



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2017**

Date du Jury : ***Décembre 2017***

**L'accompagnement : enjeu stratégique
sur l'efficacité de la consommation des
protections de l'incontinence**

Bénédicte LEFEBVRE

Remerciements

Je remercie l'ensemble des professionnels que j'ai pu rencontrer au Centre Hospitalier de Lanmeur et tout particulièrement :

Madame Françoise Le Bot, Directrice du Centre Hospitalier pour son accueil. Je la remercie de m'avoir fait partager ses réflexions et certains travaux quotidiens,

Madame Caroline Souillard, Attachée d'Administration Hospitalière et maître de stage, pour son accueil, sa grande disponibilité et son dynamisme à toute épreuve, la découverte du métier, ses expériences dont elle m'a fait profiter, sa confiance accordée dans le cadre du pilotage du projet,

Mesdames Monique Le Gourrier, Sophie Lucas, Laurence Milon, l'équipe administrative du service Finances et économique, pour leur disponibilité, leur patience et leur bonne humeur,

Mesdames Sophie Coat, Lucie Devienne, Nadine Ganneray, Isabelle Laudren, Claudine Urien, l'équipe de cadres de santé pour leur disponibilité dans le pilotage du projet,

A l'ensemble de mes collègues AAH de la promotion 2017

.

Sommaire

Introduction	1
1 Une double exigence pour la gestion de l'incontinence en établissement de santé : le financement et la qualité	4
1.1 Cadre réglementaire relatif à la prise en charge de la dépendance.....	4
1.1.1 Histoire de la prise en charge de la perte d'autonomie.....	4
1.1.2 La loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population.....	7
1.2 La qualité : corollaire de la prise en charge de la perte d'autonomie.....	10
1.2.1 L'amélioration continue de la qualité des prises en charge au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes... ..	10
1.2.2 Les recommandations de bonnes pratiques dans un souci de qualité.	13
2 Piloter la conduite au changement	16
2.1 L'accompagnement au changement.....	16
2.1.1 Manager le changement avec les différents acteurs.....	16
2.1.1.1 Les impacts du changement sur la qualité de vie au travail... ..	17
2.1.1.2 Les impacts humains liés au changement.....	18
2.1.2 État des lieux du CH Lanmeur et réflexions sur la mise en œuvre du changement avec les agents.....	20
2.2 Atteindre les objectifs fixés grâce au changement.....	22
2.2.1 Mobiliser les différents acteurs en mesure de participer à la mise en place des nouveaux changements.....	22
2.2.2 Réflexions pour anticiper les dysfonctionnements.....	24
Conclusion	27
Bibliographie	
Liste des annexes	

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché(e) d'Administration Hospitalière.

ACTP : Allocation compensatrice de tierce personne

AGGIR : Autonomie gérontologie groupe iso ressource.

ALD : Affection longue durée

ANAES : Agence nationale d'accréditation et évaluation en santé

ANAH : Agence nationale de l'habitat

ANESM : Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux

ANGELIQUE : Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements.

APA : Allocation personnalisée d'autonomie.

ARS : Agence régionale de santé.

ASH : Agent de service hospitalier

CME : Commission médicale d'établissement

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNR : Crédit non reconductible

CNSA : Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie.

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CVS : Conseil de vie sociale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses

FPTLV : Formation professionnelle tout au long de la vie

GHT : Groupe hospitalier de territoire

GIR : Groupe iso ressource.

GMP : GIR moyen pondéré

HAS : Haute autorité de santé

MAPA : Marché à procédure adaptée

PHARE : Performance hospitalière pour des achats responsables.

PMP : Pathos moyen pondéré

PSD : Prestation spécifique dépendance

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Introduction

En vingt années, la population française a augmenté de 12,3 % pour atteindre 66990826 habitants au 1^{er} janvier 2017. Ce constat est à rapprocher de différents phénomènes démographiques. Si le taux de fécondité diminue légèrement et s'établit à 1,93 enfant par femme en 2016, cette évolution s'explique également par un accroissement de l'espérance de vie en lien notamment avec l'amélioration des conditions de vie. Elle correspond à 85,4 ans pour les femmes et à 79,3 ans pour les hommes. Aujourd'hui, près de un habitant sur 5 est âgé de plus de 65 ans ou plus, soit environ 11,6 millions de personnes (1). Aussi, le vieillissement de la population est devenu un enjeu majeur de santé publique pour la société avec la question de la dépendance. Au 1^{er} janvier 2012, il est recensé 1,17 millions de personnes en perte d'autonomie au sens de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Selon les projections de la DREES, en 2060, il y aurait 2,3 millions de personnes en situation de dépendance (2). Au regard de ces évolutions, entre 2007 et 2011, il est décrit une augmentation de 5,5 % des entrées des personnes âgées en institution, et ce en parallèle du développement de dispositifs favorisant le maintien à domicile. De plus, l'âge moyen d'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) a progressé également de 10 mois sur cette même période pour atteindre 85 ans. Aussi, les personnes accueillies sont de plus en plus en situation de dépendance. Ils relèvent majoritairement des Groupe Iso Ressources (GIR) 1 à 4 et présentent des troubles cognitifs parfois majeurs, bien souvent associés à des polyhandicaps (3). Dans ce contexte, l'incontinence qu'elle soit urinaire et/ou fécale en demeure une des pathologies.

Dans les établissements de santé et notamment dans les EHPAD, l'ensemble des achats constituent le 2^{ème} poste de dépenses de fonctionnement(4). Ces achats concernent entre autre les dispositifs médicaux desquels nous retrouvons les changes et les protections de l'incontinence. A l'échelle nationale, les dépenses hospitalières se rapportant à ces dispositifs ont progressé de plus de 10,3 % entre 2008 et 2013 pour atteindre 140,4 M€.

Historiquement et au regard des évolutions juridiques en matière de tarification, le décret du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD (5) prévoit que ces établissements passent une convention tripartite avec aujourd'hui les Agences régionales de santé (ARS) ainsi que les Conseils départementaux. Cette convention définit les conditions de fonctionnement de l'établissement tant sur le volet

(1) *Bilan démographique 2016 publié par l'INSEE.*

(2) *Projection des populations âgées dépendantes – n°43/septembre 2013.*

(3) *693 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 – DREES – n°899 – Décembre 2014*

(4) *Les achats hospitaliers – le programme PHARE – solidarite-sante.gouv.fr*

(5) *Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD*

financier que sur le plan de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées et des soins qui leur sont prodigués. En effet, les recommandations générales précisent que les établissements s'engagent dans une démarche d'assurance qualité continue garantissant à toutes les personnes accueillies dépendantes les meilleures conditions de vie grâce à une prise en charge personnalisée adaptée aux besoins et ce dans le respect de la dignité humaine. Néanmoins dans un contexte de rationalisation des dotations validées par les autorités et plus particulièrement le conseil départemental pour le volet dépendance, les établissements sont dans l'obligation de développer différentes stratégies de façon à adapter perpétuellement leurs pratiques et ce malgré les augmentations des postes de dépenses qu'elles soient humaines, structurelles et matérielles.

Mon expérience de stagiaire en tant qu'Attachée d'Administration Hospitalière (AAH) se déroule au Centre Hospitalier de Lanmeur, au service Finances et économique. Ce stage, découpé en deux périodes, s'est déroulé pour la première partie en début d'année pendant un mois puis sur la période estivale pendant trois mois. Le premier stage a été l'occasion de rencontrer les agents des différents services et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) pour ensuite travailler en étroite collaboration avec ces derniers concernant l'efficacité de la consommation des changes et des protections de l'incontinence. Il s'agit d'une préoccupation qui implique les personnels des différents services administratifs tout comme les professionnels soignants.

Le Centre Hospitalier de Lanmeur est situé à l'Ouest du département du Finistère en lisière des Côtes d'Armor, dans le Trégor entre Lannion et Morlaix. Il s'agit d'un ex-hôpital local présidé par Monsieur Jean Luc Fichet au conseil de surveillance et dirigé par Madame Françoise Le Bot.

Cet établissement dispose de 318 lits et places, emploie environ 300 agents pour un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de 21 M€. Il comprend :

- un secteur sanitaire de 25 lits : 15 pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) et 10 lits de médecine dont 3 particulièrement identifiés en soins palliatifs. De plus, 30 places sont réservées au service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

- un secteur médico-social de 255 lits répartis sur deux sites. D'une part, le site principal de Traon Bézéden est composé de trois structures : l'EHPAD « Pen Duick » 1 et 2 avec 69 lits, « Mam Goz » 1 et 2 avec 76 lits et « Saint Mélar » avec 67 lits dont 2 lits d'accueil temporaire. D'autre part, dans le centre bourg, l'EHPAD « LA Vallée » comprend 45 lits ainsi que 8 places d'accueil de jour.

Devant l'une des façades de l'établissement, « L'homme debout » est une sculpture monumentale haute de 6,2 mètres. Cette dernière a été réalisée par un artiste local à partir

de matériaux médicaux de récupération. Chargée de symboles, et comme le témoigne la main levée vers le ciel en forme de V, elle représente la victoire sur la maladie.



La Directrice, Madame Le Bot, a une vision élargie, ouverte sur l'extérieur concernant la prise en charge de la personne âgée en institution. Elle ne cesse de vouloir faire évoluer le Centre Hospitalier au bénéfice des usagers, des résidents de façon à répondre aux besoins dans un territoire à la population vieillissante. De plus, l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins prodigués est omniprésente. Ainsi, la gestion de l'incontinence demeure une préoccupation faisant intervenir tous les professionnels exerçant tant dans les services de soins que dans les services administratifs à savoir notamment l'AAH.

Au regard des exigences réglementaires en termes de financement et d'amélioration continue de la qualité des prises en charges, l'objet de ce mémoire sera de rendre compte du rôle de l'Attaché d'administration Hospitalière. De plus, il précisera l'intérêt de l'accompagnement au changement dans la gestion de l'incontinence tout en proposant des actions permettant à terme de conserver le sens donné dans les pratiques professionnelles, et ce au bénéfice des personnes âgées hébergées.

1 Une double exigence pour la gestion de l'incontinence en établissement de santé : le financement et la qualité

La gestion de l'incontinence en établissement implique deux exigences essentielles. D'une part, sur le plan économique et financier, les changes et les protections de l'incontinence sont une catégorie de dispositifs médicaux à part entière. Ceux-ci représentent un coût non négligeable. Ils ne sont généralement pas pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire ni par les organismes complémentaires. Néanmoins, le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD introduit la prise en charge partielle de la dépendance par les Départements en fonction du degré de dépendance. Aussi, la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement entraîne une refonte de la tarification des EHPAD. D'autre part, les établissements sont constamment encouragés à développer des démarches en vue de l'amélioration de la qualité afin de garantir la qualité et la sécurité des soins prodigués desquels nous retrouvons la prise en charge de l'incontinence.

1.1 Cadre réglementaire relatif à la prise en charge de la dépendance

La prise en charge de la dépendance fait suite à de multiples réformes concernant le volet financier. Si la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population consacre la place et le rôle du Conseil Départemental, des aménagements ont de nouveau lieu.

1.1.1 Histoire de la prise en charge de la perte d'autonomie

Ce n'est que par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) pour les plus de 60 ans que le vocable de « personnes âgées dépendantes » apparaît dans la législation française. La dépendance se définissait ainsi comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière » (6). Cette loi faisait suite à la volonté de répondre au mieux aux besoins de ces personnes. En effet, auparavant, les personnes âgées dépendantes étaient associées aux personnes en situation de handicap sans qu'une réponse spécifique leur soit accordée. Elles pouvaient prétendre à l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne

(6) Le « 5ème risque » : vers une prise en charge de la perte d'autonomie en 2010 – Vie publique :

(ACTP), créée par la loi du 30 juin 1975 et étendue aux personnes âgées en 1983, selon deux critères : leur degré d'incapacité et leurs ressources sans tenir compte de leurs âges. Il s'agissait de prestations d'aide sociale dont la gestion revenait aux Conseils Départementaux. Aussi la création d'une nouvelle prestation en 1997, la PSD, avait pour ambition de donner de la cohérence au système et représentait une étape avant l'instauration d'une véritable prestation autonomie. En effet, les résultats observés ne furent pas à la hauteur des objectifs fixés. Il était déploré un faible nombre de bénéficiaires ainsi que de grandes disparités territoriales de traitement (7). C'est ainsi que la loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA remplace la PSD. Elle entre alors en vigueur le 1^{er} janvier 2002 et s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans et plus qu'elles résident à domicile ou en établissement (8).

Si des efforts ont été consentis afin d'améliorer les aides accordées aux personnes âgées en situation de dépendance pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante, cette évolution s'est accompagnée également d'une modification du modèle de financement au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de financement consacre le nouveau modèle de tarification. Il y a eu passage d'un régime binaire, pour couvrir le montant de l'hébergement et les soins, à un régime ternaire intégrant en sus le volet dépendance. Ainsi, le nouveau régime appliqué comprend :

- le volet soins comprend l'ensemble des dépenses relatives aux soins à savoir les charges de personnel soignant, les dispositifs médicaux et les médicaments. Néanmoins, le montant de la dotation arrêtée et allouée annuellement par le Directeur Général de l'ARS diffère selon que l'établissement a retenu l'option tarifaire partielle ou globale.

- le volet hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration, d'hôtellerie, de restauration, d'animation... non liées à l'état de dépendance même si celles-ci contribuent à leur prévention (9). Seulement ce volet présente une grande variabilité. En effet, celui-ci dépend essentiellement du niveau des prestations proposées au sein de l'établissement ainsi que de sa situation géographique. Le montant afférent fixé par le Président du Conseil Départemental demeure à la charge du résident ou de ses descendants voire du Conseil Départemental dans le cadre du principe de subsidiarité de certaines prestations sociales et lorsque l'établissement est habilité à l'Aide Sociale (10).

- le volet dépendance, quant à lui, correspond à l'ensemble des dépenses hors soins relatives à la perte d'autonomie telles que l'aide à l'habillage, aux repas tout comme les

(7) *Réforme française de l'allocation dépendance et gestion départementale - T. Frinault, p.13*

(8) *Chronologie de la dépendance des personnes âgées- La documentation française.*

(9) *La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des EHPA - mai 1999, Equipe projet tarification EHPAD, Direction de l'Action Sociale, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, p.11*

(10) *Qualité de vie en EHPAD – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident-novembre 2012-p.10*

dépenses afférentes aux produits d'incontinence. Les tarifs appliqués sont fixés par le Président du Conseil Départemental. En effet, il y a trois tarifs correspondant à des degrés de perte d'autonomie différents. De façon à pouvoir qualifier et quantifier les niveaux de dépendance, il a été mise en place la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR) dans les années 90. Cette grille permet d'évaluer le degré d'autonomie de la personne âgée. Elle comprend 6 Groupes Iso Ressources (GIR) associés deux par deux. Le GIR 1 correspond aux personnes âgées présentant une perte totale de leur autonomie motrice et mentale et le GIR 6 aux plus autonomes. Dix activités discriminantes dites « variables » sont analysées dont l'élimination urinaire et fécale. *In fine*, il s'agit de savoir si cette personne est éligible ou non à l'allocation et de déterminer le niveau d'aide dont elle a besoin (11). Même si l'APA a vocation à couvrir une partie de la perte d'autonomie que ce soit à domicile ou en établissement, un ticket modérateur est appliqué, appelé également « talon dépendance », correspondant aux GIR 5 et 6. Ce reste à charge peut néanmoins être pris en charge par le Conseil Général pour les bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Dans le cadre de cette réforme tarifaire introduite par le décret de 1999, les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie avaient pour obligation de passer une convention tripartite avec les autorités de tarification. En effet, il s'agissait de mettre en œuvre un partenariat. Cette convention, signée pour 5 ans, avait pour objectif de définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au niveau budgétaire que sur le plan de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées et des soins qui leur étaient prodigués (12).

Si le décret de 1999 permet une amélioration de la prise en charge de la dépendance dont la gestion revient au Conseil Départemental, il n'en demeure pas moins que de multiples critiques émergent. En effet, le financement de la dépendance des personnes âgées en perte d'autonomie présente une forte hétérogénéité en termes de dispositifs d'intervention, de prestations compromettant ainsi le principe d'équité (13). Tout d'abord, Il est souligné une multiplicité des acteurs (État, collectivités territoriales, Assurance Maladie, CNSA) et des sources de financement. Ensuite, il est décrié un accroissement constant de la prise en charge de la dépendance pour certains départements à la population vieillissante alors que leurs budgets sont de moins en moins importants. De plus, même si les dépenses à la charge des départements continuent de croître, il y a maintien des mécanismes de solidarité nationale assurés par la Caisse nationale de la Solidarité et de l'Autonomie(CNSA). Celle-ci devait initialement compenser la partie du coût à la charge des départements selon certains critères.

(11) *Qu'est ce que la grille AGGIR-Service-Public.fr*

(12) *Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charge e la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales – legifrance.gouv.fr*

(13) *Les personnes âgées dépendantes – la documentation française – p. 127-*.

Seulement, les règles d'intervention ont rapidement été modifiées au détriment des Conseils Départementaux alourdissant ainsi leur contribution de façon hétérogène. Nonobstant, si la mise en place de l'APA devait entraîner une distinction entre les charges de dépendance et de maladie, il n'en était rien au regard de certaines dépenses d'Assurance Maladie relatives à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie dans le cadre de soins de ville. Aussi, les frontières entre les soins relevant de l'ambulatoire ou relevant de la dépendance apparaissent bien souvent floues et notamment lorsqu'il s'agit d'Affections de longue durée (ALD). Enfin, il est rapporté désormais un rôle mineur des caisses de retraite. En effet, celles-ci se concentrent uniquement sur les capacités de solvabilité des personnes âgées dépendantes relevant des GIR 5 et 6 c'est à dire autonomes.

Aussi, au regard de ces critiques et après de nombreux débats, l'adoption de la loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population a pour volonté de répondre davantage aux attentes des personnes âgées, leurs proches dans un souci de justice sociale et de protection des personnes en perte d'autonomie.

1.1.2 La loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population

Attendue depuis plusieurs années, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population a finalement été adoptée le 28 décembre 2015 (14). Cette dernière a pour volonté d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population tant sur la vie sociale que sur les politiques publiques au regard des perspectives évoquées en introduction. Elle s'attache à faire évoluer essentiellement deux problématiques à savoir l'amélioration de l'accompagnement à domicile ainsi que le modèle de financement de la dépendance au sein des EHPAD (15).

La loi a pour objectif de favoriser le maintien à domicile de sorte que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans des conditions optimales. Favoriser le maintien à domicile signifie adapter et améliorer les logements, et ce notamment grâce à des financements provenant de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH). A ce sujet, les Conférences des financeurs mises en place dans le cadre de la loi au sein des départements apportent leurs concours. Elles ont entre autre pour mission de coordonner les actions individuelles et collectives mais aussi les financements de la prévention de la perte d'autonomie, et notamment dans le cadre de l'habitat. Aussi, dans cette même logique de prévention de la dépendance, les foyers-

(14) Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population

(15) Le vieillissement : construction d'une politique sociale – Marc de Montalembert p.7 à 12.

logements à connotation péjorative sont désormais appelés résidences-autonomie orientées vers les personnes âgées davantage autonomes. Ensuite, favoriser le maintien à domicile, c'est également reconnaître et valoriser la place et le rôle des proches aidants. Ces derniers peuvent prétendre depuis le 1^{er} janvier 2017 à un congé possiblement rémunéré même en l'absence de lien familial tout en respectant les modalités fixées. Le corollaire de cette valorisation est la reconnaissance du droit au répit intégré à l'APA et évalué par une équipe médico-sociale. Enfin, toutes ces mesures sont accompagnées d'une revalorisation de l'APA à domicile à condition de remplir les conditions d'octroi en termes de niveau de dépendance et de revenus. (16).

Outre le fait que la loi a pour finalité de favoriser le maintien à domicile grâce à la mise en place de mesures concrètes, elle entraîne également une refonte du modèle de tarification et de contractualisation au sein des EHPAD. Les objectifs sont de simplifier l'allocation des financements et de lever les opacités sur les tarifs et les coûts appliqués (17).

Aussi, dans le cadre de la contractualisation, les établissements ont pour obligation de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui vient se substituer à la convention tripartite dès le 1^{er} janvier 2017. Signé pour 5 ans par les autorités de tarification et l'établissement, le CPOM fixe les objectifs en matière d'activité, de prise en charge, d'accompagnement ainsi que les obligations respectives de chacun. De plus, il peut être pluri-structures et un seul contrat est signé désormais simplifiant la procédure. Auparavant, dans le cadre des conventions tripartites pluriannuelles, il y avait autant de signatures de convention que d'établissements au sein d'un même groupe. De plus, la signature de ce contrat s'accompagne d'une transformation des principes budgétaires. Ainsi, le nouveau modèle de tarification objective l'allocation des ressources grâce à la mise en place de forfaits. Le forfait soins est arrêté par l'autorité de tarification. Au préalable, une évaluation des besoins en soins est effectuée afin de les quantifier sous la forme de points au travers du référentiel PATHOS. Puis, ces points sont synthétisés en Pathos Moyen Pondéré (PMP). Le forfait dépendance est quant à lui déterminé par le GMP et arrêté par le Président du Conseil Départemental. Ces deux évaluations réalisées par le médecin coordonnateur sont par la suite synthétisées en un seul indicateur. Ce dernier rend compte, *in fine*, du niveau de la perte d'autonomie et des besoins en soins moyens des personnes âgées hébergées selon les formules précisées dans l'Instruction de la Direction Générale de la Cohésion Sociale du 7 avril 2017 (DGCS) (18). A cela peuvent s'ajouter des financements complémentaires négociés dans le cadre du CPOM. Pour information, la valeur du point GIR dans le

(16) *Portail pour les personnes âgées et leurs proches – pour-les-personnes-agees.gouv.fr – CNSA*

(17) *Accompagnement en établissement et service - Réforme du mode de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – cnsa.fr*

(18) *Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global de dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et II de l'article L.313.12 du code de l'action sociale et des familles).*

département du Finistère est fixé à 7,09 € ce qui représente aujourd'hui un manque à gagner.

La refonte du modèle de tarification et l'opposabilité du CPOM entraîne la mise en place d'un État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses à l'équilibre (EPRD) au sein des EHPAD. Ce dernier oblige à une révision du calendrier de la campagne budgétaire 2018 mais aussi à des réorganisations au sein des services Finances et économique (19). Au terme de la période transitoire 2017, cette dernière se déroulera en différentes étapes pour les ESMS relevant de l'EPRD et comme suit :

- Au 31 octobre 2017 : il doit y avoir vote de l'EPRD au terme d'un dialogue de gestion. Ensuite, il y a transmission de l'annexe « activité » au Conseil départemental en vue de la tarification des prix de journée hébergement et à l'ARS pour la tarification du volet soins. Désormais, l'établissement détermine une prévision des recettes en fonction de ces prévisions d'activités et non plus de dépenses.

- Au 31 janvier 2018 : l'annexe « activité » prévisionnelle doit être mise à jour par les établissements qui accueillent des bénéficiaires de l'amendement Creton de 1989 c'est à dire les jeunes adultes de plus de 20 ans se trouvant dans l'attente d'une place en établissement pour adulte.

- Au 30 avril 2018 : il doit y avoir transmission de l'EPRD 2017 accompagné des annexes financières qui retracent les charges et les produits prévisionnels de chaque établissement.

Enfin, afin de garantir la transparence des tarifs appliqués au sein des établissements, de faciliter l'accès à l'information, il est désormais possible de comparer sur des portails les coûts, les prestations proposées ainsi que les restes à charge pour les résidents entre plusieurs établissements au sein d'un territoire.

Si des efforts ont été consentis afin d'améliorer la prise en charge de la dépendance tant au niveau du maintien à domicile, de clarifier et de simplifier les relations contractuelles, il faut souligner la préoccupation constante de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge dans l'intérêt des usagers et des résidents.

(19) Instruction interministérielle no DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12-IV ter ou L. 313-12-2 du même code

1.2 La qualité : corollaire de la prise en charge de la perte d'autonomie

La politique relative à la qualité, à la sécurité des soins, à la gestion des risques est une préoccupation constante au sein des établissements de santé afin de garantir aux personnes soignées, hébergées une prise en charge optimale. Celle-ci requiert une mobilisation de tous les professionnels des établissements. La question de la qualité est multidimensionnelle et pluridisciplinaire. Néanmoins, nous nous attarderons dans le cadre de ce mémoire sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Si l'arrêté du 26 avril 1999 apporte une réponse en termes de financement de la dépendance, il n'en demeure pas moins qu'il aborde la question de la qualité dans le cadre de la convention tripartite pluriannuelle. Par la suite, différentes lois sont promulguées. Elles ont notamment pour objectif de répondre aux exigences croissantes de qualité, de sécurité des soins mais également de reconnaissance de la place de l'utilisateur, des résidents. En parallèle, de nombreuses recommandations ont été mises en place en ce sens et notamment dans le cadre de la gestion de l'incontinence.

1.2.1 L'amélioration continue de la qualité des prises en charge au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle apporte une première réponse en terme de qualité au sein des EHPAD alors que dès avril 1997 était créée l'Agence nationale d'Accréditation et Évaluation en Santé (ANAES) (20). En effet, cet arrêté fixe, entre autre, l'objectif de détailler les principales recommandations dont les finalités sont de garantir et d'améliorer la qualité des prises en charge des résidents. A ce titre, il est précisé que l'investissement attendu ne concerne pas uniquement l'établissement. L'ensemble des acteurs et des partenaires apportent leurs concours. La qualité de prise en charge repose tout autant sur l'environnement, le professionnalisme des agents, ce qui est notamment formalisé dans le projet d'établissement et dans le contrat de séjour. L'arrêté fait également référence aux règles déontologiques et éthiques desquelles nous retrouvons le respect de la dignité, de l'intimité, de l'intégrité humaine. Aussi, la gestion de l'incontinence au sein des EHPAD est tout particulièrement enclin avec ces principes. En effet, l'utilisation d'une protection inappropriée peut porter atteinte à ces derniers et met en péril l'autonomie relative à la

(20) Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en soins

continence du résident. De ce fait, la recherche de qualité doit passer par la satisfaction des personnes hébergées tout comme celle de l'entourage au travers des différentes prestations proposées. Celles-ci doivent leur permettre de conserver une autonomie maximale. De plus, la qualité de prise en charge des résidents repose également sur une équipe pluri-professionnelle disposant de qualités humaines en terme de savoir être, de qualités professionnelles en terme de savoir faire, et sur une dimension organisationnelle. Ainsi, l'arrêté précise la nécessité de favoriser la formation continue des agents n'ayant pas bénéficié d'une formation initiale afin d'améliorer, de renforcer la motivation et de favoriser la bientraitance au sein de ces établissements. Même si l'arrêté édicte des critères de qualité, aucune norme spécifique au milieu médico-social n'y est rattachée.

La qualité devient progressivement une exigence. Ainsi, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale institue, d'une part, la démarche d'évaluation dans une perspective d'amélioration de l'accueil des personnes, de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. En effet, les EHPAD, notamment, doivent procéder à une évaluation interne et externe selon une périodicité définie. En effet, une évaluation externe doit être réalisée au cours des 7 années suivant l'autorisation d'une durée de 15 ans, ou au moins deux ans avant son renouvellement par des consultants extérieurs. De plus, une évaluation interne doit avoir lieu tous les 5 ans ou lors du renouvellement du CPOM grâce à la participation des résidents, des familles et des professionnels. Différents outils peuvent être utilisés dont l'Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Établissements (ANGELIQUE). Cet outil aborde 4 chapitres répartis en thèmes allant de l'« accueil et admission » jusqu'à « aides et soins spécifiques » (21). L'objectif est d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration du service rendu. D'autre part, la loi 2002-2 consacre la place et le rôle du résident afin que ce dernier devienne acteur de son projet de vie au sein de l'établissement. Ainsi, sept outils sont mis en place. En premier lieu, le livret d'accueil a pour finalité de garantir le droit du résident. Il est fait référence aux droits et libertés de la personne âgée et à la prévention de la maltraitance. De ce fait, il offre une présentation de l'organisation et des différentes prestations auxquelles le résident a accès. Ensuite, la charte des droits et libertés permet d'affirmer la reconnaissance de la personne tant dans sa dignité, ses libertés, ses droits et ses choix (22). Il y est énuméré l'ensemble des droits et des principes s'y rapportant à savoir le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté, le droit à l'information, le droit de donner son consentement pour tel ou tel acte. A ce sujet, il est souvent décrié la pensée dominante du soignant par rapport à celles des résidents. Ces derniers apparaissent peu ou prou sollicités dans la gestion de leur continence ce qui va à l'encontre du respect de la dignité humaine et met en péril une partie de leur autonomie.

(21) Outil d'auto-évaluation ANGELIQUE – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité)

(22) Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de dépendance – solidarites-social.gouv.fr

Enfin, le résident doit pouvoir participer à la vie institutionnelle de l'établissement. En ce sens, la mise en place du Conseil de la Vie Sociale (CVS) permet au résident de pouvoir s'exprimer, de débattre sur différentes thématiques et de donner son avis.

La loi du 21 juillet 2009 apporte une réponse supplémentaire dans le cadre de la qualité et de la sécurité des soins grâce à la création des ARS. Ces dernières accompagnent les établissements dans leurs politiques d'amélioration continue de la qualité. De plus, elles peuvent les soutenir dans les démarches engagées grâce à l'attribution de Crédits Non Reconductibles (CNR) se rapportant à des thématiques spécifiques. Aussi, dans le cadre de leurs missions, les ARS sont responsables de la fonction inspection – contrôle des établissements. Cette mission peut apparaître comme un moyen d'améliorer le fonctionnement d'un établissement grâce aux remarques et injonctions précisées dans un rapport circonstancié et rédigé généralement par les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

La question de l'amélioration continue de la qualité des soins et des prises en charge est, comme précisé précédemment, consacrée sur le plan juridique. Nonobstant, il apparaît nécessaire d'aller au-delà. De ce fait, les multiples recommandations de bonnes pratiques apportent des réponses complémentaires, concrètes au bénéfice des personnes hébergées en perte d'autonomie.

1.2.2 Les recommandations de bonnes pratiques dans un souci de qualité

Si la dépendance est généralement associée à la perte d'autonomie, il n'en demeure pas moins que cette dépendance peut être partielle. En effet, une personne dépendante au niveau physique peut néanmoins conserver ses capacités intellectuelles. Elle doit pouvoir participer aux décisions se rapportant à sa prise en soins en fonction de ses facultés. Les personnes institutionnalisées sont peu impliquées dans les décisions de gestion de leur incontinence. Elles sont bien souvent dépendantes de la structure et de la vision médicale. De plus, la gestion de l'incontinence qu'elle soit urinaire ou fécale fait partie des critères de qualité de vie et de dépendance. En l'occurrence, les analyses des pratiques professionnelles permettent de mettre en évidence des mésusages ayant un impact qualitatif mais aussi financier. En effet, il est bien souvent décrié une banalisation de l'utilisation de certains types de protection à savoir le change complet. Ces pratiques entraînent des risques majeurs d'évolution vers une incontinence de moins en moins réversible. De plus, c'est toute la perception que la personne a d'elle-même qui *in fine* peut être impactée. En effet, elle peut avoir tendance à se replier, à s'isoler socialement. Aussi, le phénomène

d'infantilisation de la personne âgée en est une caractéristique. Celui-ci peut se manifester tant au niveau comportemental qu'au niveau du discours tenu de la part de l'entourage proche mais aussi des professionnels et être associé à de la maltraitance. Néanmoins, adopter une attitude infantilissante ne doit pas être systématiquement relié à l'intention de porter atteinte à la personne âgée. Elle peut être en lien avec une volonté de venir en aide, de porter assistance ce qui peut rassurer certains résidents. Et c'est bien là toute l'ambiguïté du « vouloir bien faire » et du « vouloir rendre service » (23). A ce titre, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) joue un rôle essentiel. Elle vise à apporter des réponses concrètes aux problématiques évoquées. Créée par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007, elle succède au Conseil National de l'Évaluation Social et Médico-Sociale instituée par la loi 2002-2. Cette agence a pour objectif d'apporter un appui, des outils permettant aux professionnels de repérer et de limiter le risque d'aggravation de perte d'autonomie pour les personnes âgées. Ainsi, elle propose différentes fiches thématiques ainsi que des recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels pour le volet EHPAD. Concernant la gestion de l'incontinence plus particulièrement, la gestion des odeurs est une réelle question et rejoint fondamentalement le principe de respect de la dignité humaine et de bientraitance. L'ANESM aborde ce sujet et précise que les odeurs demeurent des indicateurs de qualité de prise en charge comme cela était déjà précisé dans l'arrêté du 26 avril 1999 (24).

Ensuite, la Haute Autorité de Santé (HAS) est un deuxième acteur incontournable en ce qu'elle contribue « à la régulation par la qualité et l'efficacité » (25). Depuis la première procédure d'accréditation en 1999, s'en sont suivies d'autres procédures de certification : V2 de 2007, la V2010 puis la V2014. Toutes les visites ont pour finalité de promouvoir et de mesurer les démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé. Ces procédures sont en constante évolution afin de s'adapter aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Aussi, la question de la bientraitance est abordée. En effet, dans la procédure V2010, le critère de prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance est intégré. En ce sens, un guide et des outils ont été mis en place. Ils permettent une autoévaluation des pratiques professionnelles de la part des soignants mais aussi un repérage des risques de maltraitance grâce à une cartographie des risques. Afin de déployer ce nouveau guide, il revient aux ARS, notamment de le diffuser le plus largement possible dans les établissements pour qu'in fine les professionnels s'approprient les outils et les mettent en pratique collectivement. En effet, il est recommandé que soient associés dans cette démarche de bientraitance différentes instances internes à

(23) *L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique – Sophie Laublin – p 34 à 36-*

(24) *Analyse documentaire relative à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne p.37*

(25) www.has-santé.fr

savoir le CVS ainsi que la cellule qualité (Guide de la promotion de la bientraitance en établissement de santé et en EHPAD has-sante.fr/portail/promotion-de-la-bientraitance).

Enfin, La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) s'est particulièrement intéressée à la gestion de l'incontinence au sein des établissements. ARMEN est un des projets du programme Performance Hospitalière pour des Achats Responsables (PHARE). Il a débuté en 2012 et a pour intérêt d'identifier les secteurs d'achats dans lesquels des économies sont possibles tout en maintenant le même niveau de qualité. Dix groupes de travail pluri-professionnels ont été mis en place. Chaque groupe a pour mission d'identifier, d'analyser les bonnes pratiques déjà mises en œuvre dans certains établissements. Aussi, les produits de l'incontinence ont fait l'objet d'une étude approfondie dans le cadre de la vague 4 (26). De ces analyses en découlent des recommandations pratiques et opérationnelles qui ont pour but d'aider les établissements à mieux dépenser. En effet, il est préconisé la mutualisation de ce segment d'achat entre plusieurs établissements afin de mettre en concurrence les fournisseurs. Ensuite, intégrer les équipes soignantes aux différentes réflexions menées est un gage de réussite et de satisfaction dans l'intérêt du résident. Au final, il s'agit bien d'attribuer le bon produit pour un juste besoin. De plus, il apparaît important de bien encadrer les phases de tests des produits afin de limiter tout risque de dérives. Enfin, il est préconisé la mise en place d'indicateurs de performance dans le but de maîtriser le coût de l'incontinence ce qui est rarement le cas dans les établissements. A ce titre le CH de Lanmeur a signé une convention avec un groupement en janvier 2015 et a pu ainsi réduire le prix unitaire de chaque protection.

Au regard des évolutions tant au niveau juridique que dans la formalisation de recommandations à destination des acteurs et des partenaires intervenant dans les établissements, l'AAH occupe une place essentielle. En effet, celui-ci demeure un vecteur de lien. Il lui revient de conduire une transformation maîtrisée et dynamique des organisations. Il lui appartient d'analyser et d'évaluer l'existant pour que les pratiques professionnelles évoluent favorablement. Toutes les démarches engagées sont en lien avec la préoccupation constante de respecter les besoins des personnes hébergées en institution.

(26)ARMEN – Vague 4 – Produits d'incontinence – Livrable long

2 Piloter la conduite au changement

La conduite au changement est devenue progressivement une pratique managériale. Elle est destinée à favoriser l'adhésion des bénéficiaires aux différents projets et ainsi gérer les résistances qu'elles soient collectives et individuelles. Elle s'avère être un investissement rentable et augmente la probabilité de réussite.(28)

Information adaptée, compréhension, adhésion et participation de l'ensemble des collaborateurs et des acteurs sont essentiels pour cette conduite au changement. Néanmoins, il s'agit d'un outil qu'il convient de façonner et d'adapter en fonction de l'environnement, du contexte et des enjeux.

En France, l'hôpital dans sa globalité est confronté à l'épreuve du changement depuis plusieurs années. En effet, nombreuses sont les réformes ayant impacté son organisation. Elles ont eu trait au positionnement territorial pour répondre au plus près aux besoins de la population (fusion, Groupement Hospitalier de Territoire GHT...), à la performance économique pour une maîtrise structurelle des dépenses (réformes tarifaires avec mise en place de la tarification à l'activité, la certification des comptes...), à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prodigués (certification, accréditation) mais aussi à la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance (conseil de surveillance, directoire, Commission Médicale d'Etablissement-CME) (27). Ainsi, informer, accompagner, donner du sens dans les pratiques s'avèrent indispensables pour le maintien des dynamiques et la pérennisation des démarches engagées au sein des établissements de santé.

2.1 L'accompagnement au changement

2.1.1 Manager le changement avec les différents acteurs

L'expérience au cours du stage de découverte a été l'occasion d'une première prise de contact et de découvrir les pratiques des différents professionnels au sein de l'établissement que ce soit au service Finances et économique comme dans les EHPAD. A ce stade, il ne s'agit pas de manifester des remarques mais plutôt de s'imprégner des organisations et ainsi recueillir les différents avis et doléances concernant les pratiques relatives à la gestion de l'incontinence. L'annonce de la volonté institutionnelle de travailler

(27) *L'hôpital à l'épreuve des réformes – socio-anthropologie – 2007*

(28) *La boîte à outils de la conduite du changement – D Autissier, JM Moutot*

sur cette thématique a été reçue favorablement par une grande partie des agents ce qui contribue fortement au bon déroulement du projet. Dans la mesure où justement ce premier retour est positif, le changement dans l'organisation dès le début du stage de professionnalisation n'est pas sensé rencontrer de grandes résistances. De plus, tout accompagnement au changement doit prendre en compte les différents impacts qui peuvent en découler individuellement comme à l'échelle d'un service.

2.1.1.1 Les impacts du changement sur la qualité de vie au travail

Les impacts sur la qualité de vie au travail sont une donnée à ne pas négliger. En effet, bien être vital, conditions de travail, sens du travail et relations au travail, entre autres, sont des défis constants.



Source : QILNIX.com

Pour que l'accompagnement de projet soit pertinent au regard des attentes, il doit y avoir un décloisonnement entre le(s) décideur(s) et les exécutants pour qu'il y ait une réelle adhésion de l'ensemble des acteurs. Ceci ne peut être possible que si, au préalable, ont été fixés des objectifs tant pour les agents des services administratifs que pour les autres personnels. Ainsi, la mise en place d'un organigramme avec les personnes ressources, et les étapes retraçant le déroulement du projet s'avèrent indispensables. Aussi, l'AAH trouve toute sa place dans la démarche car il demeure le vecteur de lien entre les différents services concernés. Il est le manager de premier niveau, encadre l'équipe administrative et

accompagne les autres professionnels sur le terrain au bénéfice des services rendus auprès des usagers.

L'aptitude au changement est importante au sein du CH. En effet, différents entretiens ont été menés durant le stage de découverte auprès des professionnels soignants. Ceux-ci ont permis de mettre en évidence les besoins ainsi que les doléances. Tous ont précisé la volonté de transparence par rapport aux consommations des protections de l'incontinence et ce afin de mettre fin « aux bruits de couloir ». De plus, plusieurs ont exprimé le besoin de redonner du sens dans leurs pratiques au travers de cette thématique. Ceci est une opportunité et est à l'interface des changements envisagés. Les objectifs fixés sont connus et compris par tous. De ce fait, il est donc possible de construire un plan d'actions pour la réalisation du changement à poursuivre.

Dans le cadre de ce projet, les modifications apportées apparaissent mineures. En effet, il n'y aura pas apprentissage de nouvelles compétences, mais il y aura davantage une réflexion menée sur les pratiques professionnelles par l'ensemble des acteurs pour favoriser le changement. Néanmoins, compte tenu la mise en place d'un nouvel outil informatique à l'attention des référents soignants préalablement désignés, une formation au logiciel est prévue.

Les agents vont être amenés à se positionner sur le projet et à en exprimer leur ressenti. Le but, *in fine*, est de se projeter, d'apprécier les suites données ainsi que les résultats de ce changement.

Toute transformation dans les pratiques professionnelles est susceptible d'engendrer des effets négatifs sur la qualité de vie au travail. Néanmoins, ces derniers apparaissent mineurs concernant le service Finances et économique au regard des bonnes conditions de travail (confort, outils, relations).

2.1.1.2 Les impacts humains liés au changement

Dans le cadre de l'accompagnement au changement, il doit y avoir prise en considération de cet enjeu. En effet, une attention est accordée dans les services soignants. Engager une telle démarche ne doit pas modifier le climat social et compromettre les rapports entre les professionnels.



Source: HELLRIEGEL D. (2007). *Management des organisations*. 2ème Edition, Edition de boeck

Même si les relations entre collègues et leur hiérarchie semblent de qualité, la désignation de « référents incontinence » peut potentiellement modifier les accointances. Lors des entretiens, certains soignants ont souligné le fait qu'il est parfois difficile d'agir sur les habitudes, sur les représentations, sur les idées reçues pouvant s'expliquer notamment par la peur du changement. Néanmoins beaucoup ont rapporté la nécessité de désigner des référents « incontinence » qui seraient les interlocuteurs privilégiés sur cette thématique, interviendraient dans le réajustement des pratiques, apporteraient des conseils. Il n'en demeure pas moins que ces propos ne font pas consensus et certains évoquent la question de la légitimité de parole. En effet, en désignant des « référents incontinence » au sein des services, il ne s'agit pas de les doter d'un rôle pouvant apparaître comme hiérarchique à l'égard de leurs collègues de travail. Elles demeurent les personnes ressources de proximité dans le projet et portent à l'échelle d'un service les démarches engagées. Aussi, elles ont pour mission de réévaluer collégialement les besoins individualisés des résidents et des usagers au sein de l'établissement. Elles demeurent les interfaces entre les équipes soignantes de jour et de nuit. De plus, elles s'engagent à assurer les commandes des protections sur le logiciel mis en place suivant l'organisation préexistante. L'outil informatique a pour but de faciliter les commandes et de mieux gérer les stocks. Une procédure est écrite en ce sens et mise à disposition pour éviter toute difficulté. De plus, les missions sont formalisées dans une lettre de mission qui a pour finalité de reconnaître et de valoriser leur implication. Le besoin de reconnaissance est une donnée récurrente dans le champ du soin. La valorisation du personnel est indispensable en vue d'augmenter la satisfaction et la performance. De ce fait, l'AAH ne peut en faire l'économie et il lui revient de la formaliser.

2.1.2 État des lieux du CH Lanmeur et réflexions sur la mise en œuvre du changement avec les agents

Même si la gestion des protections de l'incontinence est une préoccupation plurielle, les procédures ne sont pas formalisées et il n'y a pas de consensus dans les démarches.

Au sein du Centre hospitalier, l'évolution de la consommation des changes et des protections de l'incontinence est décrite comme importante sans qu'il y ait une réelle étude chiffrée pluriannuelle en ce sens. Néanmoins, diverses explications sont émises.

Il est rapporté une dépendance de plus en plus importante des personnes hébergées au sein du CH. Selon la dernière coupe en juin 2015, le GIR Moyen Pondéré (GMP) était de 775 contre 699 au niveau national (4) et ce en dehors de toute augmentation du nombre de lits autorisés.

Il est décrit un manque d'implication de la part des cadres de santé auprès de leurs équipes soignantes. Celles-ci sont de plus en plus absorbées par la gestion des plannings, de l'absentéisme. Cette situation est renforcée également par un turnover ce qui a de réelles conséquences sur l'investissement des professionnels de santé de proximité.

Jusqu'au 31 décembre 2014, les achats étaient effectués dans le cadre de Marché à Procédure Adaptée (MAPA) auprès d'un seul fournisseur. Aussi, et de façon à résorber l'accroissement des achats, le CH de Lanmeur a adhéré à un groupement d'achats à partir de janvier 2015 et ce jusqu'en 2019. Néanmoins, si cette convention a permis de réduire le coût moyen de l'unité achetée, il est rapporté une majoration des quantités consommées.

De plus, la directrice, consciente qu'il y avait un levier en termes d'économie et dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, a sollicité en 2015 la mise à disposition d'un logiciel de gestion des achats et des stocks auprès du conseiller technique des produits d'incontinence. Cet outil devait permettre un diagnostic permanent ainsi qu'un repérage des pratiques non conformes. Il est à noter que les données figurant dans le logiciel sont couvertes par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) conformément aux dispositions et dans le cadre de déclarations établies par l'établissement.

Au niveau du service Finances et économique, un adjoint administratif gérait la section économique relative à l'incontinence. Il en assurait les liquidations et les mandatements auprès de la trésorerie. Il réceptionnait les commandes manuscrites effectuées le week-end pour chaque unité le lundi et était à l'interface entre les services

d'EHPAD, le SSR/médecine et le magasin. En cas de défaut de commandes ou de pénurie de protections dans les EHPAD, il assurait le réassort toujours dans l'intérêt des personnes âgées hébergées et des usagers. Il attirait l'attention des agents sur l'état des consommations. Il n'hésitait pas à contacter les services lorsqu'il constatait des dépassements de dotation tout en prenant en compte les saisonnalités telles que les recrudescences de gastro-entérites notamment. De plus, il était moteur dans les démarches engagées. Seulement, l'adjoint administratif, impliqué dans les démarches, n'a pas pu maintenir le dynamisme pour des raisons de santé et d'arrêt maladie. Même si un relais a été assuré, le suivi en demeurait moindre et l'outil informatique n'a que très peu été exploité.

Il est précisé dans le projet d'établissement 2015-2020 l'objectif principal de « mieux acheter pour mieux commander afin d'assurer la performance de l'achat dont l'optique finale est la satisfaction des résidents et des patients ».

Au regard de cette situation, une efficience de la consommation des changes et des protections de l'incontinence apparaît nécessaire pour améliorer notamment la qualité des services rendus aux résidents, aux usagers.

Pour se faire, une étude de projet et d'opportunité est effectuée. Un état des lieux sur un tableau Excel est fait. Il montre effectivement une augmentation majeure de la consommation des changes et des protections de l'incontinence. Si cette dernière a présenté une quasi stabilité entre 2012 et 2015, il est constaté une augmentation de 54 % entre 2015 et 2016. Cette augmentation concerne majoritairement les dispositifs les plus onéreux.

De façon à objectiver cette augmentation pour ensuite piloter le projet, une rencontre avec les personnels soignants s'imposent. Des entretiens ont lieu avec les agents de chaque service. Outre le fait qu'il s'agisse d'une préoccupation de l'AAH au service finances et économique que de veiller à l'équilibre budgétaire et financier de l'établissement, il ne peut se prémunir de l'avis des soignants qui restent maîtres de leurs pratiques professionnelles. Recueillir leurs opinions demeurent essentiel afin d'obtenir leur adhésion dans les démarches engagées et toujours dans l'intérêt du résident.

Particulièrement dans les établissements de santé de petite taille tels que le CH de Lanmeur, l'AAH peut profiter d'une certaine proximité avec les soignants. En effet, cela lui permet d'avoir un rôle de coordinateur de projet et de fait d'avoir une vision transversale et davantage globale. Ainsi, il est aisé de pouvoir les rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques professionnelles, leurs difficultés et de recenser leurs avis ainsi que leurs besoins. Tous les agents rencontrés précisent une grande hétérogénéité de pratiques sur lesquelles il est parfois difficile d'agir ce qui nuit à la prise en charge individualisée de l'incontinence. Tous ne bénéficient pas de formation initiale comme les agents de service hospitalier ce qui entraîne des disparités. Ensuite, certains rapportent le besoin d'être informés sur l'évolution de la consommation des changes dans leurs unités et dans l'établissement ce qui permettrait une

sensibilisation au gaspillage. Aussi, ils précisent avoir apprécié par le passé les alertes transmises par l'adjoint administratif. De plus, dans tous les EHPAD, sont mis en place des protocoles personnalisés pour chaque résident. Néanmoins, il n'y a pas de consensus en termes de format et de périodicité de réévaluation des besoins. Il s'avère qu'il y a peu de concertation entre les professionnels quant au choix du bon produit au bon moment.

Les objectifs de ces différentes rencontres sont d'instaurer un climat de confiance, d'expliquer la situation ainsi que les résultats attendus. Il s'agit d'un temps d'échange et d'écoute important. Ceci permet à l'AAH de comprendre les problématiques, d'apporter des réponses aux premiers questionnements, de lever les réticences grâce à un discours adapté et commun. Il est nécessaire de rappeler l'opacité dans les pratiques soignantes et un cloisonnement entre les services administratifs et les services de soin. En effet, ces caractéristiques permettent le maintien d'une liberté et d'une autonomie en faveur des professionnels de santé. Aussi, les professionnels disposent de réponses pour améliorer l'efficacité de la consommation des protections de l'incontinence qui ne doivent pas être écartées. Pour se faire, l'AAH, soucieux de faciliter les organisations et de donner les moyens adéquats pour plus d'efficacité, entame une réflexion avec les agents de façon à trouver des solutions dans un souci de qualité et de sécurité des soins prodigués.

Les équipes ont conscience des dysfonctionnements. Elles ont la volonté de mieux faire car elles mesurent les marges de manœuvre. Elles sont prêtes à réfléchir collectivement et à respecter les règles de bonnes pratiques ce qui est un atout indéniable.

2.2 Atteindre les objectifs fixés grâce au changement

2.2.1 Mobiliser les différents acteurs en mesure de participer à la mise en place des nouveaux changements

La mobilisation des différents acteurs autour d'un projet commun requiert du temps, de l'énergie, de la patience et il ne doit être oublié aucun protagoniste et ce grâce à l'organigramme rédigé préalablement.

- Le service Finances et économique

Les agents du service Finances et économique sont informés du déroulement du projet et des résultats attendus. L'adjoint administratif qui s'était engagé sur cette thématique par le passé est informé de la situation. Il est de nouveau sollicité pour assurer le suivi mensuel de la consommation de ces protections. Il a pour mission la mise en place de son propre tableau de bord. Ce tableau de bord reprend et renseigne par service les quantités consommées et le montant mensuel des produits. Au terme de l'exercice une analyse de l'évolution sera effectuée au regard de N-1. De plus, il a en charge l'actualisation du code produit de chaque article. En effet, pour éviter tout risque d'erreur que ce soit dans les commandes internes, externes, les livraisons au sein des services par les magasiniers, il est essentiel d'utiliser le même codage. Cette actualisation s'applique également sur le logiciel de suivi des stocks.

- Les Cadres de santé

Lors de la réunion de direction, l'AAH rappelle aux cadres de santé les données chiffrées relatives à l'évolution de la consommation des protections de l'incontinence. Il précise les attendus du projet de manière quantitative mais aussi qualitative. Il insiste sur le fait que la démarche s'inscrit, outre dans une logique de réduction des coûts, dans une démarche de respect de la dignité des personnes accueillies et d'amélioration continue de la qualité des soins dispensés. Il est indispensable de rappeler très régulièrement tous les objectifs afférents pour obtenir l'adhésion du plus grand nombre au risque que cela puisse sembler rébarbatif. Fédérer des équipes autour d'un même projet requiert une écoute active, de la patience et de la persévérance. De plus, il les sollicite pour que soient désignés au minimum deux « référents incontinence » dans chaque service. Il est essentiel d'obtenir l'adhésion des cadres de santé car ils seront porteurs du dynamisme, en mesure de répondre aux difficultés et d'agir sur les comportements réfractaires. Connaissant leurs équipes, ils seront les plus à même de proposer à certains agents de se positionner en tant que référent sur la thématique. Enfin, il les informe que va être organisée très rapidement une journée dédiée à l'incontinence au sein du CH. Cette journée sera animée par le conseiller technique du fournisseur de protections.

-Les personnels soignants

Concernant l'utilisation des changes et des protections de l'incontinence par les différents

agents, les observations sont éloquentes. Les professionnels décrivent clairement des mésusages. En effet, il est devenu coutumier de doubler certaines protections soit parce que les résidents présentes des diurèses importantes soit par facilité afin d'éviter de multiples manipulations. De plus, les mésusages concernent les carrés absorbants à usage unique. D'une part, ces derniers sont positionnés en double voire en triple exemplaire dans les lits des résidents et ce en toute connaissance des éventuelles conséquences à type d'altération de l'intégrité cutanée. Il faut souligner que, au sein du CH, sont achetés des carrés molletonnés à usages multiples et pour lesquels le traitement est assuré par la blanchisserie en interne au même titre que le linge des résidents. Seulement, il est rapporté des erreurs dans le tri du linge malgré une signalétique adaptée et visible. En effet, ces carrés en tissu sont envoyés pour traitement au CH de Morlaix par mégarde ce qui représente une triple sanction pour le CH de Lanmeur. Il y a sanction lors de l'achat de ces dispositifs (coût unitaire : 5,44€TTC), lors de l'envoi pour traitement et enfin lorsqu'il y a perte de ce dispositif car rares sont les fois où ils reviennent au CH. D'autre part, les carrés absorbants à usage unique sont utilisés à même le sol en palliatif des portes-sondes à urine par faute de moyens matériels. Au regard de ces observations, il est important d'agir rapidement sur les pratiques.

Ce sont les raisons pour lesquelles la journée dédiée à l'incontinence apparaît comme primordiale. L'AAH arrête l'organisation de cette journée en partenariat avec le conseiller technique. Il lui revient également de quantifier le temps imparti dans le cadre de la gestion des plannings.

Le matin, sont conviés la directrice, l'adjoint administratif, les cadres de santé ainsi que les « référents incontinence ». Ce temps d'une durée de 2 heures se déroule comme suit : une première partie concerne la présentation et les différentes fonctionnalités de l'outil informatique mis en place. L'AAH prend également connaissance du logiciel non pas pour le manipuler mais davantage pour accéder aux historiques de commandes et ainsi effectuer un contrôle en termes de consommation. Une deuxième partie a pour objectif de rappeler les bonnes pratiques, de répondre aux difficultés rencontrées dans les services sur cette thématique et enfin de présenter de nouveaux produits en mesure de résorber les mésusages.

Pour qu'il y ait consensus dans les organisations, l'ensemble des agents soignants intervenant dans la gestion de l'incontinence sont conviés l'après-midi par créneau de 45 minutes de sorte que le plus grand nombre reçoive l'information. A ce stade, il s'avère important de mobiliser l'ensemble des acteurs pour assurer par la suite la pérennité des démarches engagées. Il s'agit de réunions d'information pendant lesquelles il y a uniquement un rappel des bonnes pratiques. Il s'agit d'un moment opportun pour travailler

sur les représentations et rappeler que le projet s'inscrit également dans une démarche d'amélioration continue du service rendu aux personnes prises en charge. L'objectif était *in fine* de parvenir à une réflexion collective permettant de faire évoluer les pratiques dans l'intérêt du résident. Rapidement les agents ont exposé leurs difficultés en lien avec la pluralité des agents et leur perception de l'incontinence. Le discours tenu le matin est à l'identique de l'après midi. Il est déploré que les agents de nuit ne sont pas présents par faute d'invitation de la part des cadres de santé. En effet, leurs présences auraient été fortement souhaitables pour que tous soient impliqués et que tous participent au réajustement des besoins de chaque résident. Les organisations des agents de nuit diffèrent de celles de jour et notamment en termes de contraintes. C'est la raison pour laquelle deux réunions d'information s'organisent *a posteriori*.

Toutes les actions de terrain mises en place en concertation pluri-professionnelle demeurent nécessaires pour la recherche de l'efficacité, pour donner des réponses adaptées et répondant aux attentes et ainsi satisfaire le travail effectué par les différents acteurs au bénéfice de résident.

2.2.2 Réflexions pour anticiper les dysfonctionnements

Dans chaque service des EHPAD, deux « référents incontinence » sont désignés. Au terme de la journée dédiée à l'incontinence, ces derniers sont en mesure d'effectuer les commandes hebdomadaires sur l'outil informatique après révision collégiale des besoins de chaque résident. Néanmoins, même si les agents travaillent un week-end sur deux, il doit être pris en compte les organisations relatives au temps de travail qui leur sont propres. En effet, les repos hebdomadaires, les congés annuels, les éventuels arrêts de travail peuvent potentiellement perturber le suivi assuré par les référents ainsi que les commandes. Aussi, une procédure validée par la directrice est rédigée, remise aux cadres de santé et rangée dans le classeur des procédures de chaque service de façon à contrecarrer ces éventualités. Cette procédure ludique détaille toutes les étapes de la commande avec un langage adapté pour éviter toute difficulté relative à l'utilisation des outils informatiques.

Lors des entretiens menés avec les agents, il avait été soulevé la question des nouveaux agents au sein du CH. Si les aides soignants diplômés d'État bénéficient d'enseignement théorique et clinique au cours de leur formation initiale, il en est tout autre concernant les Agents de Services Hospitaliers (ASH). Ces derniers, appelés également agents de bio-nettoyage, ne bénéficient pas de formation préparant au métier. Ils sont chargés de l'entretien, de l'hygiène des locaux dans les hôpitaux et dans les établissements médico-sociaux et participent au confort des personnes prises en charge. Généralement,

leurs missions vont au-delà et particulièrement au sein des EHPAD. Bien souvent, ils effectuent les mêmes missions que les aides soignants à savoir notamment la gestion de l'incontinence. Aussi, ils bénéficient d'un accompagnement en interne pouvant être disparate par leurs collègues de travail. C'est la raison pour laquelle une attention doit leur être accordée. Il s'avère nécessaire de leur proposer des formations en ce sens dans le cadre de la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV). C'est ainsi qu'un travail de collaboration avec la gestion des ressources humaines se met en place de façon à prévoir le plan de formation tout en sachant que ce dernier n'est pas extensible et que des choix stratégiques doivent aussi être opérés. Il s'agit avant tout de répondre aux besoins des agents recensés lors des entretiens annuels dans le but de satisfaire les besoins des personnes hébergées et prises en charge.

Concernant la gestion des ressources humaines, le rapport d'activité en 2015 précise qu'il n'y a pas eu de formation ayant trait à la gestion de l'incontinence. En revanche en 2016, 3 agents ont participé à une journée de formation organisée par le fournisseur. C'est la raison pour laquelle une attention doit être accordée de sorte que la dynamique mise en place puisse perdurer dans le temps. De plus étant donné que le CH adhère à un groupement d'achats faisant appel au même fournisseur, il peut être engagé une réflexion avec d'autres établissements pour la mise en place de formation commune sur cette thématique et ainsi mutualiser les moyens humains et matériels alloués.

L'accompagnement au changement est chronophage et il s'inscrit dans le temps. De ce fait, l'AAH prévoit une rencontre semestrielle sur cette thématique avec les cadres de santé et les référents. L'objectif est d'établir un état des lieux de la situation au milieu de l'année et ce avant les congés annuels ainsi qu'à la fin de l'année. En effet, l'été est une période propice aux débordements compte tenu du turn-over des remplaçants pouvant faire preuve d'une moindre implication. Il est indispensable de maintenir le lien avec les référents pour la pérennité du projet, pour les informer des résultats au regard des efforts consentis et pour valoriser leur implication. En ce sens l'AAH doit être en mesure de maintenir la motivation et créer un environnement de travail où les agents sont encouragés à donner le meilleur dans l'intérêt des personnes prises en charge. De plus, cette rencontre doit être l'occasion pour les référents de s'exprimer sur les difficultés rencontrées. Il doit y avoir une liberté de parole et de l'écoute. L'AAH et les cadres de santé ne doivent pas écarter le risque de discorde entre collègues et doivent être en mesure d'apporter des réponses adéquates en ce sens.

Au regard des mésusages observés et clairement exposés par les professionnels, l'AAH fait une première étude en vue de la commande de support de sonde urinaire. Il s'agit

de recenser les besoins de chaque service et de trouver le ou les supports qui puissent satisfaire les besoins de chacun. En effet, outre le souci économique et budgétaire, l'enjeu est le respect de la dignité humaine notamment au travers de dispositif discret et fonctionnel. Déposer un recueil à urine à même le sol à la vue de toutes et tous est contraire à ce principe ainsi qu'aux principes d'hygiène, de sécurité des soins et des agents. Aussi, l'AAH au service Finances et économique a à cœur de trouver des solutions qui puissent satisfaire tous les besoins. De plus, il est demandé aux référents de quantifier les besoins quotidiens des alèses en tissu à usage multiple pour que ces dernières puissent être livrées dans les services en même temps que le linge des résidents. De plus, au regard du coût représenté par la perte de ces alèses, il est fait le choix que désormais, le CH sous traitant les fournirait au même titre que le linge plat dans le cadre de la convention et ce en concertation avec le technicien supérieur responsable du service logistique. L'AAH effectue une deuxième étude de marché auprès du fournisseur et dans le cadre du groupement d'achats. En effet, il s'agit de proposer aux personnels soignants une gamme de produits suffisamment adaptée aux besoins des résidents dans un souci d'équilibre budgétaire, de qualité et de sécurité.

Enfin, et en dehors du risque de dysfonctionnement, la question relative aux achats dans le cadre de la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) se pose. En effet, aujourd'hui, une dynamique s'est concrètement mise en place au sein de l'établissement. Les protections de l'incontinence disponibles font l'objet d'une concertation pluri-professionnelle en interne. Il n'y a pas réellement de barrières pour élargir ou restreindre la gamme de ces dispositifs tout en précisant qu'elle n'est pas non plus extensible suivant les motifs déjà exposés. Seulement qu'en sera-t-il lorsque l'établissement support assurera, au terme de la convention signée avec le groupement d'achats, la responsabilité de la fonction achat pour le compte des établissements-parties ? C'est la raison pour laquelle aujourd'hui, la directrice se positionne pour la mise en place d'un département d'achat spécifique à l'incontinence. Ceci permettrait à un établissement partie, tel que celui de Lanmeur ayant une forte activité médico-sociale, de conserver une autonomie de choix dans un domaine spécifique qu'il maîtrise, et ce au nom de tous les autres.

Permettre aux agents de réfléchir et d'agir collégalement sur la gestion de l'incontinence a visiblement permis de redonner du sens dans les pratiques. L'intérêt porté sur la thématique a été pluri-professionnelle et ce dans l'intérêt premier des personnes prises en charge.

Conclusion

Aujourd'hui, le vieillissement de la population est une réalité démographique et sociale. Il s'agit d'un véritable défi aux enjeux multiples. Avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population, un nouveau tournant est donné grâce notamment à la promotion du maintien à domicile et à la reconnaissance de la place et du proche des proches aidants.

Néanmoins, dans un contexte financier restreint, différentes mesures sont mises en place telles que la réforme de la tarification. Cette dernière consacre les relations contractuelles entre les partenaires tout en revisitant les modalités de financement. De plus, les multiples recommandations mises en place par l'ANESM, la HAS, la DGOS ont pour objectif d'aider les établissements à analyser leurs organisations, les pratiques professionnelles. En effet, il s'agit bien finalement d'améliorer le service rendu aux usagers et de garantir la qualité et la sécurité des soins.

A ce titre, la gestion de l'incontinence dans les établissements de santé demeure une préoccupation tant dans l'aspect financier qu'au niveau qualitatif. Dans un contexte de rationalisation des dotations, l'AAH ainsi que son équipe doivent rester vigilants sur les consommations des produits d'incontinence et réfléchir collectivement à des marges de manœuvre. En effet, en participant à la définition du besoin, en mettant en œuvre la démarche, en accompagnant les équipes soignantes mais aussi l'encadrement, en élaborant un support d'information, en suivant l'évolution de la consommation, l'AAH est réellement vecteur de lien entre les attendus des services administratifs et ceux des services de soins. Pour autant, les maîtres mots se rapportant à la gestion de l'incontinence demeurent le respect de dignité, l'intégrité physique et corporelle ainsi que la promotion de la bientraitance.

Il est fait mention en introduction de « l'homme debout » ayant la main levée vers le ciel. Mes 4 mois d'immersion au sein du service Finances et économique tout comme dans les services des EHPAD aux côtés des professionnels soignants me laissent à penser qu'il s'agit d'une belle représentation de l'esprit régnant au sein du CH de Lanmeur. Nul n'est laissé en difficulté et c'est collectivement que les mesures engagées évoluent. En effet, j'ai pu découvrir une toute autre vision de la gestion de l'humain, ce qui tient au fait qu'il s'agisse avant tout d'un lieu de vie avant tout. La vision stratégique et politique menée par la Directrice est à l'origine certainement de cette perception. Comme dans beaucoup d'organisations, il y a parfois des désaccords, des discordes, des conflits. Nonobstant, il s'agit d'un environnement propice à l'écoute, la communication, l'échange que ce soit avec l'ensemble des agents et les résidents.

Bibliographie

- (1) Bilan démographique 2016 publié par l'INSEE.
- (2) Projection des populations âgées dépendantes – n°43/septembre 2013.
- (3) 693 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 – DREES – n°899 – Décembre 2014
- (4) Les achats hospitaliers – le programme PHARE – solidarite-sante.gouv.fr
- (5) Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD
- (11) Qu'est ce que la grille AGGIR-Service-Public.fr
- (12) Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges et la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales – legifrance.gouv.fr
- (13) Les personnes âgées dépendantes – la documentation française – p. 127-
- (14) Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population
- (15) Le vieillissement : construction d'une politique sociale – Marc de Montalembert p.7 à 12.
- (16) Portail pour les personnes âgées et leurs proches – pour-les-personnes-agees.gouv.fr – CNSA
- (17) Accompagnement en établissement et service - Réforme du mode de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – cnsa.fr
- (18) Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global de dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et II de l'article L.313.12 du code de l'action sociale et des familles).
- (19) Instruction interministérielle no DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12-IV ter ou L. 313-12-2 du même code
- (20) Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en soins
- (21) Outil d'auto-évaluation ANGELIQUE – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité)
- (22) Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de dépendance – solidarites-social.gouv.fr

(23) L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique – Sophie Laublin – p 34 à 36-

(24) Analyse documentaire relative à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne p.37

(25) www.has-santé.fr

(26) ARMEN – Vague 4 – Produits d'incontinence – Livrable court.

(27) L'hôpital à l'épreuve des réformes – socio-anthropologie – 2007

(28) La boîte à outils de la conduite du changement – D Autissier, JM Moutot

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Fiche d'expression du besoin

ANNEXE 2 : Dossier d'étude d'opportunité

ANNEXE 3 : Organigramme du projet

ANNEXE 4 : Plan d'actions détaillé

ANNEXE 5 : Entretiens semi-directifs auprès des personnels soignants des EHPAD

FICHE D'EXPRESSION DU BESOIN

STRUCTURE : CH Lanmeur

DATE : 15 mars 2017

RÉDACTEUR : Bénédicte Lefèbvre

INTENTION DE DÉPART / BESOIN EXPRIME :

Étude de l'évolution de la consommation des changes et des protections

CONTEXTE/ENJEUX :**Au CH Lanmeur :**

- Achats : entre 2012 et 2016 : + 85 % - entre 2015 et 2016 : + 5,56 % sur le total des achats. Depuis convention avec le Groupement d'achats : réduction du coût unitaire tout produit confondu : - 60 % (7,45€ à 4,63€)

- Consommations : entre 2012 et 2016 : si consommation stable entre 2012 et 2015, augmentation de 54 % entre 2015 et 2016, concerne les protections anatomiques pour les incontinences légères à graves à savoir : + 47 % pour Moliform extra et + 46 % pour Moliform super et sans incidence sur les autres produits qui demeurent stables.

Pour les carrés verts MOLINEA : même constat avec augmentation de + 59 %

Recommandations nationales proposées par la DGOS :

Malgré les contacts pris avec l'ARS Bretagne, le conseil départemental des Côtes d'Armor, absence de réponse. La conseillère avait précisé : - de 1 euro/résident/jour et - de 3,5 protections/résident/jour

Au CH L.

étude comparative entre CH de L. et CH Lanmeur

Pour les achats des produits d'incontinence : adhésion depuis 2015 au GCS et ce jusqu'en 2019.

Avant 2015, consommations non tracées.

Au CH C.

En attente de réponse : réaménagement des locaux et manque d'effectifs

OBJECTIFS POURSUIVIS ET RÉSULTATS ATTENDUS :

Objectif essentiel : efficience grâce à rationalisation de la consommation des dispositifs de change et de protection

Au niveau économique et financier :

- réduction des coûts,
- gestion et suivi des stocks,
- facilitation des commandes

Au niveau des personnels soignants :

- Une meilleure maîtrise des consommations / juste besoin,
- sensibilisation au coût unitaire de chaque produit,
- facilitation des commandes,
- implication des professionnels grâce à la désignation de référent(e)s,
- redonner du sens dans les pratiques et valoriser leur travail,
- développer les bonnes pratiques professionnelles,

Au niveau de l'encadrement : contribuer à la dynamisation des équipes d'encadrement

Autres : maintien de la ventilation du stockage

CONTRAINTES :

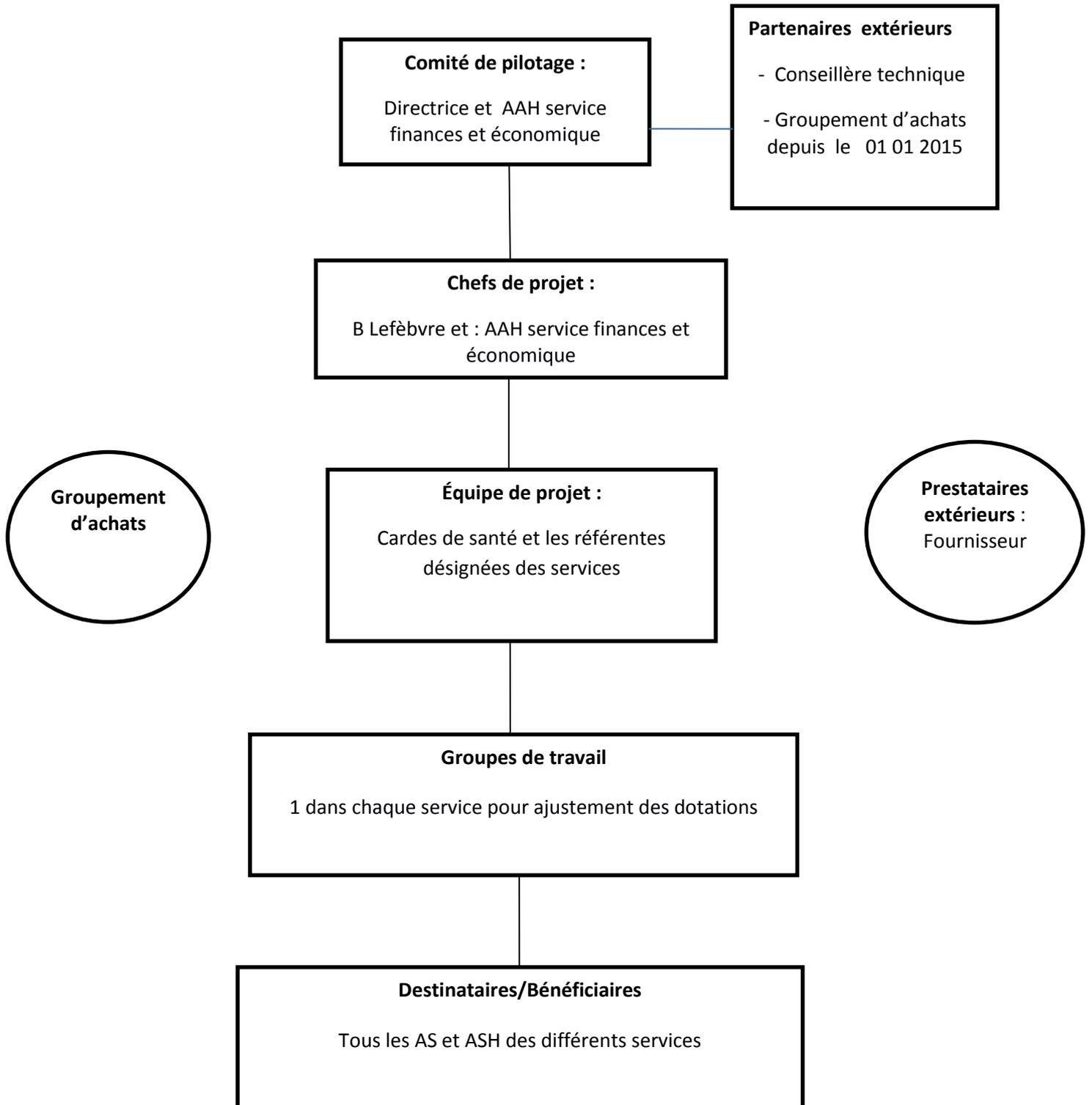
- banalisation de l'usage du change complet, considération que l'incontinence est une fatalité, conviction de bien faire
- résistance au changement
- manque d'implication des soignants et de l'encadrement
- difficultés dans les manipulations du logiciel

ANNEXE 2

DOSSIER D'ÉTUDE D'OPPORTUNITÉ	
PROJET : Étude de l'évolution de la consommation des changes et des protections	
RÉDACTEUR : B Lefèbvre	DATE : 15 mars 2017
CONTEXTE/RAPPEL DE L'EXISTANT : Constat de l'augmentation de la consommation des changes et des protections au sein de l'établissement malgré la diminution du coût initial Données contextuelles : page précédente	
DESCRIPTION DE L'OBJET DU PROJET : Projet ayant pour finalité une rationalisation et une efficacité de la consommation des produits de l'incontinence	
OBJECTIFS POURSUIVIS ET RÉSULTATS ATTENDUS page précédente	
ACTEURS/PARTENAIRES : - en interne : Directrice, AAH services finances et économique, Adjoint administratif, B Lefèbvre, cadres de santé et les référent(e)s, - en externe : conseillère technique, Groupement d'achats	
CHIFFRAGE : <u>Le matin :</u> - temps de formation estimé pour les AS et ASH référent(e)s : 1h30x10 (2référents par servicex5) = 13 h Soit un total de - temps de formation pour les cadres : 1h30x5 = 6h30 31 h - temps de formation AAH : 1h30 soit : 21h 4,15 ETP <u>L'après midi :</u> - temps de formation pour les autres agents : 30'x4 agents par service (2 du matin et 2 de l'AM) x 5 services = 10h	
CALENDRIER PRÉVISIONNEL : - 13 février-10 mars 2017 : 7 entretiens menés auprès des AS et ASH des différents services - 17 mars 2017 : envoi du mail aux cadres pour information sur le déroulement de la journée du 18 juin organisée en partenariat avec le technicienne de Hartmann - avril 2017 : envoi d'un 2nd mail aux cadres - mai 2017 : réunion avec les cadres - 16 juin 2017 : journée formation : matin : cadres et référent(s), AM : les autres agents - 3ème semaine de juin 2017 : début des commandes sur le logiciel H - début Août 2017 : envoi de mail aux cadres pour les 1 ^{ers} retours - début septembre : réunion avec les cadres et les référent(s) pour éventuels réajustements 1 semaine avant chaque réunion, envoi de mail pour rappel de la réunion avec l'ODJ	
EN SYNTHÈSE :	
AVANTAGES /OPPORTUNITÉS - CH adhérant au groupement Plabennec depuis 01 01 2015 - Mise en place dans l'établissement du logiciel H du fournisseur en 2015 et 1 seule interface entre le service économique, le magasin et les différents services - Aider à donner du sens dans les pratiques - volonté collective des AS et ASH de mieux faire, d'avoir une plus grande lisibilité sur les commandes (ce qui ressort des 7entretiens) - meilleure visibilité sur les dotations grâce à un état des lieux des besoins réels et individualisés à chaque résident - Données logiciel couvertes par la CNIL	INCONVÉNIENTS/RISQUES - logiciel non exploité depuis sa mise en place en 2015 hormis à St Mélar au RDC et 2ème. - difficultés à déterminer des référent(s) visiblement de la part des cadres (a peut être changé depuis la fin du stage). - mise en place avant la période estivale (quid quand CA des référent(s)) d'où nécessité d'une procédure écrite. - turn over des agents - absence de Mr Bellec le vendredi 16 juin

ANNEXE 3

ORGANIGRAMME DU PROJET		
PROJET : Étude de l'évolution de la consommation des changes et des protections	CHEF DE PROJET : Bénédicte Lefebvre et quand absence : AAH service finances et économique	DATE : 17 mars 2017



ANNEXE 4

PLAN D' ACTIONS DETAILLE

Projet : Etude de la consommation des changes et protection	Chef de projet : B Lefèbvre et AAH : AAH service finances et économique	Date : 23 juin 2017	
Etape n°1 : Etude d'opportunité, choix de la stratégie, formation et réunion le 16 juin			
Etape n°2 : concrétisation de la démarche			
Tâches	Responsables	Mode opératoire	Calendrier
S'assurer de la commande effective sur le logiciel HIS	B Lefèbvre AAH/ cadres	- Commandes passées sur HIS le 25/06. Vérification le 27/06 matin de la cohérence des commandes (hormis pour Mam Goz et Pen Duick 2 : décalage d'une semaine)	Date début 26 juin 2017 Date fin 30 juin 2017
Mail pour réunion avec les cadres	B. Lefèbvre	- Modifier les références des produits entre CPAGEi et logiciel H. pour concordance (impact pour gestion stock) - mail auprès des cadres pour retour des difficultés éventuelles dans les commandes	
Appréciations des protections en test	Les agents B Lefèbvre Les cadres	Envoi de mail pour connaître les disponibilités (CA) Obj : retour d'expériences	
Commande sur HIS à Pen Duick et Mam Goz 2	AAH, cadres, B Lefèbvre	- Distribution des produits le jeudi 22/06 : St Melar, La Vallée, Pen Duick 2 + <u>distribution de feuilles de satisfaction</u> . Essai sur 5 jours à partir du 26 juin. De +, demande d'essai de molimed grises pour 1 résidente St Mélar - Récupération des feuilles le 30 juin	
Consommation des protections suite à l'essai Choix d'élargir ou non les	B Lefèbvre	Commandes passées sur H. le 02/07. Vérification le 03/07 matin de la cohérence des commandes. Vérifier si consommation des produits courants ciblés réduite suite à l'essai (Moliform jaune vs molimed maxi et for men) En fonction des fiches de satisfaction	Date début 3 juillet 2017 Date fin 7 juillet 2017

produits existants			
1^{er} retour d'expérience	Réunion de direction	- choix de support de SU avec les cadres (recensement de 30 supports) - Importance du rappel des bonnes pratiques en interne des agents de nuit (cadres, référentes)	Date début 10 juillet 2017 Date fin 14 juillet 2017
Réunion avec les cadres et les référentes	B. Lefèbvre	Semaine à confirmer en fonction des disponibilités de CA Recensement de difficultés éventuelles, manipulation, pratiques, remplaçants d'été, questionnements	Date début 24 juillet 2017 Date fin 28 juillet 2017
Etat des lieux de la consommation des changes et protection	B Lefèbvre	Vérification de l'état des consommations du mois de juillet par rapport à celles de juillet 2016 sur les carrés verts, protections anatomiques jaunes...	Date début 31 juillet 2017 Date fin 4 août 2017
		Absence du vendredi 4 au 25 août	
Réunion avec les cadres et les référentes	B Lefèbvre	Obj : maintien de la dynamique Désignation d'une cadre référente pour relai après fin de stage (8 septembre 2017) Difficultés ?	Date début 28 août Date fin 1 ^{er} septembre
Etat des lieux consommations	B Lefèbvre	Vérification par rapport à 2016	Date début 4 septembre
Transmissions	Directrice AAH/ B Lefèbvre	Déroulement du stage et de la mission « changes et protections »	Date fin 8 septembre

ANNEXE 5 : ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS AUPRES DES PROFESSIONNELS SOIGNANTS DES EHPAD

Question n°1 : Dans votre service, y a-t-il un référent « incontinence » ?

Question n°2 : Qui gère la commande des changes et des protections ?

Question n°3 : Souhaiteriez-vous être informés de vos consommations ?

Si oui, pourquoi ?

Question n°4 : Avez-vous une lisibilité sur vos consommations dans votre service, au cours de l'année ?

Question n°5 : Avez-vous un protocole personnalisé pour chaque résident ?

Si oui, par qui est-il établi ?

Question n°6 : En termes de traçabilité, y a-t-il des transmissions écrites quotidiennes concernant l'utilisation des protections ?

Question n°7:Connaissez-vous le nombre d'incontinents dans votre service

FILIÈRE ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE
Promotion 2017

**L'accompagnement : enjeu stratégique sur l'efficienne de la
consommation des protections de l'incontinence**

Résumé :

La conduite au changement est devenue progressivement une pratique managériale. Elle est destinée à favoriser l'adhésion des bénéficiaires aux différents projets et ainsi gérer les résistances qu'elles soient collectives et individuelles. Elle s'avère être un investissement rentable et augmente la probabilité de réussite.

La gestion de l'incontinence dans les EHPAD est une préoccupation pluri-professionnelle faisant intervenir tout autant les soignants que les agents administratifs. Elle découle du souci permanent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés.

En travaillant sur cette thématique, l'AAH au service Finances et économique a un rôle transversal et est manager du projet. Il devient le vecteur de lien en mesure d'accompagner les différentes équipes au changement. Toutes les mesures prises ont pour finalité de satisfaire les besoins des personnes hébergées et ce dans le respect de la dignité, de l'intégrité corporelle, la bientraitance.

Mots clés :

Résident, usager, gestion de l'incontinence, pluri-professionnalité, accompagnement, conduite au changement, qualité, sécurité des soins, recommandations, pratiques professionnelles, management, donner du sens, respect des droits, de la dignité, bienveillance, tarification, formation,

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.