

Évaluation des connaissances infirmières dans le cadre de l'incontinence urinaire (IU)

J. Poitoux
CHU Charleroi



Mars, 2006

Problème et recommandations IU

- Prise en charge inadéquate
 - Manque de connaissances
 - Attitudes inappropriées
 - Préjugés et idées fausses
- Implantation de programme d'amélioration continue
 - Approche multidisciplinaire
 - Évaluation
 - Individualisation du traitement

Buts de l'étude

- Mesurer la connaissance infirmière (IU)
- Cibler les connaissances déficitaires
- Sensibiliser à la prise en charge de l'I.U.

Composantes du problème

- Épidémiologie IU
 - Très répandu, 17 à 70% des patients hospitalisés
 - Femmes – Personnes âgées
- Paradoxe
 - Progrès dans gestion et traitement
 - Manque de prise en charge, conseils
- Pourquoi?
 - Patients : Tabou et gêne
 - Prestataires : Peu informés, minimalisation
 - Chercheurs : Manque de diffusion
 - Pouvoirs publics : Peu d'initiatives

Matériel et méthode (1)

- Population
 - Infirmiers des unités chirurgicales J/N
- Cadre
 - Étude descriptive
 - Évaluer connaissances
 - Analyser prise en charge
 - Étudier formation et besoin de formation

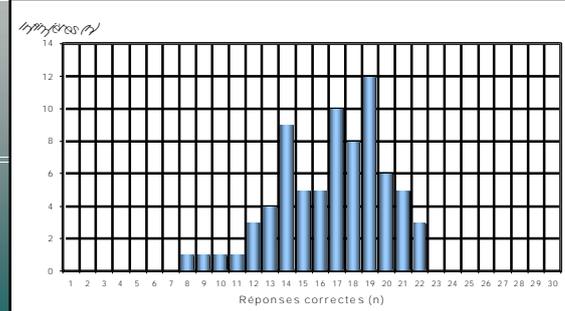
Matériel et méthode (2)

- Questionnaire de 35 questions
 - 30 questions fermées
 - 5 questions ouvertes
- 5 matières reprenant connaissances de base
 - Anatomie, physiologie, épidémiologie
 - Prise en charge, mise en situation clinique
- Récolte des données
- Analyse par SPSS
- % de certitude

Résultats de l'étude

- 15.12.03 au 30.12.03
- Unités de chir. CHU Charleroi (n = 7)
- Pop. 87 infirmières J/N
- n = 74 (85%)

Fréquence des réponses correctes



Définition épidémiologie - physiologie

- | | | |
|-------------------------|-----|-----------|
| • Définition I.U. (ICS) | 25% | 82 ± 19 % |
| • Risques chez la femme | 32% | 67 ± 24 % |
| • Rôle système nerveux | 30% | 37 ± 28 % |

Prise en charge infirmière

- Première étape prise en charge (68%)
- Traitement le moins invasif (30%)
- Évaluation de la continence (44%)
- Enregistrement IU au dossier infirmier (93%)
- Information IU au médecin (64%)

Définitions des termes médicaux

Questions	Réponses correctes (n/répondants)	Réponses correctes (%)	% de certitude ± SD
Q18A	21/74	33	47 ± 35
Q18B	66/74	89	84 ± 28
Q18C	47/74	64	77 ± 31
Q18D	37/74	50	69 ± 86

Légende : Q18A : Définition de pollakiurie
 Q18B : Définition de dysurie
 Q18C : Définition de ténésme vésical
 Q18D : Définition de impériosité
 % de certitude pour l'ensemble des répondants

Réponses concernant la formation et perspectives futures

Questions	Choix	Nombre	%
Q32	Oui	10/73	14
	Non	63/73	86
Q33	Oui	68/72	92
	Non	4/72	8
Q34	Oui	69/72	93
	Non	3/72	7

Légende : Q32: Avez-vous déjà suivi une formation sur l'I.U. ?
 Q33: Pensez-vous qu'une formation sur l'I.U. soit nécessaire ?
 Q34: Seriez-vous favorable à une organisation multidisciplinaire de l'I.U. ?

Discussion

- Pourcentage obtenu par thèmes
 - Définition 71,8%
 - Épidémiologie 57,9%
 - Physiologie 31,0%
 - Prise en charge 45,2%
 - Raisonnement clinique 57,2%
- Manque de procédures
- Peu de formation

Propositions

- Mise en place d'une véritable politique de la continence
 - Formation des infirmières
 - Création d'une fonction d'infirmière experte
 - Organisation d'une équipe multidisciplinaire intégrée
- Amélioration de la formation de base (Ecoles de Nursing)

Conclusion

- Constat identique aux autres études
- Besoins mis en évidence
 - Formation
 - Procédures
- Aspects positifs
 - Demande de formation
 - Personnel favorable à une structure multidisciplinaire

LETS GO !



Sensibilisation et formation du personnel

- Elles se réalisent au travers de deux structures
- 1. Groupe "des référents" : Un sur LV- Vésale
Un sur Civil- Châtelet- Psycho Gériatrie ES
- Composition: - 1 Inf. référente par unité
 - Cadre intermédiaire
 - Mr Lesoil
 - Me Lorent (statistiques)
 - Invités: Firmes
- Experts : hygiènes, médecins...
- But: Améliorer la prise en charge de l'IU par l'introduction de procédures de traitements et d'évaluation (IU aiguë et chronique)

- Objectifs: Mettre en place un programme qualité de prise en charge (patients réhabilitation)
 - Maximisation de la détection des problèmes d'incontinence
 - Cibler les patients à risque IU
 - Maintenir les objectifs institutionnels (coût et qualité) par optimisation de l'utilisation du matériel
 - Réduction des variations des pratiques professionnelles tout en maintenant la flexibilité et l'individualisation des soins.
- Organisation: Réunions en moyenne tous les deux mois.
 - Des thèmes sont abordés (étuis péniens, les soins aux incontinents, Bladder scan...)
 - Tableaux de résultats de consommations sont donnés par unité
 - La référente est chargée de transmettre les info's à son équipe
 - Un PV est rédigé pour chaque réunion

Sensibilisation et formation du personnel

- 2. Groupe GSIIU: Groupe de spécialistes en IU
Groupe institutionnelle et multidisciplinaire
- Composition: 2 médecins (1 Gériatre et 1 Urologue)
Mr. Lesoil, Me Bardiau
1 cadre intermédiaire
2 infirmiers
- Buts: Mettre en place une structure multidisciplinaire de prise en charge de l'IU
- Objectifs:
 - Organiser des formations adressées aux infirmières
 - Mettre en place des procédures de gestion de l'IU
 - Définir les étapes de la prise en charge de l'IU
 - Etablir des procédures afin d'évaluer et traiter le patient incontinant
 - Mettre en place des programme d'Information et éducation des patients et de leur famille
 - Evaluer les résultats obtenus en terme de satisfaction des patients, qualité de vie, satisfaction des professionnels, coûts.

- Préparer un document d'anamnèse :
L'évaluation initiale de l'IU devra être réalisée dans les 72 H. suivant l'admission du patient.
- Ses buts sont:
 - De détecter les causes réversibles de l'IU.
 - de faire le point sur les conditions nécessaires à la prise en charge de l'IU (Capacité de se mouvoir, capacités cognitives, habitudes, dextérité...)
 - D'adapter le contexte environnemental (lit près des toilettes, rehausseur, tribune, chaise percée...)
 - de déterminer le plus rapidement possible lors de la rédaction des macro cibles les risques potentiels ou réels d'IU liés à la maladie, à certains médicaments...

STRATEGIE INCONTINENCE POUR L'EQUIPE SOIGNANTE

- Avez-vous des accidents ou des fuites d'urines ? Vous arrive t-il d'être mouillé ?
 - | OUI | NON
- Sentez-vous que vous avez des fuites ?
 - | OUI | NON (APPAREILLAGE)
 - A. A quel moment ?
 - | Effort (changement de position, toux, rire, poids...)
 - | besoin urgent (vous arrivez trop tard au WC)
 - | Plutôt le jour
 - | Plutôt la nuit
 - OUI → Evaluer hydratation/ perf → Adapter les horaires ?
 - Somnifère → Adapter dosage ?
 - Diurétique → Adapter l'heure d'administration ?
 - B. Quelle quantité ?
 - | petite | grande

- C. Avez-vous besoin d'aide pour vous rendre aux toilettes ?
 - | OUI | NON
- Calculer le niveau de dépendance physique (Norton): score :
- e. Adapter l'environnement (urinal, chaise percée, lit proche WC)
- o. Lever les obstacles
- Application d'un moyen de contention
 - | OUI | NON
 - Lequel : (évaluer la nécessité du maintien?)
- Problème incontinence urinaire détecté
Transmettre l'information au médecin de salle
- Proposer un EMU , un résidu post mictionnel
 - Vérifier l'absence de fécalome, globe vésical, fonction rénale :
 - Proposer une consultation spécialiste (en interne ou en externe)
- Application des recommandations et procédures institutionnelles