porter atteinte à la décence et à la fierté.³

7) Déontologie :

Morale professionnelle, théorie des devoirs et des droits dans l'exercice d'une profession⁴

¹ Walter Hesbenn, Prépa D.E. Infirmière N°8, santé publique et soins infirmiers ed. : LAMARRE P.132

² Le petit Larousse illustré, 2000, Paris, éditions Larousse, 1775 p.

³ Le petit Larousse illustré, 2000, Paris, éditions Larousse, 1775 p.

⁴ Larousse illustré Le petit Larousse illustré, 2000, Paris, éditions Larousse, 1775 p.

8) La maltraitance

« Le vocable maltraitance (dont l'antonyme est bientraitance) permet de ranger sous un concept générique et englobant tous les contextes de négligence et de violences honteuses auxquels peut être assujettie une personne « violente ». La maltraitance comprend les mauvais traitements.

Plus généralement, la maltraitance « est un ensemble d'actes – comportements et attitudes – commis ou non, envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière. » Puisqu'elle est à l'origine d'un tort et qu'elle cause un préjudice, elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne.

Les négligences actives et les négligences passives constituent aussi une forme de maltraitance, appelée maltraitance par omission »¹.

Types de violence, recueillis par ALMA France en 2002 :

CHIFFRES D'ALMA EN 2002	A domicile	En institution
«violences psychologiques : menaces de rejet, de rétorsion, insultes	22%	15%
«violences financières : vol, extorsion de fonds, signatures forcées, héritage anticipé...	18%	7%
«violences physiques : contusions, coups, gifles, brûlures...	14%	11,5%
«violences civiques : privation des droits élémentaires du citoyen, papiers d'identité...	4%	5%
«violences médicamenteuses : abus de neuroleptiques, privation des médicaments nécessaires...	0,5%	3%
« négligences actives et passives	10%	40%
«Autres	31,5%	18,5%

2

« ... il existe aussi de très nombreuses formes de maltraitance insidieuse, plus ou moins passives. La première étant peut-être d'obliger quelqu'un à vivre d'une manière qu'il n'a pas choisie, de lui imposer le fauteuil roulant, des repas qui ne correspondent pas à son histoire ou à sa culture, le mixage de toute nourriture, ou le gavage, pour aller plus vite. **Il y a maltraitance quand on répond avec retard au désir de la personne d'aller aux toilettes ou quand on lui conseille de faire dans sa couche, augmentant ainsi les liens de dépendance. Tout cela, souvent par manque de temps ou de personnel, mais pas seulement...** »³

¹ <http://www.termium.gc.ca/guides/juridi/files/853.html>

² [http://www.jidv.com/ALMA-JIDV2004_2\(2\).htm](http://www.jidv.com/ALMA-JIDV2004_2(2).htm)

³ <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-13.html>

9) BESOINS

Théorie des besoins de l'homme selon Maslow :

Pour Maslow (1970), le comportement est aussi notre désir conscient de croissance personnelle.

Les humanistes soulignent même que certains individus peuvent tolérer la douleur, la faim et beaucoup d'événements qui sont sources de tension pour atteindre ce qu'ils considèrent comme un accomplissement personnel. Selon Maslow, les besoins humains sont organisés selon une hiérarchie où, à la base, on retrouve les besoins physiologiques élémentaires et à son sommet, on retrouve les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur. Ce sont ces besoins qui créent la motivation humaine.¹

Hiérarchie des besoins selon A. MASLOW, représentation pyramidale

2



¹ <http://membres.lycos.fr/papidoc/573besoinsmaslow.html>

² <http://www.membres.lycos.fr/papidoc/>

10) Les palliatifs absorbants

Ce sont des protections qui se composent :

« d'un film de polyéthylène intraversable assurant l'étanchéité, et muni d'un indicateur d'humidité permettant de ne changer le produit que lorsque celui-ci est arrivé à saturation ;

* d'un ou deux coussins de cellulose qui "épongent" les fuites ;

* de poudre de super-absorbant, disséminée dans le coussin de cellulose, qui va gélifier les urines

* d'un voile de non-tissé apportant douceur sur la peau du patient. La pose d'un palliatif n'est pas une réponse aux causes de l'incontinence, mais aux symptômes qui s'appellent incontinence d'effort, urgence mictionnelle, incontinence post-mictionnelle, etc.

Donc, pour répondre au plus près des besoins du patient, les fabricants ont développé un très large éventail de produits adaptés à chaque besoin. Le choix des protections dépend ensuite de plusieurs facteurs :

o l'importance des fuites,

o les possibilités locomotrices du patient,

o la morphologie du patient,

o l'utilisation diurne ou nocturne de la protection. Deux types de système répondent à ces différents critères : les protections anatomiques et les changes complets.

Les protections anatomiques

Certaines sont comparables à des protections pour l'hygiène féminine et sont de la même manière munies de bandes adhésives qui en assurent le maintien. Elles sont utilisées pour les petites incontinences (fuites à l'effort). L'homme peut utiliser des produits spécifiques comme des coquilles absorbantes, ou des fourreaux péniers, dont le maintien dans la culotte est assuré également par des adhésifs.

Pour les incontinences plus importantes, il existe des protections plus grandes qui ont une découpe anatomique et sont maintenues par un slip en mailles extensibles à usages multiples après un simple lavage. Le grammage est fonction du degré d'incontinence, la taille du slip doit s'adapter à la morphologie du patient. De par sa conception, ce système privilégie le mouvement; les indications en découlent donc tout naturellement :

Les changes complets

Calqués sur le même modèle que les changes pour bébés, ce sont des protections totalement à usage unique qui se fixent au moyen d'adhésifs repositionnables.

On distingue, chez l'adulte, des produits de jour et des produits de nuit. La taille du change varie en fonction de la morphologie du patient. Les possibilités de change en font le produit de choix pour toutes les autres indications que celles des changes anatomiques :

o personnes grabataires (sans appuis),

o incontinences sévères,

o diarrhées chroniques.

Un confort réel

Souvent considéré comme un soin de seconde zone, le change d'une couche chez un incontinent obéit donc à des règles tout à fait précises tant en choix du produit (qui doit faire suite à une observation rigoureuse) qu'en technique de poses, qui vont conditionner l'étanchéité de la protection.

L'adéquation des besoins et des produits répond ainsi à des impératifs de soin, mais aussi à des impératifs financiers trop souvent négligés par les soignants. Pourtant, une bonne utilisation éviterait des ruptures de stock (rencontrées parfois), ou la possibilité de s'équiper de produits pour l'équipement des lits ou pour la toilette. S'ils ne dispensent pas d'une consultation spécialisée, ces produits apportent un réel confort au patient et lui permettent la poursuite de ses activités habituelles.

Soins de la peau

Parmi les différents produits jetables disponibles, certains bénéficient d'un remboursement intégral pour les personnes à 100% : il s'agit notamment des étuis péniens et des poches de recueil.

- l'étui pénien :

Conçu pour les hommes, il se place autour de la verge. En latex ou en matière hypoallergénique, il assure une excellente tenue et étanchéité grâce à sa bande adhésive et sa forme anatomique. Parfois transparent selon les fabricants, il permet une surveillance cutanée constante. Des dispositifs anti-torsion évitent toute obstruction à l'écoulement de l'urine. 3 tailles existent en fonction du diamètre et de la circonférence du pénis de 25mm 40mm.

- la poche de recueil :

Munie d'une valve anti-reflux, parfois vidangeable selon les modèles, elle se raccorde à l'étui pénien. Elle peut s'accrocher au lit, à la jambe ou au fauteuil grâce à des lanières extensibles. Selon leur utilisation de jour ou de nuit, la capacité de rétention d'une poche varie de 500ml à 2 litres¹. »

¹ <http://www.agevillage.com/article-1309-2-Sante-pratique---prevention.html>

11) Incidences dues au port de palliatifs absorbants :

Les lésions cutanées :

Chez le patient incontinent, la peau sera sévèrement endommagée et menacée si elle se trouve en contact permanent avec de l'urine, voire des fèces. Des nettoyages avec des produits adaptés et très doux sont donc nécessaires.

En effet, l'urine étant essentiellement alcaline, elle détruit le film acide de la peau.

Selon la quantité d'urine involontairement perdue (normalement entre 300 et 400 ml), une large zone cutanée peut être touchée; de surcroît, plus l'urine reste en contact avec la peau, plus l'irritation cutanée menace le patient.

Les profonds sillons de la région génitale et le sillon inter fessier présentent une problématique toute particulière. Dans ces régions, en effet, deux zones cutanées sont en contact permanent l'une avec l'autre, dans un environnement continuellement humide qui favorise les macérations.

Les conditions idéales pour faciliter l'attaque des bactéries et des champignons pathogènes, notamment la levure *Candida albicans*, se trouvent réunies si, qui plus est, le film acide cutané est altéré dans ces régions.

L'urine et les matières fécales créent un milieu propice à la prolifération des bactéries et autres micro-organismes. Il faut d'abord laver soigneusement les parties souillées et les sécher avec soins

L'incidence psychologique :

Elle est présente dès lors que le patient devient porteur d'un change et peut se manifester de différentes manières.

- Une perte de l'estime de soi liée au caractère infantilisant d'un change et se manifestant par des propos dévalorisants envers soi-même, l'expression de sentiment de honte ou de culpabilité, docilité exagérée et caractère influençable, manque d'assurance, indécision, besoin exagéré d'être rassuré¹.
- Un sentiment de colère et de refus, dès lors que le patient n'a pas accepté ce nouveau dispositif. C'est un processus de deuil que le patient doit entamer par rapport à sa continence².
- Un syndrome dépressif et des troubles du sommeil³.
- Des troubles hydro électrolytiques dues à une diminution de l'apport hydrique volontairement mis en place par le patient afin d'uriner moins dans le change⁴.

¹ Manuel de diagnostic infirmier « Lynda Juall Carpenito » page 92

² Manuel de diagnostic infirmier « Lynda Juall Carpenito » 154

³ Module « personne âgées » cours de 1^{ère} année de la promotion 2004-2007

⁴ Module « personne âgées » cours de 1^{ère} année de la promotion 2004-2007

ANALYSE
ANALYSE

I) Méthodologie :

2) Méthode utilisée :

J'ai choisi le principe du questionnaire, afin de toucher un plus large panel de soignants.

Dans le cadre de ma recherche, j'ai pris le parti de diffuser ces questionnaires dans différentes structures (par souci de confidentialité et par respect pour les personnes ayant répondu à ce questionnaire, j'ai conservé l'anonymat des services concernés) :

- Au sein de l'hôpital Pasteur, deux services de médecine et un service de chirurgie accueillant des personnes âgées en hospitalisation de plus ou moins courte durée.
- Au sein de deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Pour un souci de facilité de lecture, et afin de limiter les répétitions, j'ai choisi d'utiliser le terme « court séjour », correspondant aux différents services de médecine et de chirurgie de l'hôpital Pasteur et le terme « gériatrie » correspondant aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes .

Chaque question a été analysée séparément.

3) But de l'enquête :

L'objectif est de déterminer s'il existe une prise en charge différente ou au contraire similaire de la problématique de l'incontinence entre EHPAD et hôpital en comparant l'utilisation des différents palliatifs à l'incontinence.

J'ai également choisi de présenter les résultats de cette enquête par le biais de diagrammes, afin de permettre une meilleure lisibilité et d'illustrer d'emblée l'analyse .

4) Population concernée :

J'ai choisi d'interroger tant les infirmier(ère)s que les aide-soignant(e)s, car à mon sens les deux professions sont pleinement concernées par le thème proposé.

5) Distribution des questionnaires

Après m'être entretenu avec les différents cadres responsables de chaque service ou établissement, j'ai remis le nombre défini de questionnaires aux cadres, afin qu'ils soient remplis par les membres de l'équipe soignante.

6) Restitution des questionnaires

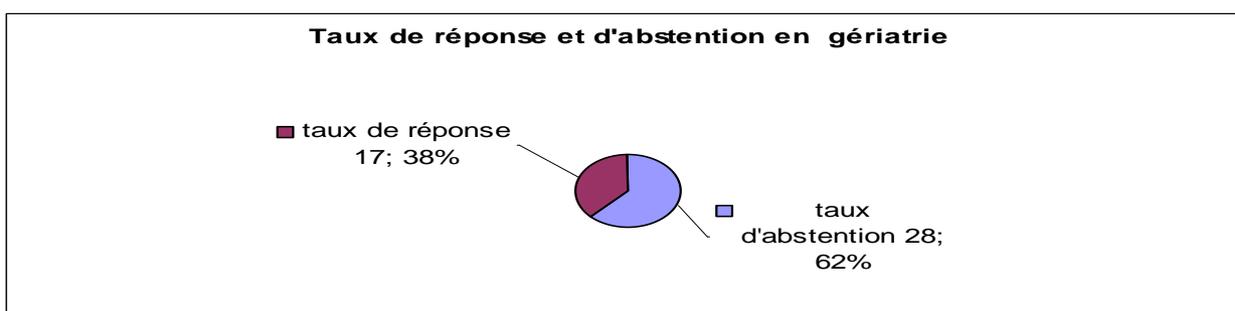
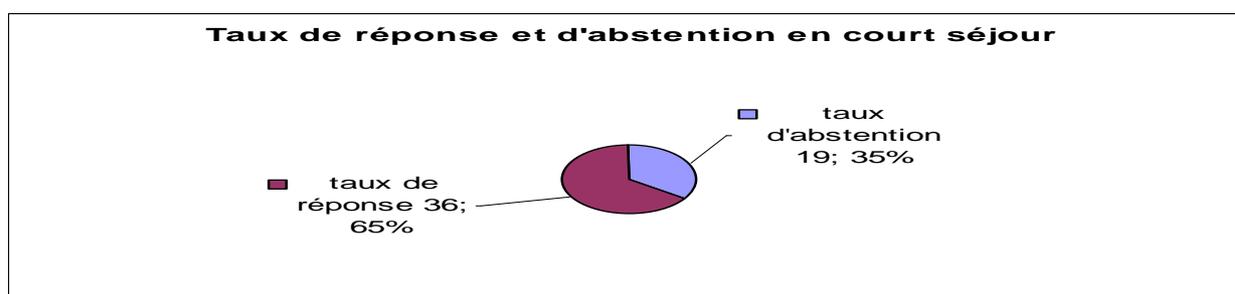
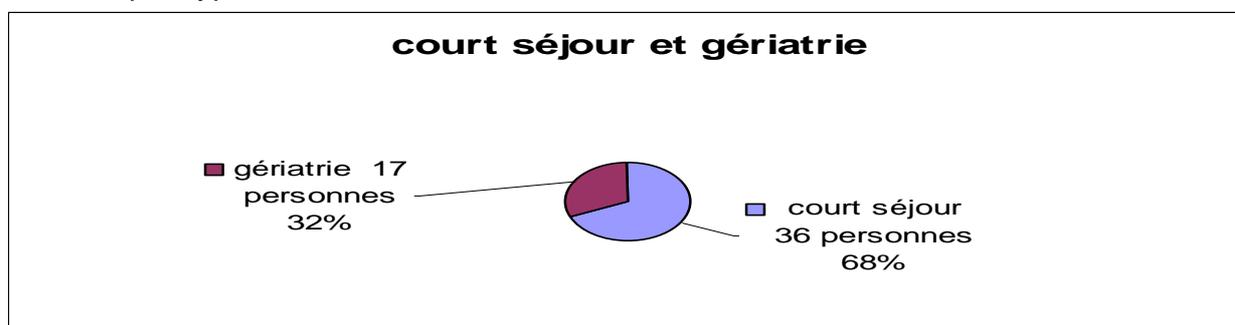
La majorité des questionnaires remplis m'ont été restitués après un délai de 6 semaines, soit 53 sur 100.

7) Difficultés rencontrées :

- L'élaboration du questionnaire a été difficile car le thème de la maltraitance nécessite de formuler les questions de la manière la plus neutre possible, tout en étant pertinent, ce qui semble-t-il, au vu des réponses données, n'a peut être pas été le cas pour la question 3 ; 10 et 13.
- La restitution des questionnaires a été difficile car il m'a été nécessaire, a plusieurs reprises, de redemander aux équipes de remplir les questionnaires.
- Il m'a été relativement difficile de retrouver des sources bibliographiques spécifiques sur le thème retenu.
- Une autre difficulté rencontrée a été la conception des diagrammes. Dès lors que les réponses aux questions ouvertes furent nombreuses, il m'a été difficile, techniquement, de rendre les diagrammes le plus clair possible.
- Il m'a également été difficile de réaliser le comparatif entre les deux types de structure, car cela a nécessité l'augmentation initialement prévue du nombre de pages pour ce travail de fin d'études.

II) résultats et analyse :

1) Dans quel type d'institution travaillez-vous ?



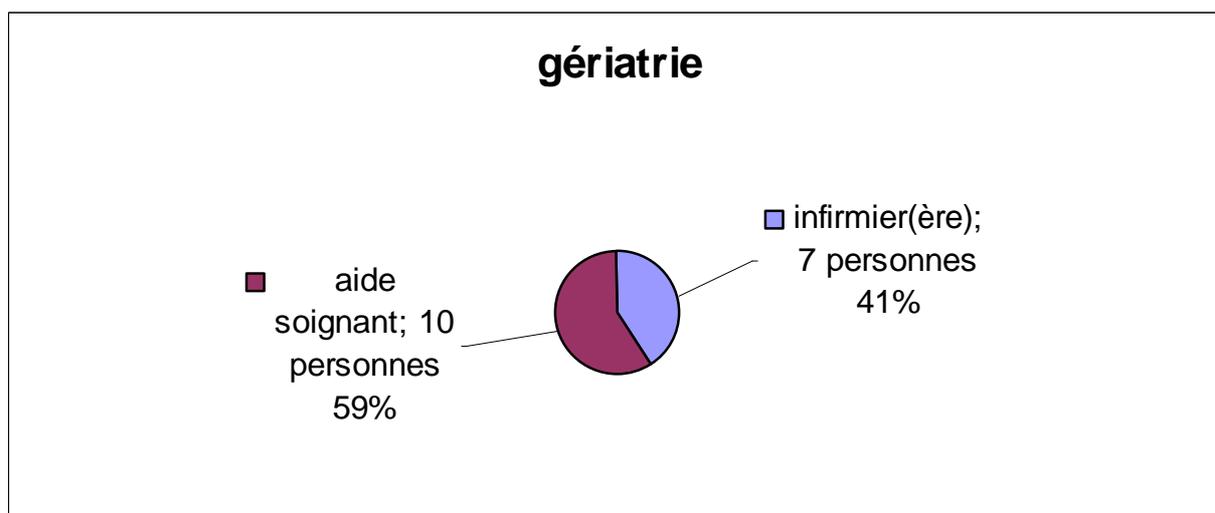
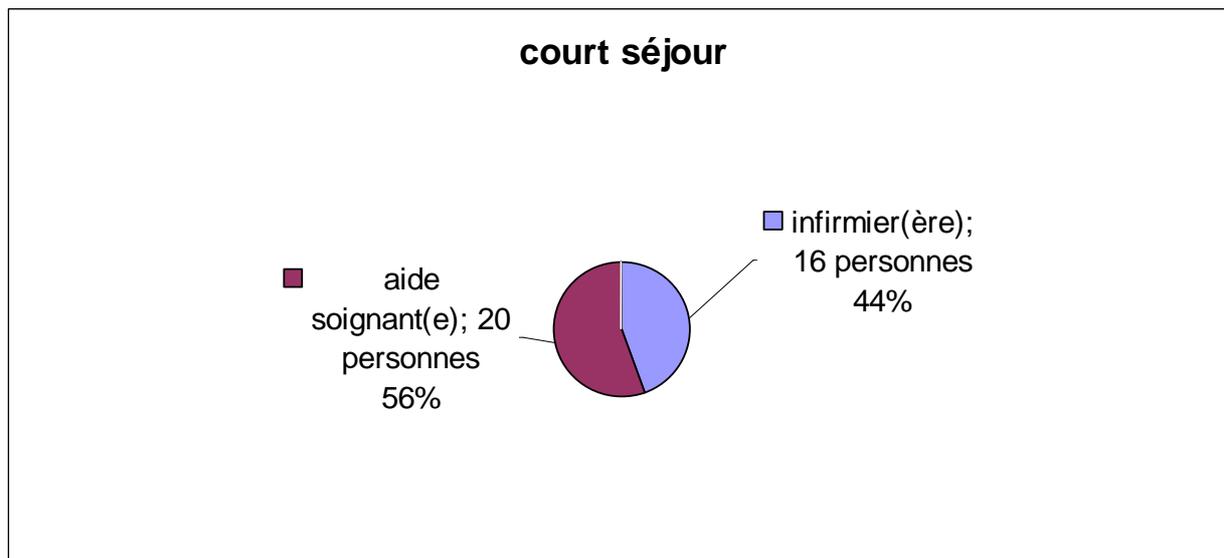
Sur 100 questionnaires diffusés, 53 personnes ont répondu à ce questionnaire, ce qui nous amène à un taux de réponse de 53%, panel suffisamment significatif pour donner un caractère objectif à l'analyse. Cette participation relativement importante des soignants a été possible car le questionnaire concerne tant les infirmiers que les aides soignants.

Sur les 53 personnes ayant répondu au questionnaire, 36 travaillent aux HCC dans des services de court séjour accueillant des personnes âgées et 17 travaillent en gériatrie. Ainsi, les courts séjours sont majoritaires puisque 68% des personnes ayant répondu au questionnaire travaillent en court séjour et seulement 32% travaillent en gériatrie.

Sur 45 questionnaires diffusés en gériatrie, seuls 17 questionnaires remplis m'ont été retournés, ce qui correspond à 38% de réponse. Sur 55 questionnaires diffusés en court séjour, 36 questionnaires ont été remplis, ce qui correspond à un taux de réponse de 65%. Le taux de réponse plus faible dans les structures de type gériatrie par rapport au taux de réponse du court séjour, serait-il lié à un manque de temps, d'intérêt pour le thème ?

2.1) Quelle est votre profession ?

- infirmier(ère)
- aide soignant(e)



En court séjour, 56 % des personnes ayant répondu sont aides soignants. En gériatrie, 59 % sont aides soignants.

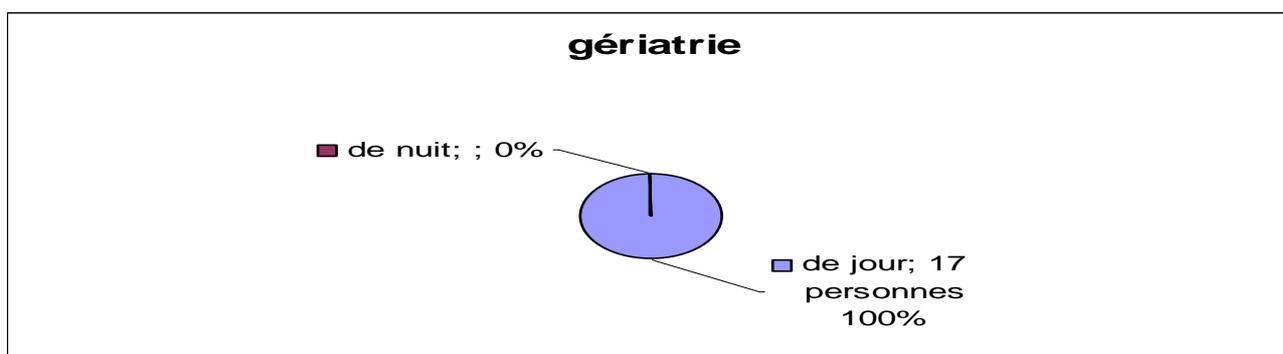
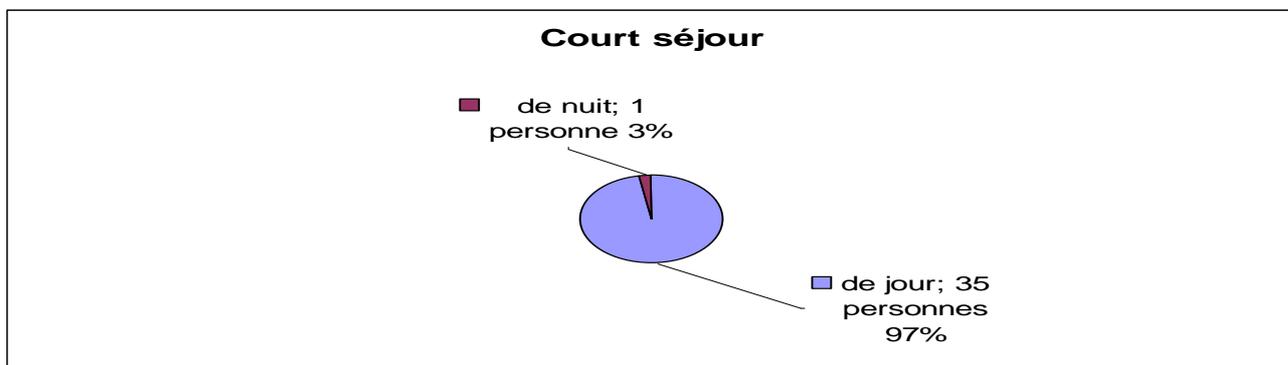
On se rend compte que dans les deux types de structures, ce sont les aides soignants qui ont majoritairement répondu. Cependant, les deux fonctions sont bien représentées.

En effet, le thème proposé rentre pleinement dans le champ d'activité et de compétence des aides soignants ainsi que dans le rôle propre infirmier.

2.2) Comment travaillez-vous ?

- de jour

- de nuit



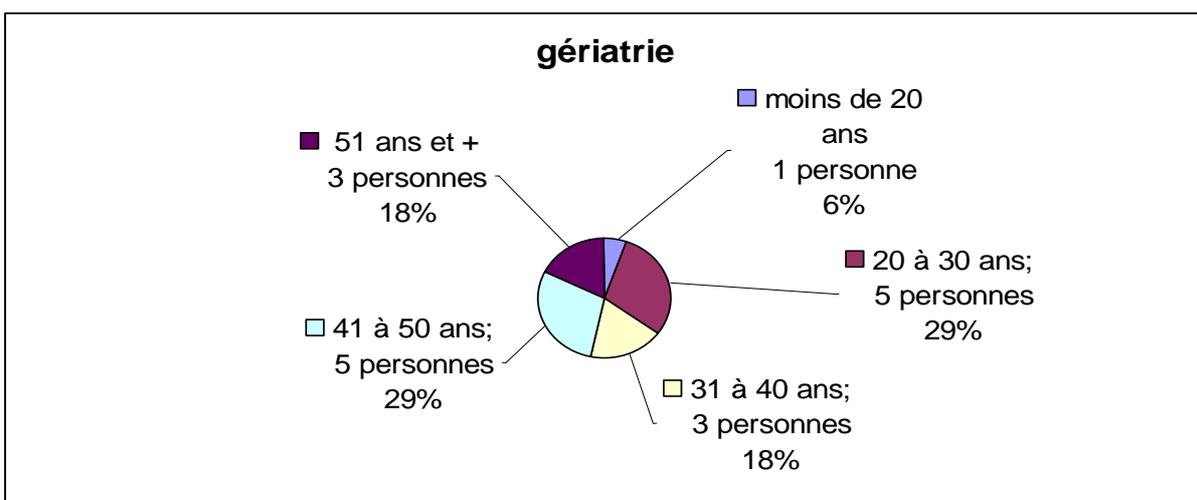
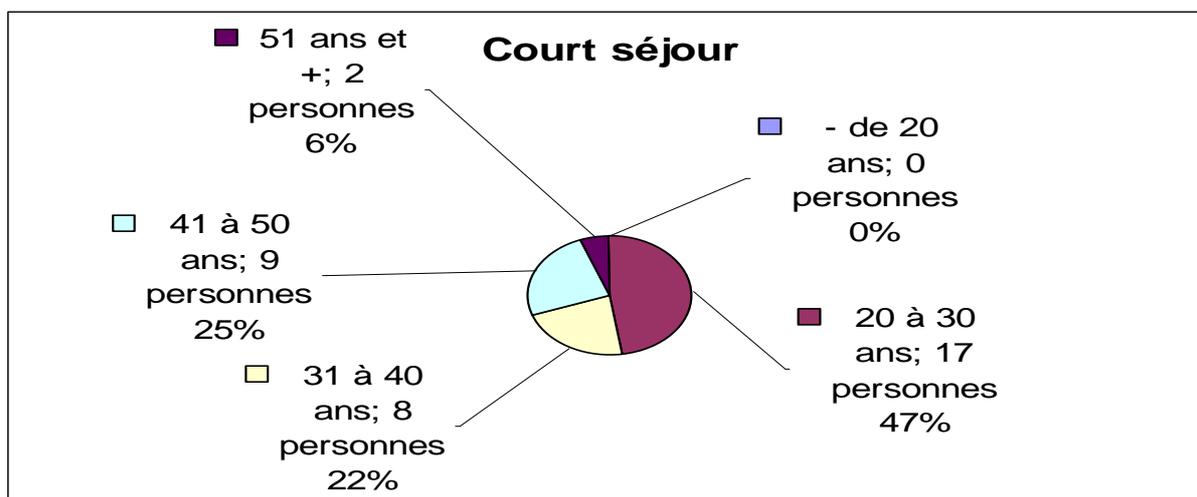
Une seule personne travaillant de nuit en court séjour a répondu à ce questionnaire et aucune personne travaillant de nuit en gériatrie n'y a répondu.

Ce résultat est surprenant, car les besoins d'élimination de la personne âgée soignée sont habituellement une part non négligeable du travail de nuit.

Peut être n'ai-je pas suffisamment mis en évidence le fait que le personnel travaillant de nuit était également intéressé par le questionnaire.

3) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Moins de 20 ans
- 20 à 30 ans
- 31 à 40 ans
- 41 à 50 ans
- 51 ans et plus

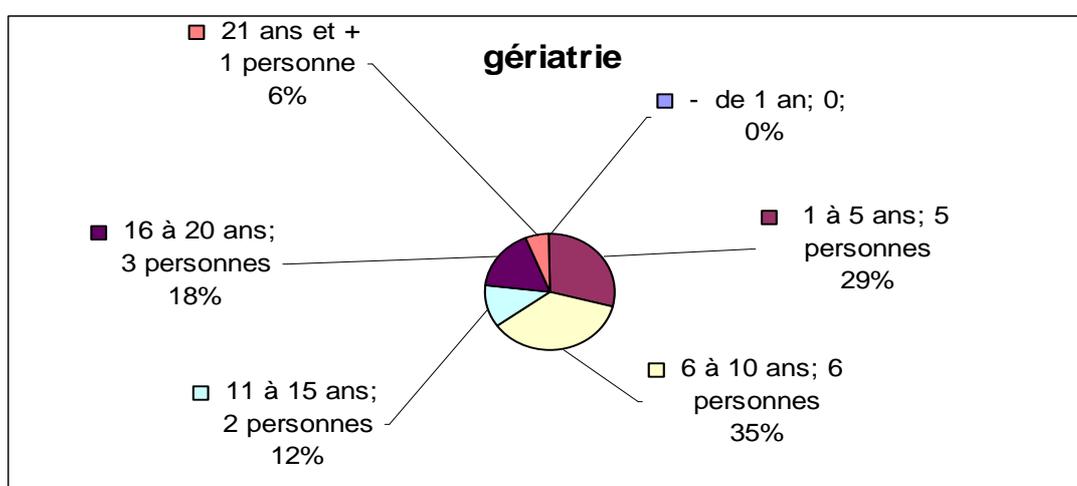
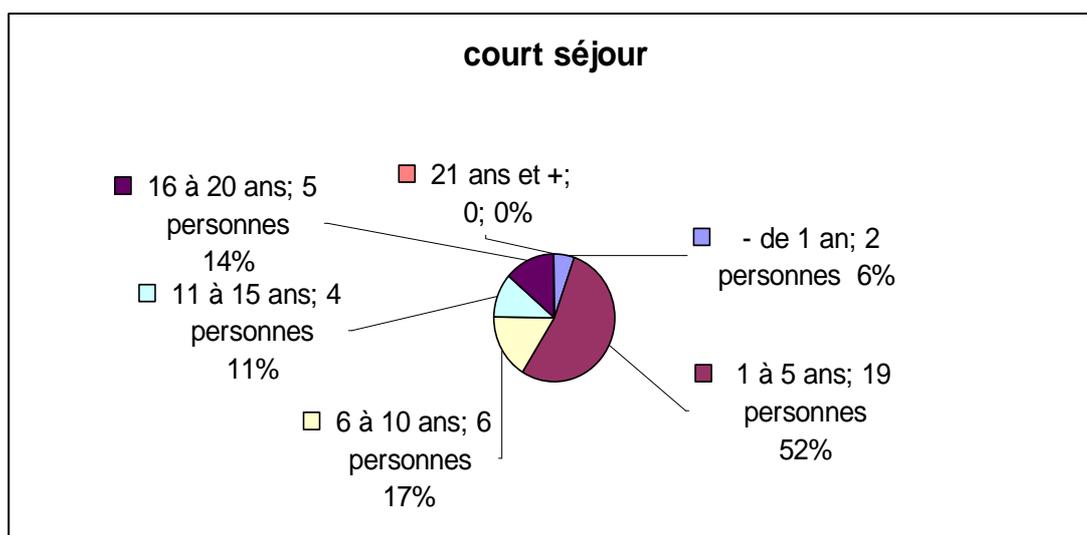


Dans les services de court séjour, la tranche d'âge la plus représentée est 20-30 ans avec 47 %, alors qu'en gériatrie cette tranche d'âge ne représente que 29 %, taux identique à celui des 41-50 ans .

Je me suis rendu compte que cette question n'apporte pas suffisamment d'éléments pertinents au regard du thème. Aussi, je ne développerai pas davantage la question de la tranche d'âge.

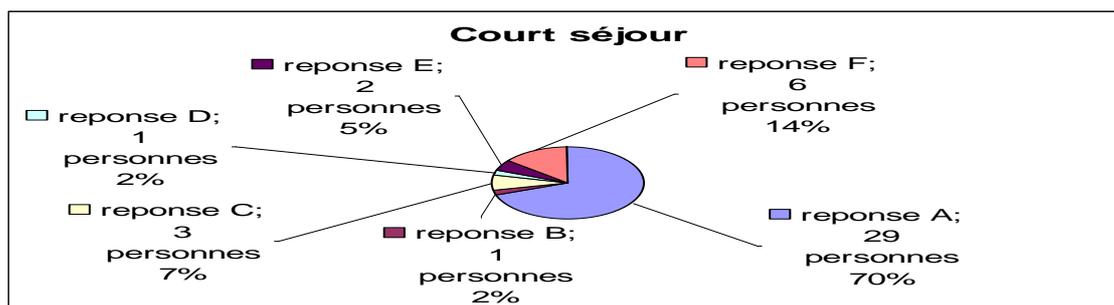
4) Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de personnes âgées ?

- moins de 1 an
- entre 1 et 5 ans
- entre 6 et 10 ans
- entre 11 et 15 ans
- entre 16 et 20 ans
- 21 ans et plus



Dans les courts séjours, la majorité des personnes, soit 52 %, ont entre 1 et 5 ans d'ancienneté. Alors qu'en gériatrie la majorité des soignants ont entre 6 et 10 ans d'ancienneté soit 35 % . Il n'y a pas de personnes de moins de 1 an d'ancienneté ayant répondu à ce questionnaire en gériatrie alors qu'il y en a 2 en court séjour. Nous remarquons qu'en gériatrie l'ancienneté est légèrement plus élevée qu'en court séjour.

5) Dans quel cas mettez-vous en place une protection anatomique chez une personne ?.....



Réponse A : en cas d'incontinence ou de fuites urinaires

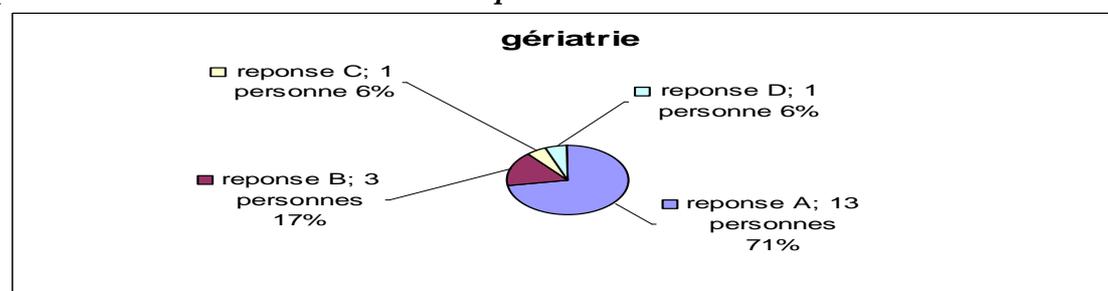
Réponse B : si la personne l'accepte

Réponse C : dès lors que la personne est démente

Réponse D : dès lors que la personne est invalide

Réponse E : sur demande du patient

Réponse F : si le lit a été souillé et / ou après un lavement



Réponse A : en cas d'incontinence ou de fuites urinaires

Réponse B : pour éviter que la personne ne se souille

Réponse C : pour un meilleur contrôle des sphincters

Réponse D : si la personne doit aller souvent aux toilettes

De manière générale, nous constatons que les choix en matière d'utilisation de protection anatomique son équivalents en court séjour et en gériatrie.

- Dans les 2 types de structures les soignants décident majoritairement d'utiliser des protections anatomiques en cas d'incontinence ou de fuites urinaires.

- En court séjour 14 % des soignants utilisent une protection anatomique d'emblée, dès lors que le lit est souillé ou risque de l'être à nouveau et 17% l'utilisent dans ce cas en gériatrie .

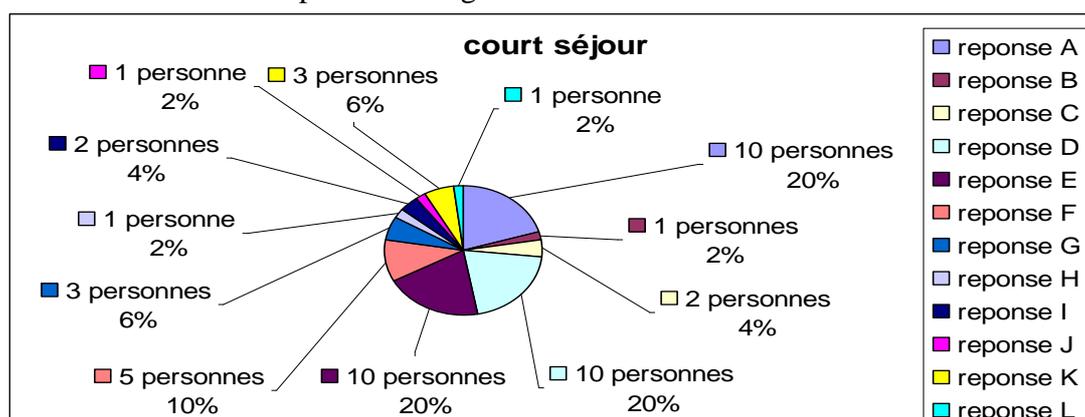
Or, une réflexion serait nécessaire avant toute pose d'un palliatif absorbant : pourquoi la personne a-t-elle souillé son lit , avait-elle la sonnette en main, l'équipe a-t-elle eu le temps d'intervenir avant « l'incident » ?.

- En court séjour, seulement 2 % des soignants n'utilisent de protection que si le patient l'accepte et 5% en fonction de la demande du patient et en gériatrie, aucune remarque similaire n'a été formulée. Ainsi, très peu de personnel répondent au choix du patient et prennent en considération ce choix, ce qui n'est pas en conformité avec la charte du patient.

Par ailleurs, deux réponses m'ont particulièrement interpellé :

- Gériatrie, réponse D : « si la personne doit aller souvent aux toilettes ». Serait-ce parce que cette demande solliciterait trop le personnel par rapport à sa disponibilité ?.
- Court séjour, réponse C : « dès lors que la personne est démente ». La personne interrogée fait-elle un parallèle entre démence et incontinence ?. Le cas échéant, pourquoi ?. Serait-ce par manque de connaissance ou par habitudes du service ?. Néanmoins, cette personne a le mérite de soulever une réelle question, la question de la gestion de l'incontinence chez une personne incontinente.

6) Quels sont les moyens dont vous disposez au sein de votre établissement pour prévenir et palier l'incontinence de la personne soignée ?



Réponse A : accompagnement aux WC à heures fixes

Réponse B : tournée régulière

Réponse C : grille mictionnelle

Réponse D : changes complets et alèzes

Réponse E : slips filet et changes anatomiques

Réponse F : proposer le bassin

Réponse G: demander régulièrement à la personne si elle a besoin d'aller aux toilettes

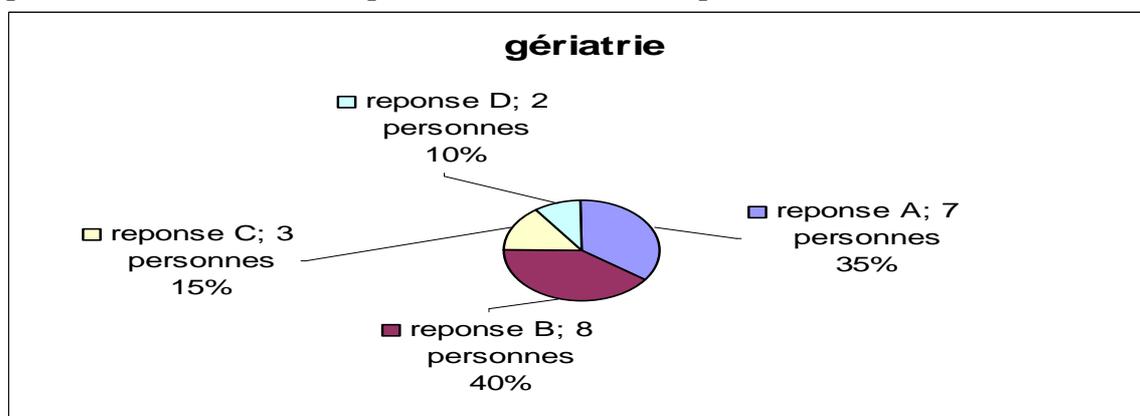
Réponse H: mettre la sonnette à disposition

Réponse I: séance de rééducation

Réponse J : pose d'étuis péniens

Réponse K : pose de sondes urinaires

Réponse L : installation de la personne sur une chaise percée



Réponse A : chaise percée

Réponse B : accompagnement aux toilettes

Réponse C : protection anatomique

Réponse D : pose de bassin

- Nous constatons qu'il y a davantage de moyens cités en court séjour qu'en gériatrie (12 contre 4). Est-ce parce qu'il y aurait plus de moyens matériels et humains en court séjour qu'en gériatrie ?.

- En service de court séjour, 20 % des soignants accompagnent les patients aux toilettes à heures fixes alors qu'en gériatrie 40 % des soignants le font.

- En service de court séjour, seulement 2 % des soignants utilisent une chaise percée comme palliatif à l'incontinence alors qu'en gériatrie 37 % des soignants l'utilisent. Cette différence est-elle due au matériel qui différencierait d'un type de structure à l'autre ou aux pathologies qui différencieraient (les personnes étant plus indépendantes en court séjour) ?.

- En service de court séjour, 20 % des soignants utilisent des changes complets et 20 % utilisent des protections anatomiques et des slips filets alors que 15 % des soignants en gériatrie utilisent des protections anatomiques.

- En service de court séjour, 6 % des soignants proposent le bassin alors que 10 % en gériatrie le proposent.

- En service de court séjour 3 personnes estiment que la sonde urinaire est un moyen de pallier l'incontinence.

Rappelons que le sondage urinaire est un dispositif thérapeutique à haut risque infectieux, les statistiques démontrent un taux d'infection nosocomiale urinaire particulièrement important :

«

- **Court séjour**: 2,3 % des patients (41,7 % de toutes les Infections Nosocomiales acquises en court séjour)
- **Moyen séjour** : 4,7 % des patients (49 % de toutes les Infections Nosocomiales acquises en moyen séjour)
- **Long séjour** : 3,3 % des patients (38 % de toutes les Infections Nosocomiales acquises en long séjour)

Enfin il faut insister sur le rôle primordial que joue la sonde urinaire dans la survenue de ces infections. Il est incontestable que la présence d'une sonde urinaire accroît considérablement le risque de développer une infection. L'enquête de prévalence nationale 2001 donne une prévalence plus importante de ces infections chez les patients sondés : 18,5 % pour les patients sondés contre 1,4 % chez les patients qui ne le sont pas »¹

En service de court séjour, de nombreuses réponses pertinentes ont été formulées de manière isolées :

- L'utilisation de l'étui pénien, qui offre un meilleur confort au patient et évite les risques de macération et d'altération de l'état cutané.

- La sonnette est également un des moyens cités, en effet, en cas de besoins urgents, elle est le « lien » fondamental entre le patient et les soignants .

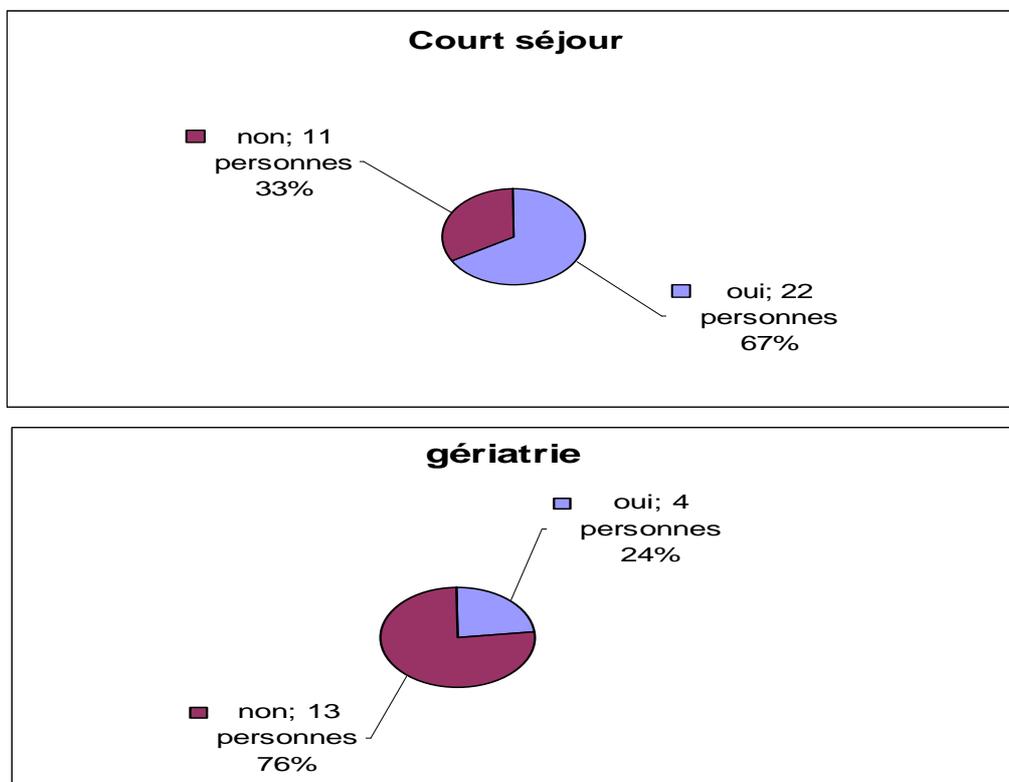
- Un des moyens faiblement cité est le fait de demander régulièrement au patient si il a besoin de se rendre aux toilettes.

De manière générale le moyen le plus utilisé pour pallier l'incontinence est l'accompagnement aux toilettes et c'est en gériatrie que ce moyen semble être usité en grande partie .

¹Conférence de consensus, infection urinaire nosocomiale chez l'adulte 2002 – cclin ouest www.cclin-sudouest.com/recoword/sondagew2.doc

7) Pensez-vous prendre en charge de manière optimale l'incontinence au sein de votre service ?

- oui
- non

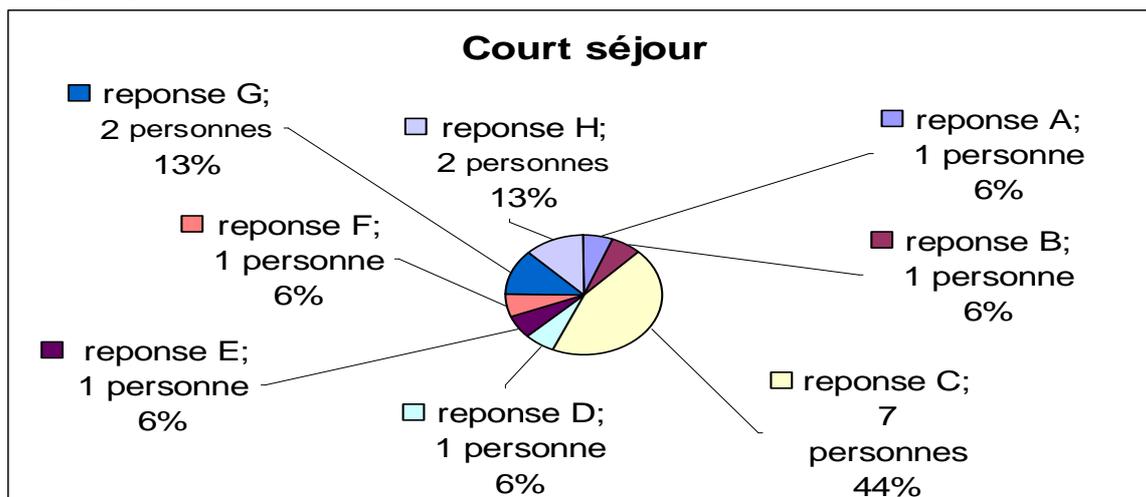


67 % des soignants en court séjour estiment prendre en charge de manière optimale l'incontinence, alors qu'en gériatrie, 76 % estiment le contraire .

Dans les deux types de structures, les résultats s'opposent fondamentalement .

Ce résultat est surprenant car la gériatrie est un secteur habitué à la prise en charge de la personne âgée et de l'incontinence. Serait-ce lié à un manque de formation ou pourrait-il être lié au sentiment d'impuissance des soignants en gériatrie face au vieillissement naturel et inéluctable des patients ?

Si oui pourquoi ?



Réponse A : car il existe des formations pour la prise en charge de l'incontinence

Réponse B : les moyens humains sont suffisants

Réponse C : le matériel est adapté et suffisant

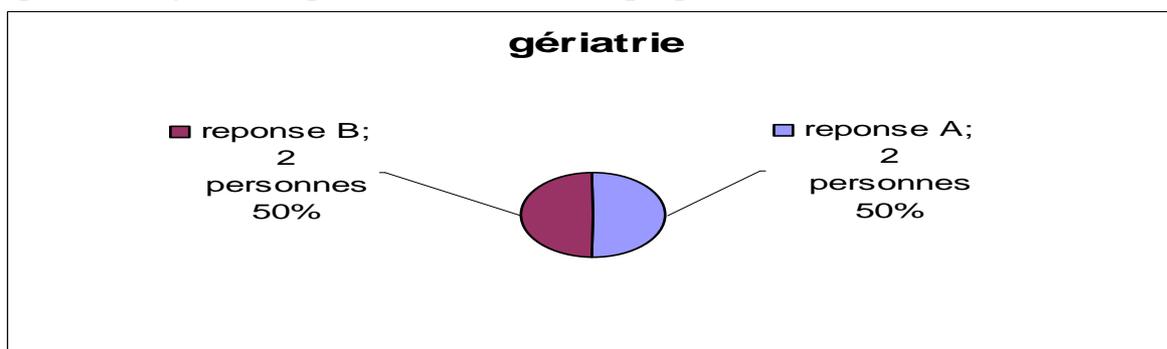
Réponse D : le change n'est pas nécessaire pour les personnes pouvant demander le bassin

Réponse E : tous les soins nécessaires sont effectués

Réponse F : il y a un passage régulier dans les chambres

Réponse G : les transmissions le permettent

Réponse H : il faut s'adapter aux besoins de chaque personne



Réponse A : car il y a des changes réguliers

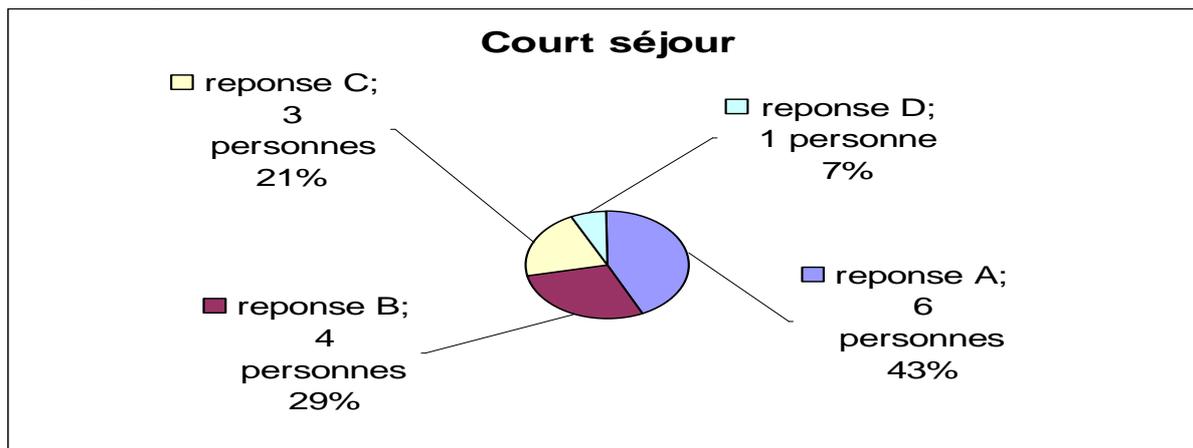
Réponse B : car les protections sont adaptées aux besoins des patients

Autant de personnes ayant répondu « oui » à la question, en court séjour et en gériatrie, pensent que les protections sont adaptées aux besoins des patients.

En court séjour, 13 % des soignants estiment que les transmissions permettent une prise en charge optimale de l'incontinence et 13 % estiment qu'il faut s'adapter aux besoins des patients.

Plusieurs réponses isolées ont été formulées en court séjour qui permettent aux soignants interrogés d'affirmer une prise en charge efficace de l'incontinence. Ces réponses semblent témoigner de moyens plus importants en court séjour (formations et moyens humains suffisants cités).

Si non pourquoi ?

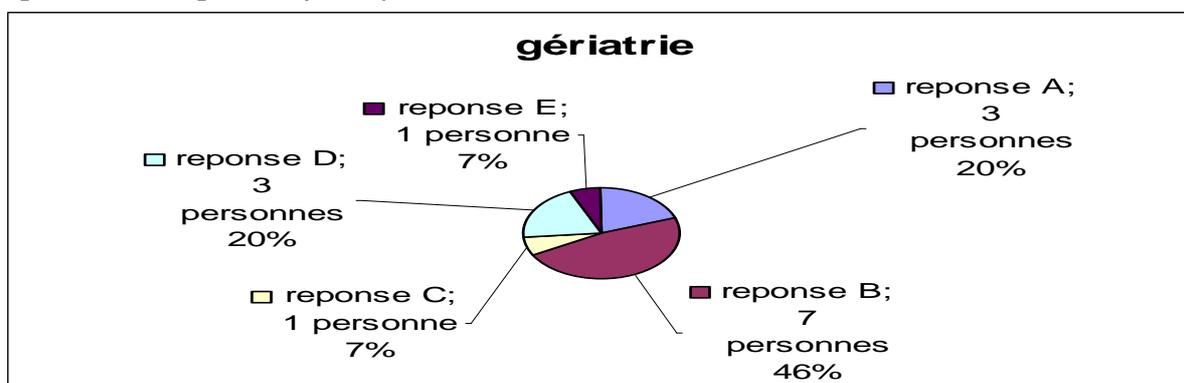


Réponse A : par manque de personnel

Réponse B : manque de temps

Réponse C : manque de moyens

Réponse D : on peut toujours faire mieux



Réponse A : manque de personnel

Réponse B : manque de temps

Réponse C : accompagnement aux toilettes non régulier

Réponse D : privilégier le confort des soignants

Réponse E : les changes sont mis systématiquement

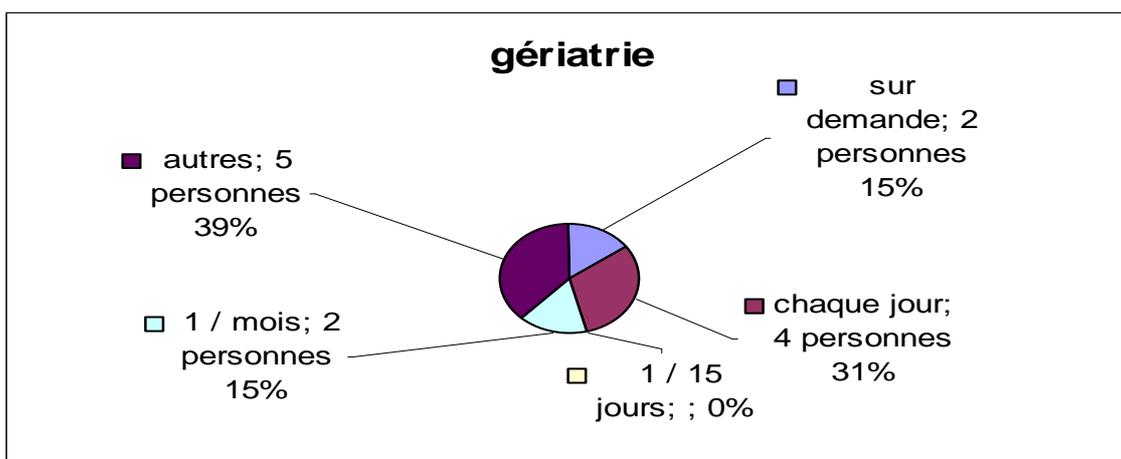
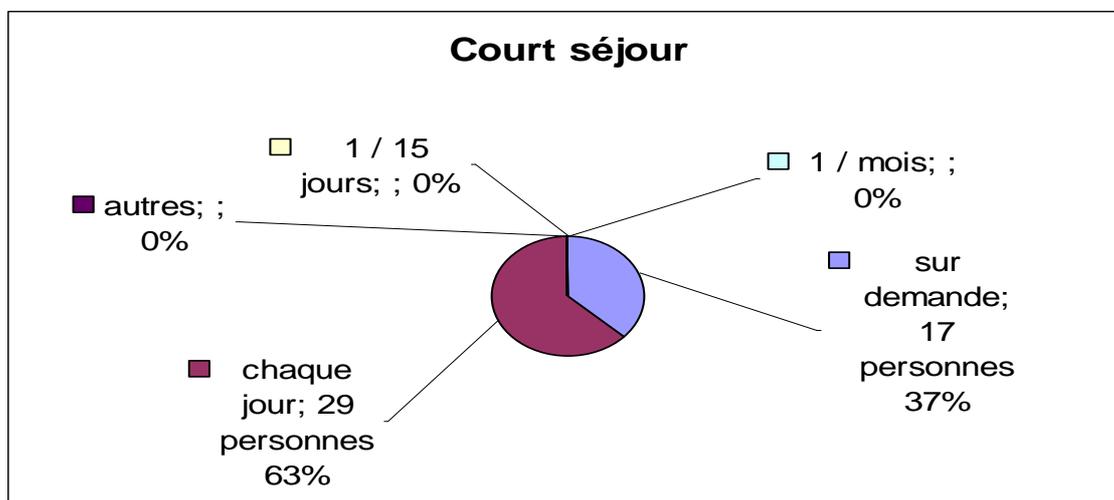
Concernant les soignants qui ont répondu « non » à la question, les réponses données sont similaires en gériatrie et en court séjour . Le manque de temps et le manque de personnel semble être les facteurs les plus marquants .

En gériatrie 20 % des soignants estiment que le confort des soignants est privilégié par rapport à la prise en charge efficace de l'incontinence., 7% avouent ne pas accompagner les patients aux toilettes régulièrement et 7 % nous disent que les changes sont mis de manière systématique .

De manière générale la prise en charge de l'incontinence semble poser davantage de difficultés en gériatrie.

8) A quelle fréquence réévaluez-vous l'incontinence de la personne soignée ?

- selon la (ou les) demande(s) de la personne soignée
- chaque jour
- tous les jours
- tous les mois
- autres



Autres :- sur avis des autres membres de l'équipe

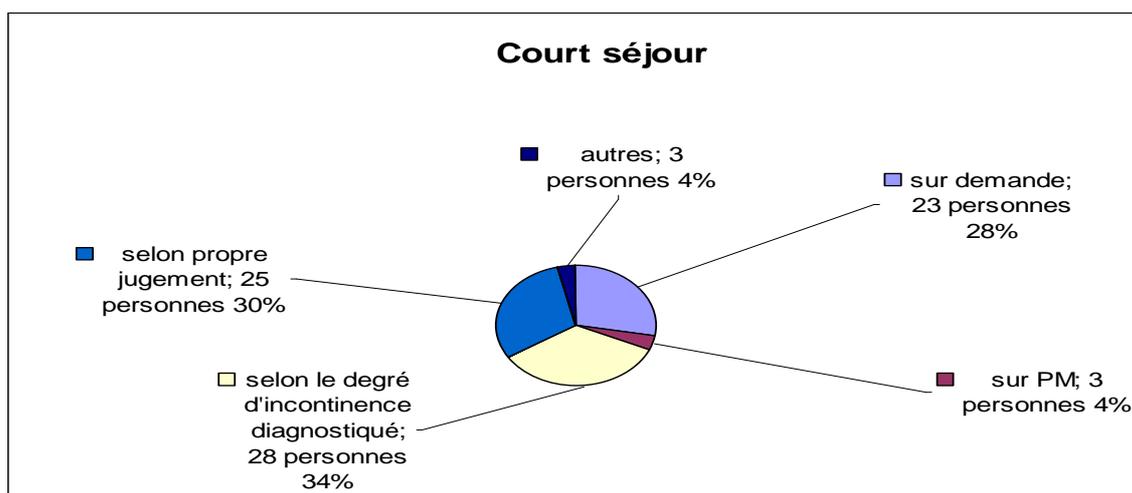
En court séjour la majorité des soignants réévalue l'incontinence de la personne soignée tous les jours alors qu'en gériatrie la majorité réévalue après concertation avec l'équipe. 31 % réévaluent chaque jour l'incontinence en gériatrie.

En court séjour 37% réévaluent à chaque fois que le patient exprime une demande alors qu'ils sont 15% à le faire en gériatrie.

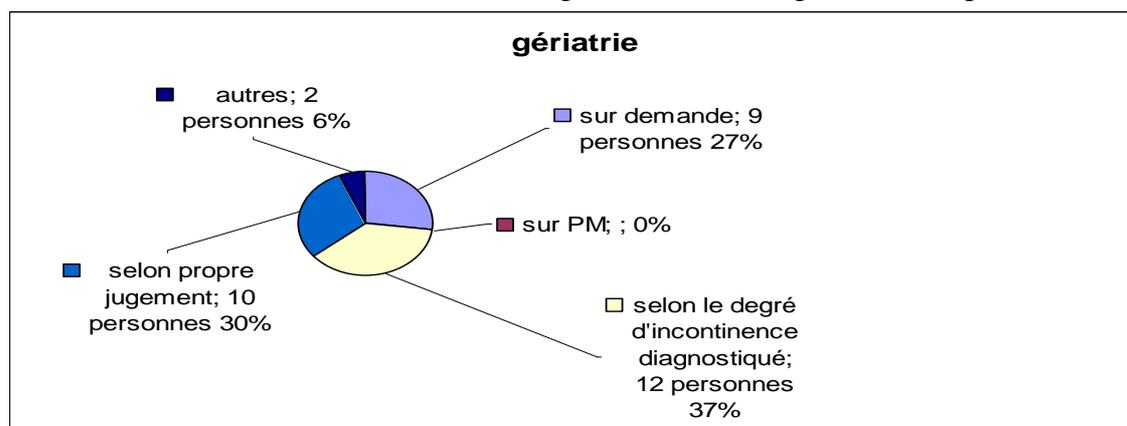
De manière générale il semble qu'en service de court séjour la réévaluation de l'incontinence intègre davantage le patient au quotidien selon ses propres demandes.

9) Comment réévaluez-vous la nécessité de l'utilisation et du choix d'une protection anatomique ?

- selon la (ou les) demande(s) de la personne soignée
- Selon la prescription médicale
- Selon le degré d'incontinence diagnostiquée
- Selon votre propre jugement
- Autres.....



Autres : selon les discussions entre collègues ; selon l'état général de la personne ;



Autres : après consultation de l'équipe

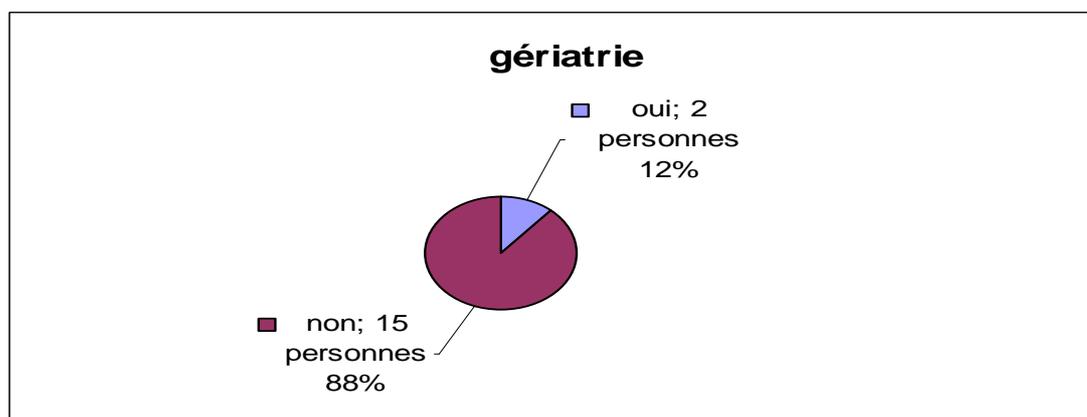
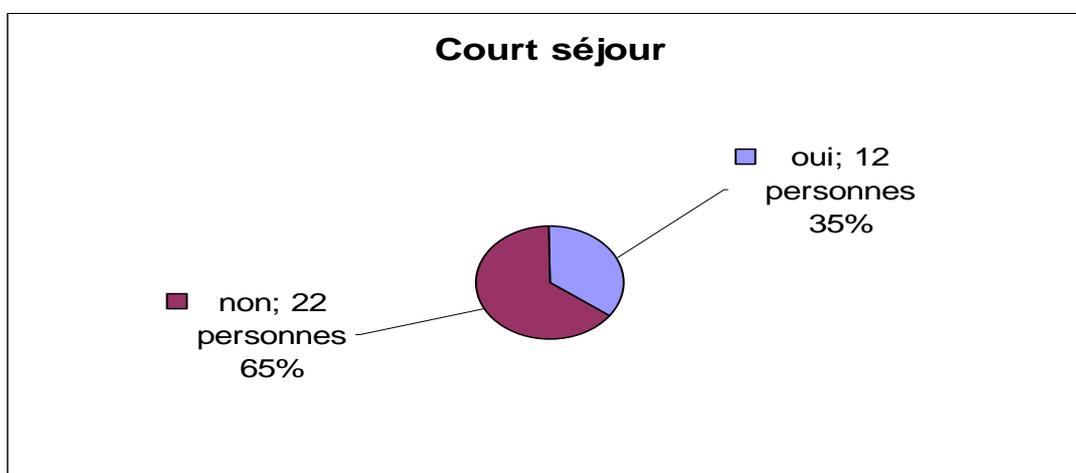
A cette question les réponses données en court séjour et en gériatrie sont sensiblement les mêmes. Seuls 4 % en court séjour réévalue la nécessité d'une protection anatomique sur prescription médicale.

La majorité des soignants choisissent d'utiliser une protection selon le degré d'incontinence. Une proportion identique de soignants choisit d'utiliser une protection selon la demande exprimée par le patient.

De manière générale le choix et la nécessité d'une protection anatomique pour un patient incontinente semblent dépendre de son degré d'incontinence.

10) Demandez-vous systématiquement l'accord à la personne soignée (démence ou non) pour la pose de protection anatomique ?

- oui
- non



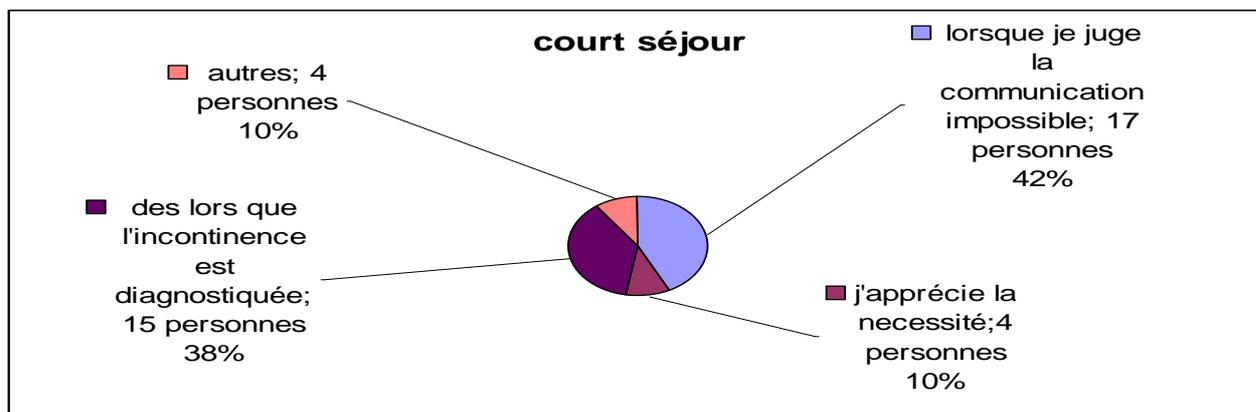
Ces résultats sont surprenants car dans les deux types de structures, en majorité, les soignants ne demandent pas l'accord de la personne soignée pour lui poser une protection anatomique. Quelles que soient les raisons, il est important de s'interroger sur des pratiques devenues habituelles et pour lesquelles le patient perd une partie de ces possibilités de décision le concernant .

« ...Le malade, le blessé, la femme enceinte, accueilli en établissement de santé ou suivi en hospitalisation à domicile ainsi que la personne âgée hébergée est une personne avec des droits et des devoirs. Elle ne saurait être considérée uniquement ni même principalement du point de vue de sa pathologie, de son handicap ou de son âge.. . Les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie.¹ »

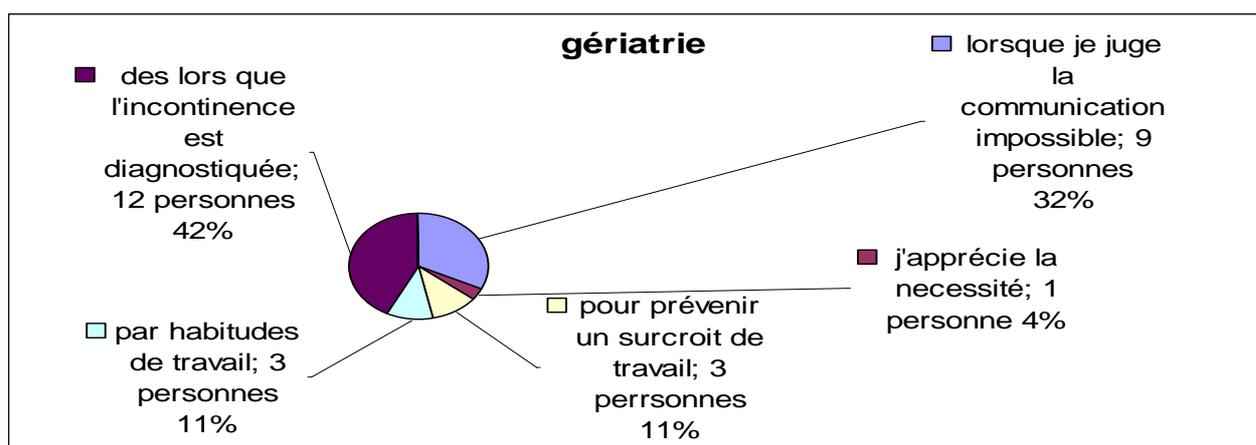
¹ Charte du patient hospitalisé

Si non pourquoi ?

- lorsque je juge la communication impossible
- j'apprécie personnellement la nécessité d'une protection anatomique
- pour prévenir un surcroît de travail
- par habitude de travail
- dès lors que l'incontinence est diagnostiquée
- autres



Autres : je le demande au cas par cas ; non si c'est une fin de vie ; non mais le patient est informé



- Dans les deux types de structures, les deux réponses majoritaires pour ne pas demander l'accord à la personne soignée pour la pose d'une protection sont la communication jugée impossible et dès lors que l'incontinence est diagnostiquée.

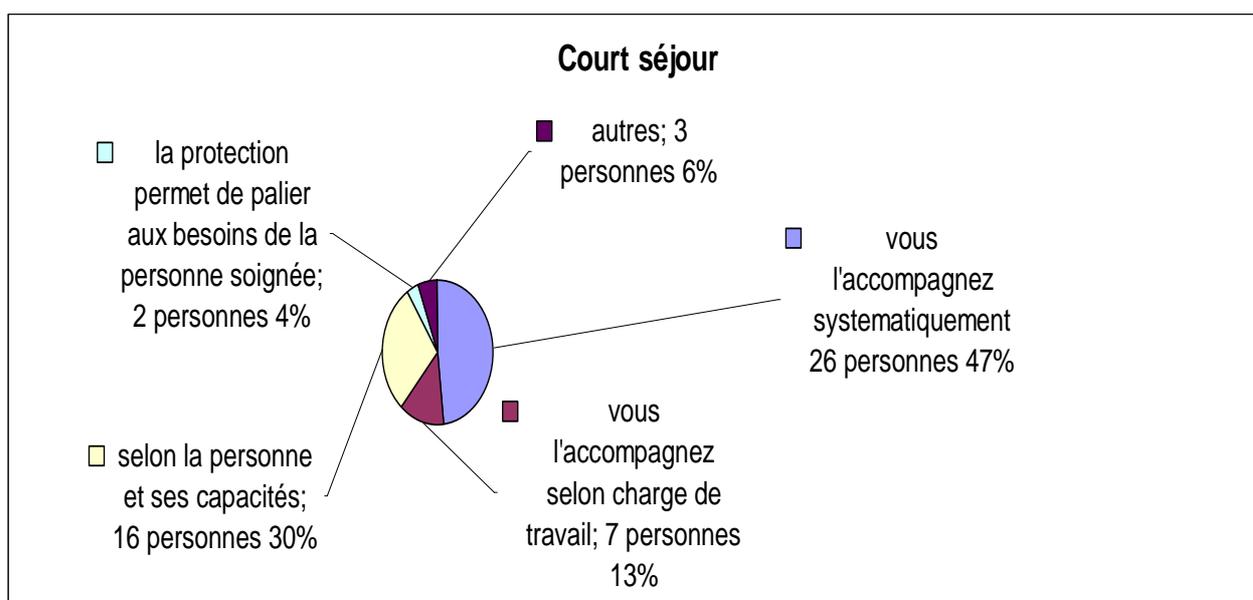
En gériatrie 11% avouent ne pas demander l'accord au patient par habitude de travail et 11% pour le confort des soignants.

- En court séjour certains soignants ne demandent pas l'accord au patient lorsqu'il est en fin de vie, certains soignants ne demandent pas l'accord mais informent tout de même le patient qu'une protection lui sera posée.

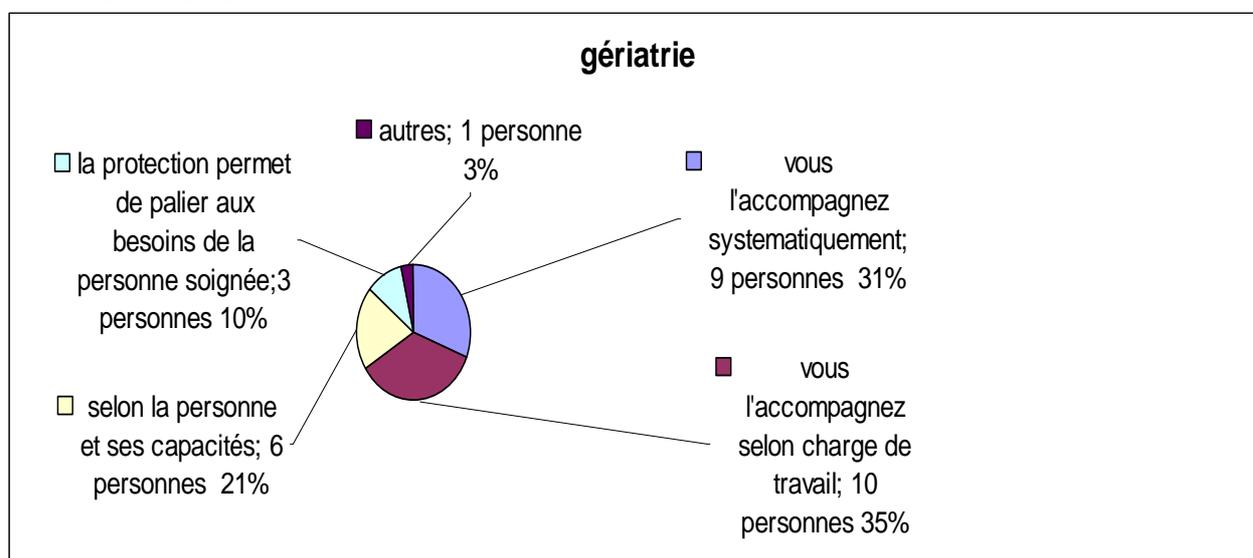
- De manière générale, très souvent, le patient n'a pas la possibilité de donner son accord à la pose d'une protection anatomique.

11) Lorsqu'une personne porteuse d'une protection anatomique vous sollicite pour aller aux toilettes :

- vous l'accompagnez systématiquement
- vous l'accompagnez selon votre charge de travail
- vous appréciez la situation selon la personne et ses capacités
- vous estimez que la protection anatomique permet de pallier aux besoins de la personne soignée
- autres.....



Autres : je lui propose le bassin



Autres : Parfois nous sommes obligés de dire à la personne d'uriner dans son change par manque de temps

- En court séjour, 28 soignants, soit 47%, accompagnent systématiquement le patient aux toilettes lorsqu'il le demande, alors qu'en gériatrie seulement 31 % des soignants répondent à cette requête.

- En gériatrie 35 % l'accompagnent selon l'importance de la charge de travail alors qu'en court séjour seuls 13 % des soignants ont répondu en fonction de leur charge de travail.

Le manque de personnel semble toucher davantage les services gériatriques ce qui occasionne en grande partie les préjudices liés à l'incontinence et au port de protections anatomiques qui sont subis par le patient.

- En gériatrie 3% des soignants avouent être obligés de dire aux patients d'uriner dans leurs changes par manque de temps .

- En court séjour 30 % des soignants évaluent les capacités du patient pour l'accompagner aux toilettes et en gériatrie 21 % des soignants les évaluent.

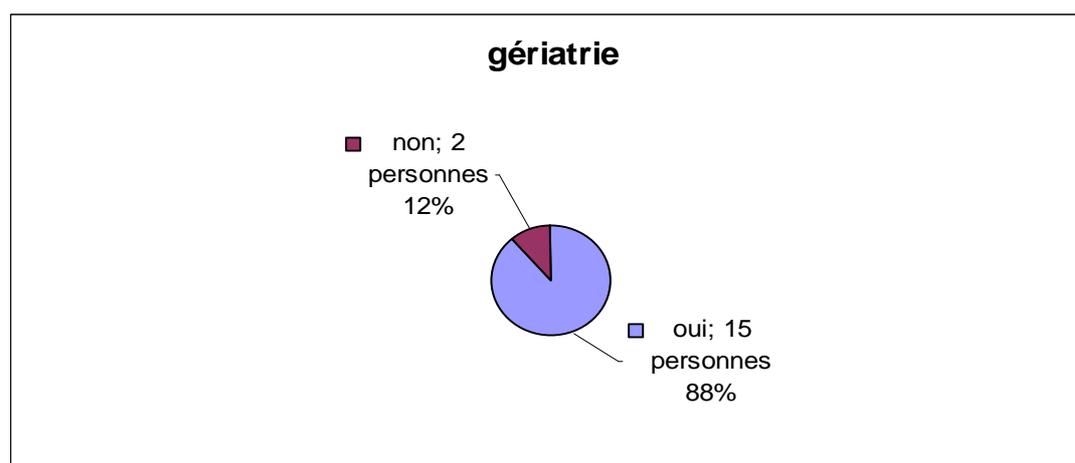
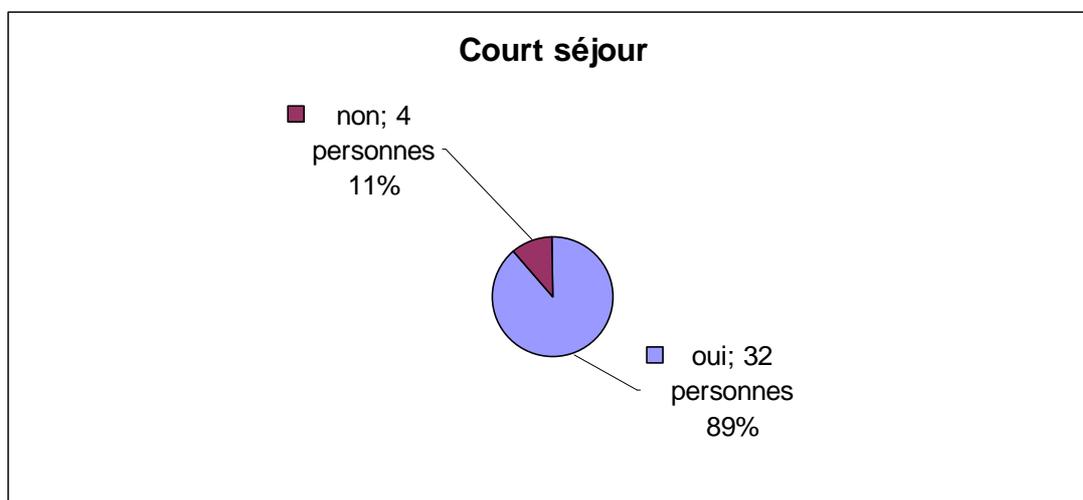
Là encore, le manque de temps et de personnel en gériatrie semble être ressenti par les soignants.

- En court séjour 4 % des soignants pensent que la protection portée par le patient se suffit à elle-même pour combler les besoins du patient. En gériatrie, 10% des soignants pensent la même chose .

Les changes complets ou protections anatomiques sont des palliatifs absorbants dont l'impact psychologique est fort dans la conscience collective, la dignité de la personne soignée doit être préservée. L'accès aux toilettes ou tout au moins au bassin (selon les circonstances) doit être privilégié car cela permet au patient de récupérer ou conserver son degré initial d'autonomie.

12) Pensez-vous que des soignants peuvent dans certains cas induire une incontinence chez une personne qui était jusqu'alors continente ?

- oui
- non



Les résultats de cette question sont quasiment identiques pour les deux types de structures.

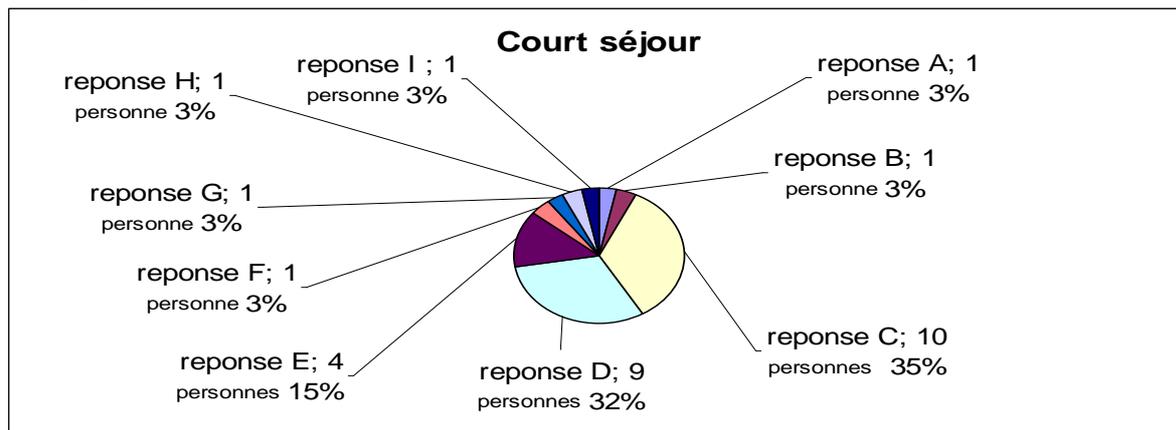
La majorité des soignants ont pleinement conscience qu'une incontinence peut s'installer lors de l'hospitalisation ou de l'hébergement par une mise en place de changes complets ou protections anatomiques, de manière répétitive, prolongée et non réévaluée .

Le patient peut se retrouver dans un contexte de résignation, voire de fatalité, ou encore ne plus se sentir maître de son corps et laisser alors le soignant le prendre en charge intégralement.

Cette incontinence installée en milieu de soins et par le fait de soins inappropriés pourrait elle être considérée, au même titre qu'une infection nosocomiale, comme une

« Incontinence nosocomiale » ?

Si oui pourquoi ?



Réponse A : oui dès lors que l'on ne connaît pas encore le patient

Réponse B : oui en créant une dépendance qui n'existait pas jusqu'alors

Réponse C : par manque de dialogue, de temps de personnel et de surcharge de travail

Réponse D : par habitude de travail, pour le confort du soignant

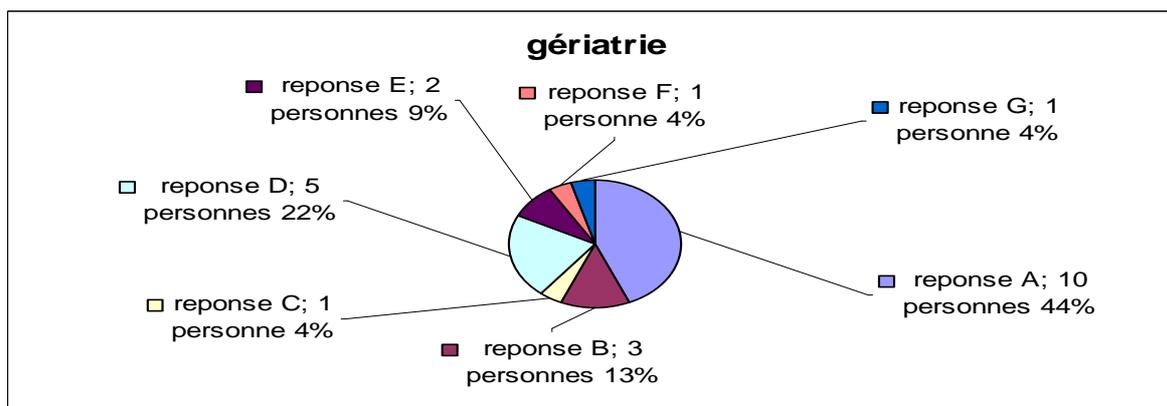
Réponse E : si l'état général du patient est d'emblée altéré

Réponse F : en mettant systématiquement des changes complets

Réponse G : si il n'y a pas de réévaluation

Réponse H : selon l'attitude des soignants (peu aimables, agressifs) car les patients n'osent pas demander à aller aux toilettes

Réponse I : dès lors qu'il n'y a pas de réponse à la demande



Réponse A : manque de temps

Réponse B : manque de personnel

Réponse C : pas suffisamment de tournée

Réponse D : en ne leur proposant pas d'aller aux toilettes

Réponse E : par manque de moyens

Réponse F : en disant à la personne que sa « couche » est là pour ça

Réponse G : par confort pour les soignants

- En gériatrie, 57% des soignants pensent que le manque de temps (44%) et le manque de personnel (13%) peuvent être responsables de l'incontinence induite par les soignants
- En court séjour, 35 % des soignants ont également donné cette opinion.
- En court séjour, 32% des soignants pensent qu'une incontinence peut être induite par le fait des habitudes de travail ou en privilégiant le confort du soignant, contre seulement 4% en gériatrie.

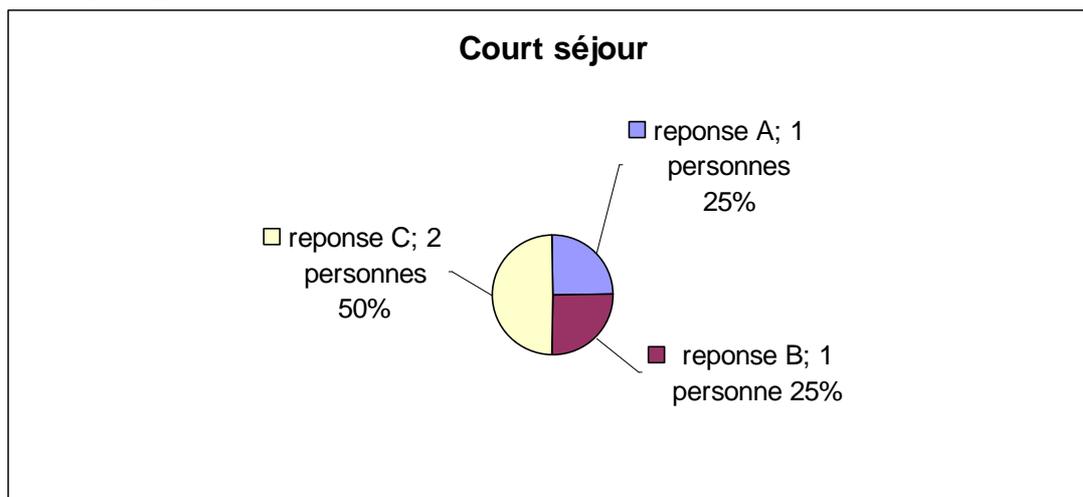
- En court séjour une des réponses donnée concerne l'attitude des soignants : Réponse H: « selon l'attitude des soignants (peu aimables, agressifs) car les patients n'osent pas demander à aller aux toilettes ».

Dans certaines situations le patient peut être amené à ne plus oser exprimer ses besoins tant le sentiment de « gêner » le soignant est ressenti. Ces situations sont inacceptables et doivent faire l'objet d'une réflexion individuelle sur la pratique soignante.

- Une autre réponse donnée concerne le fait de ne pas répondre aux demandes d'un patient, en effet, un patient qui ne peut se rendre seul aux toilettes nécessite une aide à laquelle chaque soignant doit être en mesure de répondre car le patient peut être amené à lâcher prise à long terme, ne plus solliciter les soignants et privilégier l'utilisation de changes.

La connaissance du patient, de sa pathologie, de son vécu, de ses habitudes de vie, est nécessaire pour prendre en charge et / ou prévenir une incontinence dans le respect de la dignité et de ses choix. Un recueil d'informations minutieux à l'admission de la personne ainsi que l'utilisation des transmissions sont alors des outils essentiels.

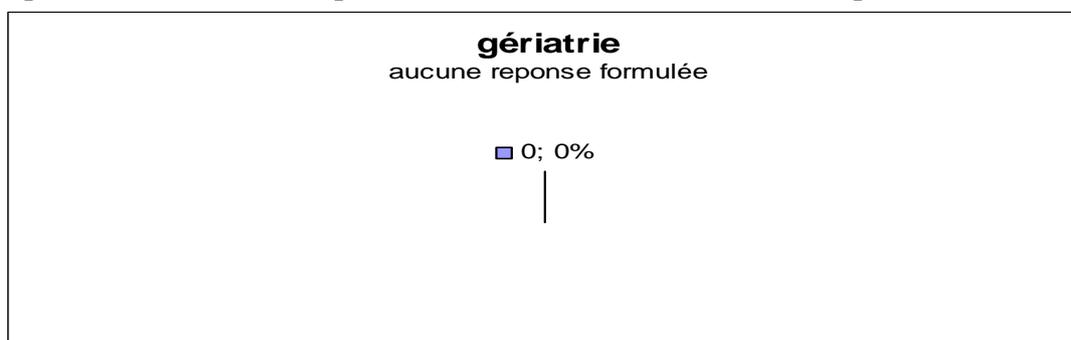
Si non pourquoi ?



Réponse A : il n'y a pas d'incontinence psychologique

Réponse B : non car il y a un suivi du patient et de son élimination au jour le jour

Réponse C : cela n'arrive pas si le travail est réalisé de manière optimale



Seuls des soignants exerçant en court séjour ont répondu à cette question.

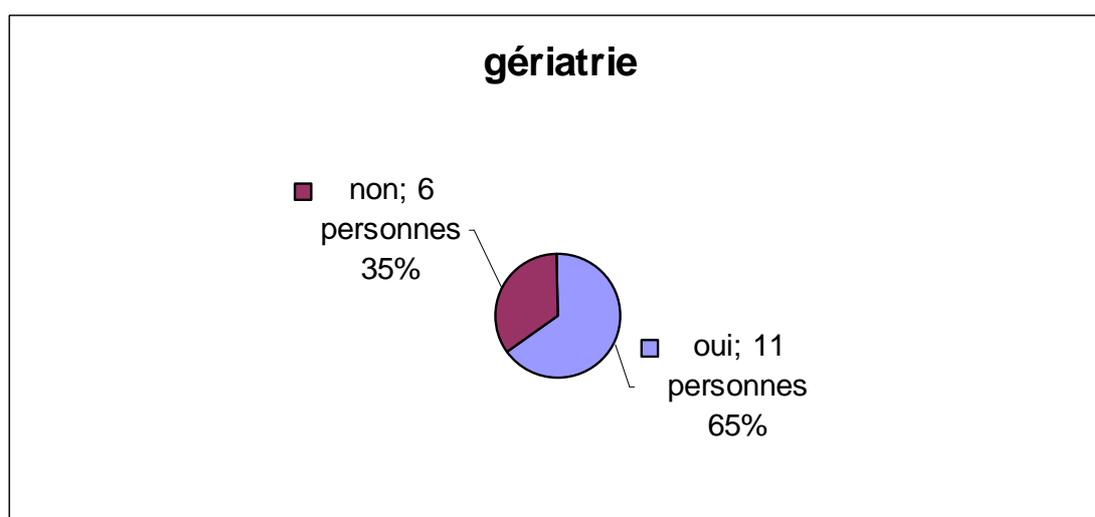
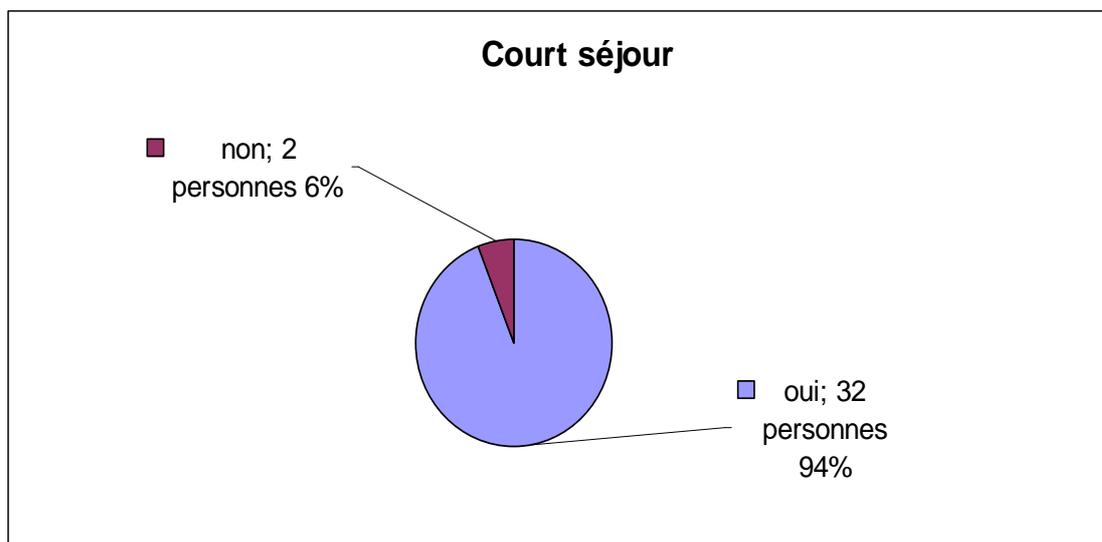
1 personne a interprété le thème de ce questionnaire avec une notion « d'incontinence psychologique ».

1 personne estime que l'élimination des patients est suivie quotidiennement et que donc les patient ne peuvent devenir incontinent par le fait des soignants.

2 personnes estiment cela n'arrive pas dès lors que le travail est réalisé de manière optimale. Ce qui laisse penser que dès lors que le travail n'est pas réalisé au mieux, l'incontinence peut effectivement être dans certains cas, du fait des soignants.

13) Concernant les changes complets, pensez vous utiliser une technique de pose optimale ?

- oui
- non

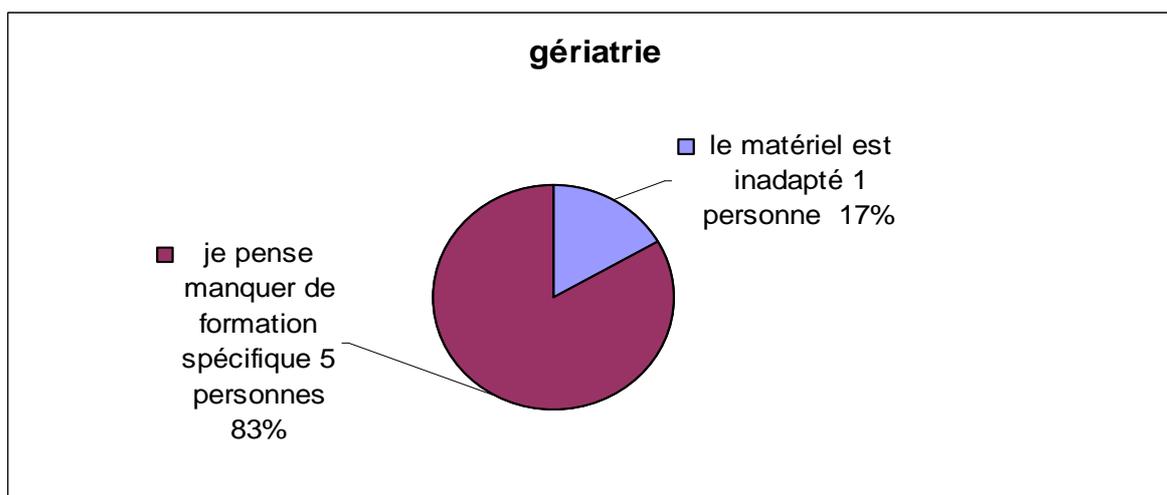
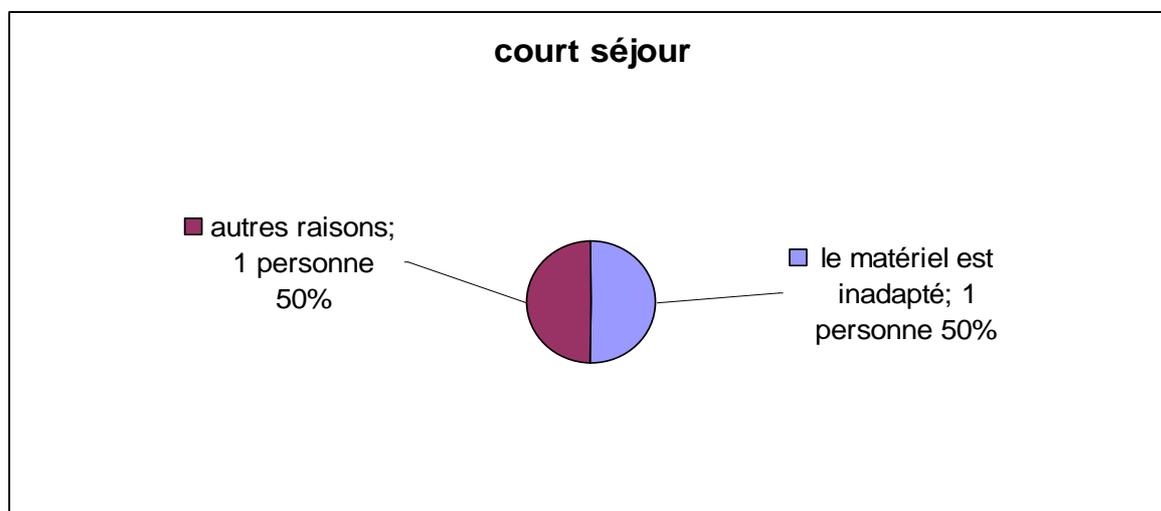


Dans les deux types de structures, la majorité des soignants pensent avoir une technique de pose optimale concernant les changes complets. Toutefois, 35% des soignants en gériatrie pensent ne pas maîtriser la technique de pose optimale contre seulement 6% en court séjour. Au vu des résultats, je pense que la question posée, n'était pas suffisamment précise et incitait davantage à une réponse « oui ».

Dans de nombreux établissements où j'ai pu travailler il m'est arrivé de constater des poses de changes inadaptées dont le soignant de toute bonne foi n'en avait pas systématiquement conscience faute de formation spécifique.

Si non pourquoi ?

- le matériel est inadapté
- je pense manquer de formation spécifique
- autres

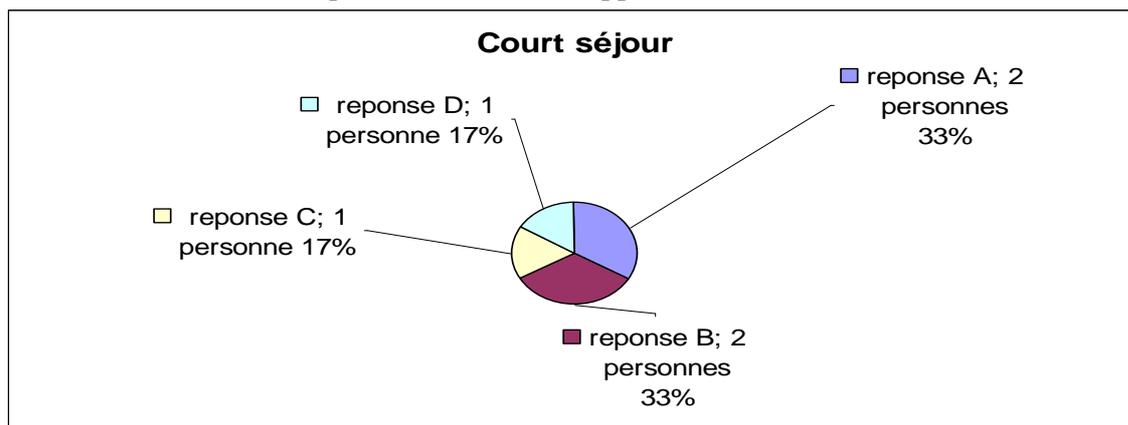


Parmi les personnes ayant répondu « non » à la question, 5 personnes estiment manquer de formation spécifique en gériatrie et aucune en court séjour.

Serait-ce parce que la gériatrie serait un secteur où la pénurie en personnel rend plus difficile l'accès à diverses formations pour le personnel soignant en place ?

Dans chacun des deux types de structures, une personne estime que le matériel est inadapté à la pose des changes complets.

14) Avez-vous des remarques ou réflexions à apporter sur ce thème ?

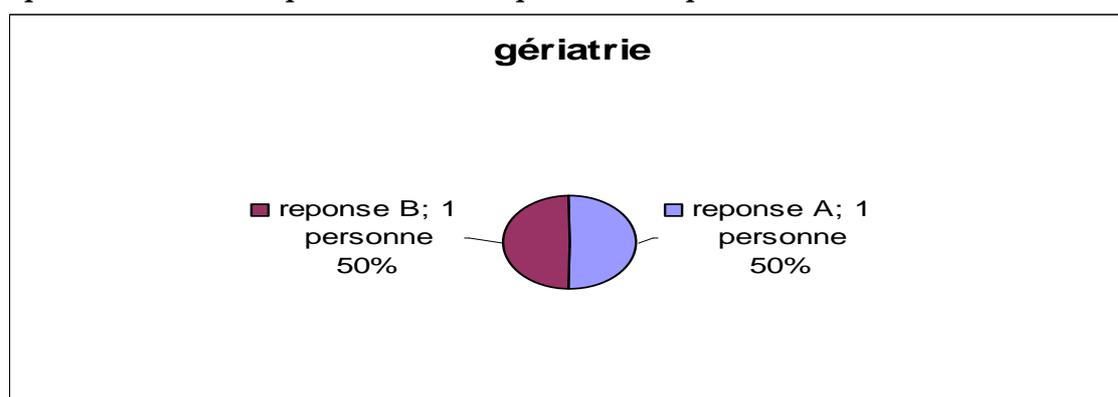


Réponse A : un plus large choix dans les tailles

Réponse B : questions posées ont été trop évasives

Réponse C : ne pas appeler les changes « couches » devant la personne, cela infantilise et peut gêner

Réponse D : tenir compte des choix des patients et répondre à leurs demandes



Réponse A : il faudrait avoir comme priorité, la mise aux toilettes régulière plutôt que les changes réguliers.

Réponse B : les incidences sont nombreuses, risque de blessures par le port de slip filet non adapté, risque de plaies, dues à la macération dans les selles ou les urines.

En court séjour ainsi qu'en gériatrie les remarques ont été pertinentes, car concernant le problème de taille des changes, cela dépend du fournisseur et des ses divers produits, mais aussi de la communication mise en place avec l'équipe soignante pour définir les réels besoins en matière de produits mais aussi de connaissances.

Concernant la notion de « couches », cette remarque démontre clairement que les mots employés devant un patient sont importants et peuvent à plus ou moins long terme être la cause de souffrances psychologiques.

La mise aux toilettes régulière plutôt que les changes réguliers permet un maintien de l'autonomie, de la dignité du patient, ce qui à long terme devient un gain de temps pour les soignants contrairement à la dépendance instaurée par les changes tout au long de la journée et aux multiples risques de lésions .

CONCLUSION

Prendre soin et non faire des soins est une première partie de la réflexion nécessaire à la prise en charge de la personne âgée, qu'elle soit incontinente ou non.

Cette enquête a démontré des différences de prise en charge entre les secteurs de courts séjours et les secteurs de gériatrie. Ces différences sont le plus souvent liées au manque de moyens matériels et humains. En effet le manque de temps est fréquemment cité en gériatrie et est en corrélation directe avec le manque de personnel dont souffre la gériatrie.

Le travail en gériatrie est différent de celui des services hospitaliers plus classiques, la prise en charge de la dépendance des personnes soignées est lourde et récurrente.

Il est du ressort des décisions politiques de créer davantage de postes de soignants dans ces secteurs et ce afin de permettre une prise en charge digne de la personne soignée.

De plus, les services de courts séjour semblent (d'après les soignants) bénéficier de davantage de moyens matériels, ce qui leur permettent de répondre plus facilement aux demandes exprimées par les patients.

Cependant le manque de moyens ne doit pas être la cause de dérives aboutissant à des formes de maltraitances dites passives ou institutionnelles. Les principes de la charte du patient hospitalisé doivent être préservés : « ... Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.... La personne hospitalisée est traitée avec égards.** Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.... »¹. Dans tous les cas, une réflexion doit être menée fréquemment tant sur les habitudes de service dans tous les soins directs et indirects ainsi que sur le dialogue et l'écoute envers les patients, ces points devraient systématiquement faire l'objet d'un projet d'établissement.

Concernant le choix d'un palliatif absorbant, je pense avant tout qu'il ne suffit pas qu'il y ait ou non une incontinence, pour que le soignant opte pour cette solution, comme la question n°9 de l'enquête nous le démontre. Le soignant doit pouvoir permettre au patient de rester maître de ses choix, ce qui sous-entend que même en cas de refus significatif du port d'une protection, c'est bien la décision du patient, le concernant, qui doit être respectée.

En effet cette enquête démontre que bien trop souvent les soignants optent pour un change complet ou une protection anatomique alors que bien d'autres produits efficaces et peu coûteux existent, telles que les coquilles absorbantes qui limitent les risques de lésions cutanées et sont moins saillantes que les changes complets ou autres protections anatomiques ou encore les étuis péniens qui évitent l'humidité, la macération, les odeurs, qui permettent une autonomie au quotidien et assure une protection discrète.

Avant de diffuser mon questionnaire je me suis entretenu avec le cadre d'un service de médecine, qui s'étonnait de ne jamais constater l'utilisation des étuis péniens par son équipe soignante.

¹ Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée / <http://www.ch-colmar.fr/charte-du-malade.htm>

Préserver l'autonomie de la personne soignée doit être un objectif fondamental et l'accompagnement de la personne soignée aux toilettes est à privilégier. Sur le plan biologique, l'élimination urinaire et fécale est favorisée en position assise, cela diminue le risque de constipation. Sur le plan psychologique, cela permet une participation active de la personne soignée, l'intègre à sa propre prise en charge, évite une perturbation de l'estime de soi et le sentiment de dévalorisation.

La réévaluation du soin et le questionnement de la nécessité du dispositif utilisé, par des outils tels que la grille mictionnelle et l'écoute des demandes du patient, doivent permettre une prise en charge plus précise et adaptée et à long terme, une prise de conscience des équipes soignantes quant au gain de temps et de quantité de charge de travail.

Des formations spécifiques, théoriques et pratiques, sont un moyen efficace, non seulement de former des professionnels, mais aussi de les sensibiliser sur l'impact psychologique que peut générer certains soins. Des formations telles que celles proposées par les laboratoires, fabriquant les produits liés à l'incontinence, permettent de remettre à jour des connaissances sur les pathologies rencontrées, de recentrer le soignant sur ses croyances et idées reçues vis à vis des produits et de leur efficacité, d'apprendre ou de parfaire des gestes de soins ainsi que les techniques d'utilisation et de manipulation de ces produits.

Il est important de mettre en valeur tout le travail réalisé par les équipes soignantes pour palier et prévenir l'incontinence, afin qu'un réel projet d'établissement soit adapté à tous les besoins de la personne âgée et que ses choix, sa dignité et son intégrité physique soient respectées.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- CARPENITO, Lynda Juall, manuel de diagnostic infirmiers, Paris, éditions MASSON, 2003, 800 p.
- Le petit Larousse illustré, 2000, Paris, éditions Larousse, 1775 p.
- Larousse médical, 2004, Paris, éditions Larousse, 1219p.
- Nouveaux cahiers de l'infirmière, soins infirmiers au personnes âgées et géro-psycho-geriatrie, 3^{ème} éditions, Paris, édition MASSON, 252 p.

Articles :

- Soins service magazine N° 1, Paris, 2004, p. 1 à 11
- Mieux vivre l'incontinence, hygiène de l'incontinence, Paris, Hartmann, 37 p.
- Code de la santé publique, livre 4, titre 2 , chapitre 1^{er} relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Walter Hesbenn, Prépa.D.E. Infirmière N°8, santé publique et soins infirmiers éditions LAMARRE P.132

Internet :

- Code pénal / <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnArticleDeCode?commun=CPENAL&art=434-3>
- Définitions de l'incontinence / www.uropage.com
- La maltraitance / <http://www.termium.gc.ca/guides/juridi/files/853.html>
- ALMA France / [http://www.jidv.com/ALMA-JIDV2004_2\(2\).htm](http://www.jidv.com/ALMA-JIDV2004_2(2).htm)
- Sénat / <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-13.html>

- Pyramide des besoins selon Maslow / <http://www.membres.lycos.fr/papidoc/>
- Théorie des besoins de l'homme selon Maslow / <http://membres.lycos.fr/papidoc/573besoinsmaslow.html>
- Conférence de consensus, infection urinaire nosocomiale chez l'adulte 2002 – cclin ouest www.cclin-sudouest.com/recoword/sondagew2.doc
- Charte du patient hospitalisé/ <http://www.ch-erstein.fr/charte/chartepatient.html> ; <http://www.sante.gouv.fr/>
- Association française de protection et d'assistance aux personnes âgées / <http://www.afpap.org/>
- Les palliatifs absorbants / <http://www.agevillage.com/article-1309-2-Sante-pratique---prevention.html>

Documents non publiés :

- BRONNER Annie – la dignité du patient : un respect au quotidien – Colmar – 2001 – 49 p.
- FIEVIEZ Damien – la maltraitance des personnes âgées – Paris -2006 – 40 p.
- BARTHELOT Audrey – le respect de la dignité de la personne âgée en institution – Valence – 2004 – 21p.
- BROSSEAU Régis – accepter de vivre en maison de retraite – Cherbourg –Octeville – 2006- 20 p.

ANNEXES
ANNEXES

- I. Questionnaire
- II. Techniques de pose des palliatifs absorbants ¹
- III. exemple de grille mictionnelle²

¹ Mieux vivre l'incontinence/ hygiène de l'incontinence / guide conseil édité par le laboratoire HARTMANN

² Nouveaux cahier de l'infirmière, soins infirmiers aux personnes âgées et gériopsychiatrie 3^{ème} édition

TABLE DES MATIERES
TABLE DES MATIERES