

**UNIVERSITE René Descartes
(Paris V)
Président : Professeur P. DAUMARD**

D.E.A d'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE

**Directeur : Professeur C. HERVE
Promotion 2002-2003**

Titre du mémoire :

Elimination intestinale à l'hôpital
Réflexion éthique sur sa prise en charge par les soignants

Présenté par BERGER Valérie

Directeurs de mémoire : Professeur C. HAMONET
Professeur C. HOERNI

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	1
2	REVUE DE LA QUESTION.....	4
	2-1 La presse professionnelle.....	4
	2-2 La presse médicale grand public.....	6
3	RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE DE L'ELIMINATION INTESTINALE	8
	3-1 Rappel anatomique.....	8
	3-2 Rappel de la physiologie colique.....	9
4	LA CONSTIPATION : LE TROUBLE LE PLUS FREQUENT DE L'ELIMINATION INTESTINALE.....	11
	4-1 Causes de la constipation.....	12
	4-2 Les traitements proposés	15
5	LA CONSTIPATION PROBLEME MASSIF A L'HOPITAL.....	18
	5-1 Missions de l'hôpital.....	19
6	EVOLUTION SOCIALE DE LA FONCTION D'ELIMINATION INTESTINALE.....	22
7	QUESTIONNEMENTS ETHIQUES.....	25
8	PROBLEMATIQUE.....	26
9	HYPOTHESE.....	26
10	MATERIEL ET METHODE.....	27
	10-1 Construction du modèle d'analyse.....	27
	10-2 Choix et méthode d'enquête.....	27
	10-3 Méthodologie de construction du questionnaire.....	28
	10-4 Présentation du questionnaire.....	28
	10-5 Choix de la population.....	29
	10-6 Définition de l'échantillon et modalités.....	29
	10-7 Modalités de passation du questionnaire.....	30
	10-8 Méthode d'analyse des résultats.....	30
11	RESULTATS.....	31
	11-1 Description de la population.....	31
	11-2 Résultats de la question 5.....	33
	11-3 Résultats de la question 6.....	36
	11-4 Résultats de la question 7.....	39
	11-5 Résultats de la question 8.....	42

11-6	Résultats de la question 9.....	45
11-7	Résultats de la question 10.....	47
11-8	Résultats de la question 11.....	50
11-9	Résultats de la question 12.....	52
11-10	Résultats de la question 13.....	56
11-11	Résultats de la question 14.....	61
11-12	Résultats de la question 15.....	66
11-13	Résultats de la question 16.....	71
12 DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE.....		78
13 DISCUSSION DES RESULTATS.....		80
14 CONCLUSION.....		93
BIBLIOGRAPHIE.....		94
ANNEXES.....		97

1- INTRODUCTION

Nous avons souhaité mener une réflexion éthique sur la prise en charge de l'élimination intestinale par les professionnels de santé, en milieu hospitalier.

En effet, nous avons souvent constaté que de nombreux malades hospitalisés souffraient de constipation et que la réponse à ce problème clinique se traduisait habituellement par des prescriptions médicamenteuses et, parfois, par des examens médicaux agressifs et coûteux. Pourtant, l'élimination intestinale est un besoin fondamental et d'absolue nécessité qui participe à la santé de la personne et à une prise en charge globale de la personne soignée. Or, à l'hôpital les soins liés à ce problème s'inscrivent plus dans une logique curative que préventive. Ce constat se confirme par l'étude réalisée en 1991 par M.M.Bretin¹ concernant 28 patients hospitalisés dans trois unités fonctionnelles. Elle a montré que 78% de ces patients présentaient une constipation, et que les infirmières rencontraient des difficultés dans leur prise en charge. Pourtant, l'hôpital représente, pour la majorité des Français, un service public à la disposition de tous. On y soigne les cas les plus graves, mais aussi les affections bénignes. Les missions de l'hôpital comportent différents volets : la fonction de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche. Toutefois, à l'hôpital, il existe des comportements inadaptés. F. Ponchon dans son ouvrage, « Les droits des patients à l'hôpital », précise que : « Depuis plusieurs années, afin de supprimer les dérives, le législateur a fixé certaines bornes éthiques à la pratique médicale. »² L'article L.711-4 du Code de la Santé Publique, indique les garanties offertes par le service public hospitalier : « Ces établissements garantissent l'égal accès à tous aux soins. Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins.³ »

Cette inadéquation de la prise en charge, d'ordre médical ou infirmier, est liée à la difficulté d'aborder ce sujet « tabou » qu'est la défécation et rend, par là même, sa prise en compte problématique. Comme l'indique Mary Douglas, « le corps est non seulement forgé par la société, mais il est toujours traité comme une image de la société de telle sorte qu'il ne peut y avoir une manière naturelle de considérer le corps qui n'implique en même temps une dimension sociale.»⁴

¹ BRETIN M.M., La prévention des constipations, vers un protocole infirmier, Maloine, 1995, pp.1-75

² PONCHON F., Les droits des patients à l'hôpital, PUF, Que sais-je, Paris, 1999, p 11.

³ PONCHON F., Les droits des patients à l'hôpital, op.cit, p 19.

⁴ DOUGLAS M., De la souillure, Essai sur les notions de pollution et de tabou, Ed La découverte / Poche Sciences Humaines et sociales, 2000, p 70.

Anne Véga dans son ouvrage « Une ethnologue à l'hôpital » fait le constat suivant : « Le problème du temps à consacrer au malade en cache bien d'autres. Entre l'idéal relationnel et la valorisation d'actes techniques conçus comme le fondement de l'expertise infirmière sur le modèle de la compétence médicale : il y a « le sale boulot » les toilettes des patients, souvent réservées au petit personnel. »⁵

Il y aurait donc des soins non valorisants, ceux qui touchent à des notions de saleté, de souillure qui sont ignorés, délégués et cachés. La relation soignant-soigné s'en trouve perturbée et la qualité des soins altérée. La notion de « saleté » se résume selon M. Douglas en une définition simple : « C'est quelque chose qui n'est pas à sa place. »⁶

La question éthique qui se pose est donc : pourquoi la prise en charge à l'hôpital de l'élimination intestinale reste-t-elle délicate, tabou ? Pourquoi constitue-t-elle un « maillon faible » dans la chaîne des soins ?

Pourquoi le soignant a-t-il tant de difficultés à aborder les difficultés de l'élimination intestinale ?

La loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain : « assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »⁷.

La prise en charge du patient à l'hôpital nécessite de réfléchir à une qualité des soins prenant en compte l'intégrité, la dignité et le respect de la personne soignée dans cette relation qu'ont les médecins et infirmiers avec l'élimination intestinale. Car prendre soin, c'est s'occuper de l'ensemble des besoins biologiques, psychologiques, sociologiques et culturels du malade. L'élimination intestinale est un de ces besoins qui requiert toute l'attention des soignants. Son défaut de prise en charge entraîne des conséquences individuelles mais aussi dans le domaine de la santé publique. Comme le dit C. Hervé, « Les progrès de la médecine ont permis de mieux connaître l'homme mais en oubliant tout l'aspect des sciences-humaines et sociales »⁸. C'est pourquoi ce besoin particulier justifie une réflexion éthique afin de donner du sens à ces situations de soins « délicates ». Comme le dit E. Levinas « On ne peut se comprendre que par l'autre »⁹. Cette réflexion aura pour conséquence de diriger la conduite des soignants par

⁵ VEGA A., Une ethnologue à l'hôpital, L'ambiguïté du quotidien infirmier, Ed des archives contemporaines, 2000, p 61.

⁶ DOUGLAS M., De la souillure, Essai sur les notions de pollution et de tabou, Ed La découverte / Poche Sciences Humaines et sociales, 2000, p 55.

⁷ HERVE C., Ethique politique et santé, Médecine et société, PUF, 1^o édition, décembre 2000, 150 p.

⁸ HERVE C., Ethique politique et santé, Médecine et société, PUF, 1^o édition, décembre 2000, p 21.

⁹ AUBERT L., ECCI R., RENAULT M-H., VALETTE T., Législation, éthique et déontologie, Nouveaux cahiers de l'infirmière n°4, Masson, 2^o édition, 2000, p 31.

un ensemble de règles, de valeurs, notamment celle du respect de l'intégrité de la personne soignée. Le Professeur C. Hervé souligne « qu' il est nécessaire de développer une santé publique clinique, qui puisse s'attaquer aux facteurs de morbidité, de mal-être et de mortalité surtout »¹⁰.

L'objectif de ce travail est donc de mener une réflexion éthique sur la prise en charge de l'élimination intestinale à l'hôpital pour réduire la fréquence des constipations des patients, pendant leur séjour à l'hôpital.

¹⁰ HERVE C., Ethique politique et santé, Médecine et société, PUF, 1^o édition, décembre 2000, p 71.

2- REVUE DE LA QUESTION

La constipation en tant que telle est un sujet peu abordé dans la presse médicale professionnelle ou grand public. Les troubles intestinaux sont d'une manière générale le plus souvent l'objet d'exposés en termes physiopathologiques ou techniques avec de nombreux conseils hygiéno-diététiques.

2-1 La presse professionnelle

➤ Dans la presse professionnelle médicale, une étude de la Revue du Praticien (cf. annexe n°1) met en évidence tous les articles référencés sur l'élimination intestinale et la constipation, depuis 10 ans. Ce thème a suscité peu d'écrits. En effet on enregistre 6 articles traitant de physiopathologie, de diagnostic, d'examens complémentaires, de l'étiologie, des conduites à tenir dans le domaine des thérapeutiques et des moyens hygiéno-diététiques.

Les ouvrages d'anatomie et de physiopathologie sont nombreux sur le sujet. Toutefois, un seul auteur gastro-entérologue, J.Frexinos^{11, 12}, avec deux de ses livres donne une vision beaucoup moins technique et plus multidimensionnelle à ce problème.

Il existe au niveau de la littérature « grise », de nombreuses thèses consacrées au problème de la constipation, le plus souvent il s'agit de thèses de pharmacie.

En soins palliatifs, la littérature médicale et paramédicale est plus abondante dans le domaine de l'élimination intestinale et des conséquences induites par les traitements antalgiques. Certains ouvrages, notamment celui de J-M Lassauniere¹³ permet aux cliniciens d'y trouver la démarche à suivre dans divers symptômes comme celui de la constipation. Il s'agit avant tout d'un processus décisionnel permettant aux médecins d'aboutir à des propositions thérapeutiques concrètes.

Dans le domaine des soins aux colostomies, la littérature est variée notamment dans les techniques, les indications mais aussi les complications. On y parle aussi de soins des colostomies particulièrement dans des revues infirmières.

¹¹ FREXINOS J., L'art de purger, Histoire générale et anecdotique des laxatifs, éditions Louis Pariente, 1997, 215p.

¹² FREXINOS J. , Les ventres serrés, Histoire naturelle et sociale de la constipation et des constipés, éditions Louis Pariente, 1992, 149 p

¹³ LASSAUNIÈRE J-M., Guide pratique de soins palliatifs : aspects médicaux. John Libbey Eurotext, 2000, Paris, 106 p.

➤ Dans la presse professionnelle paramédicale, l'élimination intestinale demeure un thème peu publié, notamment au niveau de la prise en charge.

Une étude de 5 revues infirmières françaises des 10 dernières années (cf. annexe n°2) met en évidence 11 articles sur ce thème. L'analyse montre que ces écrits traitent principalement de la physiopathologie des troubles fonctionnels intestinaux, des causes de la constipation, des traitements et des moyens hygiéno-diététiques. Il est aussi question de protocoles et de conduites à mettre en place principalement pour l'alimentation. Un seul de ces articles¹⁴ explique que la constipation est un thème peu abordé spontanément par les patients et que la vigilance des soignants s'impose ; il propose ainsi des actions infirmières.

Dans ces revues infirmières, nous ne retrouvons rien sur l'aspect multidimensionnel de ce problème et de sa prise en charge .

Les ouvrages infirmiers dans le domaine de l'anatomie et de la physiopathologie sont nombreux au sujet de l'élimination intestinale. Toutefois, nous avons connaissance d'un seul auteur, M. Bretin,¹⁵ infirmière, qui donne une vision beaucoup plus holistique de ce problème. Elle montre la difficulté qu'ont les infirmières à aborder la constipation par manque de connaissance sur la conduite à tenir, sur la reconnaissance du type de constipation et à y faire face. Elle propose un protocole préventif.

On constate par ailleurs que les publications médicales ou infirmières plus spécialisées comme la gastro-entérologie s'intéressent plus à l'élimination intestinale notamment dans le cas des colostomies. En effet, dans certaines pathologies du colon, il est nécessaire de réaliser une stomie digestive temporairement ou définitivement, une stomie étant : « l'abouchement de l'intestin à la peau assurant une dérivation externe du contenu digestif »¹⁶. Ce système a pour conséquence pour le patient, outre la perte de son image corporelle, la perte du contrôle de l'exonération. Dans ces publications on y aborde souvent les problèmes de vie au quotidien concernant les selles, les gaz, les odeurs, et cela sans tabou ni complexe. Des conseils très pratiques y sont nombreux et précis pour permettre à ces malades de mener une activité physique et professionnelle les plus proche de la normale comme l'explique N. Lonzieme¹⁷ dans son article traitant de la prise en charge pratique du colostomisé.

¹⁴ Réflexion sur la constipation en soins palliatifs, Objectif soins, avril 1996, pp.34-35.

¹⁵ BRETIN M.M. , La prévention de la constipation vers un protocole infirmier, Cahier de recherche en soins infirmiers, édition Maloine, Paris, 1995, 75 p.

¹⁶ GUIMBAUD R., PERMEMUTER G., Soins aux personnes atteintes d'affections digestives, 3^{ème} édition, Nouveaux cahiers de l'infirmière, édition Masson, Paris, 2001, p 118.

¹⁷ LONZIEME N., Prise en charge du colostomisé en pratique, le rôle du stomathérapeute., Gériatries, janvier 2002, n°23, pp 33-38.

En soins palliatifs nous retrouvons le même constat. La littérature concernant l'élimination intestinale est abondante, comme l'exemple du guide pratique de soins palliatif de J-P Lassauniere¹⁸. Cet ouvrage, se veut avant tout un outil de travail quotidien, ou les cliniciens y trouvent la démarche à suivre dans différents symptômes comme la constipation et son traitement.

Dans la littérature anglo-saxonne, nous n'avons pas retrouvé de publication traitant de la difficulté qu'ont les soignants à prendre en charge l'élimination intestinale du patient hospitalisé. Toutefois, il existe des articles s'intéressant aux causes de la constipation et aux actes de prévention. Nous avons relevé celui de J. Winney¹⁹. Cet auteur donne une approche nouvelle en expliquant comment une évaluation et une compréhension de la fonction intestinale peuvent aider les soignants à maintenir son bon fonctionnement.

Un autre auteur, L. Nazarko²⁰, explique qu'au Royaume Uni, les infirmières considèrent rarement le suivi des états intestinaux de leur patient comme un rôle central de leur métier et que, de fait, l'abus de laxatif est très répandu dans les hôpitaux et les maisons de repos.

2-2 La presse médicale grand public

Deux revues grand public publiant sur des thèmes touchant à la santé ont été observées, chacune sur une période d'un an. Pour l'une « Santé Magazine » durant l'année 2001, il y a eu un seul article de trois pages s'intitulant : « Constipation à tout âge, les solutions »²¹. L'autre revue nommée « Top Santé » pour l'année 2002, une page y a été consacrée : « Comment lutter contre la constipation? »²². Cet article propose des conseils alimentaires pour favoriser l'élimination intestinale.

Ces deux écrits donnent une explication synthétique des causes de ce symptôme et apportent des conseils hygiéno-diététiques, plus particulièrement dans le domaine de l'alimentation.

Comme nous l'avons vu dans la presse professionnelle médicale et paramédicale ce sujet est plus abordé, bien que traité le plus souvent dans une approche physiopathologique et technique.

¹⁸ LASSAUNIÈRE J-P., Guide pratique de soins palliatifs : aspects médicaux, Eurotex, Paris, 2000, 106p.

¹⁹ WINNEY J., Nurs Stand 1998, Décembre 2-8 ; 13(11) : 49-53 ; quiz 55-6.

²⁰ NAZARKO L., Prof Nurse, 1996, Septembre ; 11(12) : 816-8.

²¹ La constipation à tout âge, revue Santé Magazine, avril 2001, pp. 114-117.

²² Comment lutter contre la constipation, revue Top Santé, septembre 2002.

Cette étude de la presse en général, montre que le trouble fonctionnel intestinal est abordé d'un point de vue physiopathologique, étiologique et thérapeutique. Toutefois, nous n'avons pas retrouvé d'article traitant du problème dans une approche, plus multidimensionnelle que technique.

3- RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE DE L'ELIMINATION INTESTINALE

Avant d'envisager les anomalies responsables de la constipation, un rappel anatomique et physiopathologique nous paraît utile pour comprendre les causes qui conduisent à cette difficulté.

3-1 Rappel anatomique

« La fonction de défécation a été, avec l'appétit et la miction, l'une des premières découvertes physiologiques de l'homme.²³ » Des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie de la motricité digestive vont permettre de mieux comprendre comment fonctionne le transit intestinal et donc l'élimination intestinale.

Le gros intestin fait suite à l'intestin grêle et se termine à l'anus. Long de 1,50 mètre environ avec un diamètre de 3 à 8 cm suivant les niveaux, il dessine un cadre autour de l'intestin grêle.

Le gros intestin présente différentes parties²⁴:

Le cæcum qui est la portion initiale du gros intestin, qui se présente comme un cul-de-sac placé dans la fosse iliaque droite. Sur sa face interne s'implantent :

- l'intestin grêle qui s'abouche par une valvule, la valvule iléo-cæcale.
- l'appendice vermiculaire, riche en formations lymphoïdes qui est le siège de fréquentes inflammations (appendicites),
- le côlon ascendant qui fait suite au cæcum, monte verticalement et se continue avec le côlon transverse, avec lequel il forme un angle, l'angle hépatique du côlon,
- le côlon transverse qui commence à l'angle hépatique, traverse de droite à gauche la cavité abdominale et se termine en se continuant avec le côlon descendant avec lequel il forme un angle, l'angle gauche ou angle splénique,
- Le côlon descendant qui commence à l'angle splénique et descend verticalement dans le flanc gauche,

²³ FREXINOS J., Les ventres serrés, Histoire naturelle et sociale de la constipation et des constipés, Louis Pariente, Paris, 1992, p 11, 145 p.

²⁴ LACOMBE M., Précis d'anatomie et de physiologie humaines, 26^{ème} édition, Lamarre-Poinat, Paris, 1989, pp. 109-110.

- Le côlon pelvien ou côlon sigmoïde qui fait suite au côlon descendant. Mobile, il dessine souvent une boucle dans la cavité abdominale.
- Le rectum qui est la partie terminale du tube digestif. Il comprend une partie haute, dilatée, faisant suite au côlon sigmoïde ; et une partie basse, rétrécie, qui traverse le périnée : le canal anal. Le rectum s'ouvre à l'extérieur par un orifice, l'anus , muni d'un sphincter strié.

Le gros intestin est caractérisé par la présence sur sa paroi de :

- bandelettes longitudinales, au nombre de trois, formées par les fibres musculaires longitudinales de sa paroi ;
- de bosselures, dans l'intervalle des bandelettes, séparées par des sillons ;
- d'appendices épiploïques, petites franges graisseuses implantées sur sa paroi.

3-2 Rappel de la physiologie colique

Les rôles du côlon sont²⁵ : la résorption de l'eau et des électrolytes à partir du chyme et le stockage des matières fécales jusqu'à leur expulsion. La moitié proximale du côlon a, surtout, un rôle d'absorption et la moitié distale un rôle de stockage.

Le côlon peut être assimilé à trois unités fonctionnelles :

- La première est constituée par le cæcum, le côlon droit et le transverse proximal qui sont le siège de mouvements de propulsion et de rétro-pulsion dont résulte le brassage des résidus alimentaires.

- La deuxième unité fonctionnelle est représentée par le transverse distal, le colon descendant et le sigmoïde, sièges de contractions segmentaires stationnaires qui réalisent un véritable frein à la propulsion des matières. Plusieurs fois par jour, essentiellement après les repas, le côlon droit, le côlon transverse et le côlon gauche vont être parcourus par des mouvements péristaltiques qui déplacent les selles sur une grande distance.

- La troisième unité fonctionnelle est constituée par le rectum. L'arrivée des matières dans le rectum va mettre à l'épreuve la continence anale. Deux systèmes vont permettre de protéger cette continence.

- Un système capacitif, dû aux propriétés visco-élastiques de l'ampoule rectale.

²⁵ ARTHUR C. GUYTON., Traité de physiologie médicale (traduit de l'américain par J. GONTHIER) édition DOIN, 1980, 2^{ème} tirage, 1986. p 783.

- Un système résistible, formé par l'appareil sphinctérien (sphincter interne et externe de l'anus) et l'angulation ano-rectale due à la fronde musculaire du muscle pubo-rectal.

L'arrivée des matières dans le rectum va provoquer une stimulation des mécano-récepteurs situés dans la paroi rectale, qui entraîne un relâchement du sphincter interne de l'anus. C'est le réflexe anal inhibiteur. La partie haute du canal s'ouvre et permet au contenu rectal d'y pénétrer, d'informer les centres supérieurs sur la nature solide, liquide ou gazeuse du contenu. La réception de la sensation de besoin va être responsable d'une contraction volontaire du sphincter externe de l'anus et du muscle pubo-rectal qui sont tous deux des muscles striés. Cependant, comme tout muscle strié, ces muscles sont fatigables et leur contraction s'estompe environ en une minute. Ils ne constituent donc qu'un mécanisme permettant d'assurer la continence en urgence. En l'absence de défécation immédiate, il existe un phénomène d'adaptation du réservoir rectal qui va se distendre, avec deux conséquences : d'une part le stockage des matières dans le rectum, d'autre part la disparition de la sensation de besoin par arrêt de la stimulation des tensio-récepteurs pariétaux. Lors de la défécation, les mêmes structures vont intervenir. Dans un premier temps, il va y avoir une contraction volontaire de la paroi abdominale et donc une hyperpression abdominale. Dans un deuxième temps, un relâchement du muscle pubo-rectal avec pour conséquence une orientation de l'angle ano-rectal. La motricité du tractus digestif est assurée par les contractions coordonnées des deux couches musculaires lisses, longitudinales externes et circulaires internes. L'activité électrique du muscle lisse digestif est réalisée par les cellules musculaires lisses digestives. La régulation de la motricité digestive est complexe et fait intervenir le système nerveux autonome, les hormones, et les neuropeptides gastro-intestinaux²⁶. Le contenu endoluminal joue un rôle important dans la régulation de la motricité gastro-intestinale, principalement au niveau gastrique et duodéal. En effet, « la vitesse d'évacuation gastrique est fonction du volume du bol alimentaire et des propriétés des nutriments.²⁷ » Le tube digestif absorbe plus de 95 % des aliments ingérés et élimine en moyenne 100 à 200 grammes de selles par jour, qui sont évacuées après passage par le gros intestin, celui-ci faisant suite à l'intestin grêle. Le rôle du colon est de récupérer les résidus liquides en excès et de les densifier, puis de stocker les matières fécales en attendant leur évacuation par l'intermédiaire du rectum et de l'anus.

²⁶ CHEVALIER T., MIGNON M., Motricité de l'estomac et de l'intestin grêle, Encyclopédie Médecine Chirurgie Paris, 1988.p 6.

²⁷ CHEVALIER T., MIGNON M., Motricité de l'estomac et de l'intestin grêle, op.cit, p6.

4- LA CONSTIPATION : LE TROUBLE LE PLUS FREQUENT DE L'ELIMINATION INTESTINALE

La constipation est le diagnostic le plus fréquent des troubles de l'élimination intestinale. « En France le nombre approximatif des constipés peut être estimé entre 5 et 15 millions, selon que l'on considère ceux qui sont constipés habituellement, ceux qui ne le sont que passagèrement et ceux qui se croient constipés²⁸ ». Dans une étude réalisée par C Capet, portant sur une population âgée de plus de 65 ans, 26% des hommes et 34 % des femmes se plaignaient de constipation, la prévalence de la constipation de plus de 65 ans serait de 40%²⁹. La constipation est un trouble fréquent et à prédominance féminine (2 femmes pour 1 homme). Selon le Professeur M. Dapoigny³⁰ les troubles fonctionnels intestinaux constituent un des états pathologiques les plus fréquemment rencontrés en pratique quotidienne. Leur prévalence globale, dans la population générale non consultante des pays industrialisés est proche de 20%.

Ce symptôme très fréquent de la constipation peut être le seul motif de consultation ou bien être associé aux autres signes cliniques, en particulier à la douleur abdominale. La définition la plus habituelle de la constipation repose sur le nombre de selles hebdomadaires. On sait que 95 pour 100 des sujets normaux ont moins de 3 selles par semaine ou moins de 35 grammes de selles par jour.

R. Guimbaud et G. Perlemuter, expliquent dans les nouveaux cahiers de l'infirmière que : « l'on considère comme constipé un sujet ayant moins de 3 selles par semaine³¹ ». La durée du transit pouvant varier selon la culture, l'alimentation, les habitudes de vie, l'environnement social. Cela reflète la civilisation d'aujourd'hui où le rythme de vie perturbe la réalisation de ce besoin dans les meilleures conditions. Etre constipé entraîne de la gêne, de la douleur, de la souffrance. Selon A. Guyton,³²« la constipation se caractérise par un ralentissement du bol fécal dans le colon, souvent associée à l'accumulation de selles déshydratées et dures en forte quantité dans le colon descendant du fait de la durée prolongée de la réabsorption de l'eau ».

²⁸ FREXINOS J., Les ventres serrés, Histoire naturelle et sociale de la constipation et des constipés, op.cit, p 7.

²⁹ CAPET C. , La constipation fonctionnelle, comment l'évaluer ? Comment la traiter ? Gériatries, revue pluridisciplinaire en gériatrie, mars/avril 2000, n°19, pp 17-25.

³⁰ DAPOIGNY M. , Troubles fonctionnels intestinaux, diagnostic et traitement, La revue du praticien, n° 14, Tome 49, p 1559.

³¹ GUIBAUD R., PERLEMUTER G., Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives, 3^{ème} édition, Nouveaux cahiers de l'infirmière, édition Masson, Paris, 2001, p 103.

³² GUYTON A, Traité de physiologie médicale, traduit de l'américain par GONTHIER J.édition Doin, 1980, 2^{ème} tirage, 1986, p 814.

On distingue la constipation de transit liée à un ralentissement de la motricité colique et la constipation terminale ou dyschésie liée à une anomalie de la fonction réservoir et/ou à une anomalie du fonctionnement sphinctérien.

Selon P. Denis,³³ la constipation peut être séparée en constipation du transit et en constipation distale : La première se traduit avant tout par une absence de besoin d'exonération, tandis que dans la seconde, le besoin est conservé mais impossible à satisfaire, sauf efforts de poussée majeurs et utilisation de manœuvres digitales.

4-1 Causes de la constipation

Les causes de la constipation sont multiples, Elle est due à un régime alimentaire pauvre en liquides ou en fibres, à l'absorption de certains médicaments, à un alitement prolongé et parfois à des chocs émotionnels. La constipation peut être soit primitive comme pour des anomalies du bol fécal (carences alimentaire, déséquilibre diététique) ; soit par manque d'exercice lié à la civilisation, à l'éducation, à la position et à l'installation sanitaire. Et parfois elle est due à des causes secondaires comme un désordre psychiatrique.

Dans tous les cas, les matières fécales retenues trop longtemps dans le côlon ou le rectum deviennent sèches, dures et dès lors difficiles à expulser.

Une des causes les plus fréquentes de constipation est l'existence d'habitudes irrégulières dans les horaires des selles et notamment le fait de différer le moment de se rendre aux toilettes, qui amène le sujet pendant une durée prolongée à inhiber les réflexes de défécation.

Le nouveau-né est rarement constipé, mais durant les premières années de sa vie, son éducation va l'amener à contrôler la défécation par l'inhibition des réflexes naturels. En effet, c'est vers l'âge de 2-3 ans que l'enfant est capable d'aller seul aux toilettes ou au pot, il peut faire savoir qu'il désire être seul pour préserver sa pudeur et son intimité.

La constipation peut aussi provenir d'un spasme d'une région limitée du sigmoïde. Comme dans l'exemple du côlon irritable dans lequel le spasme colique entraîne l'apparition d'une constipation avec des selles petites et dures, qui s'accompagnent fréquemment de douleurs abdominales oppressantes. Certains sujets présentent une constipation si sévère que les mouvements coliques ne réapparaissent qu'après plusieurs semaines. Dans ce cas, les matières s'accumulent dans le côlon en énorme quantité, ce qui produit une distension de ce dernier dont le diamètre peut atteindre 8 à 10 cm. Cette affection est appelée mégacôlon ou maladie

³³ DENIS P., Trouble de la motricité et de la sensibilité anorectale, La revue du praticien n°20, Tome 48, p 2262.

de Hirschprung. L'origine la plus fréquente en est l'absence congénitale de plexus myentérique sur un segment sigmoïde. De ce fait les réflexes de défécation et les mouvements péristaltiques ne parcourent pas cette zone intestinale et le sigmoïde lui-même devient petit, parfois spastique alors que les matières s'accumulent en amont, réalisant ainsi un mégacôlon. Parfois, ce sont des atteintes neurologiques comme la maladie de Parkinson, les maladies vasculaires cérébrales mais aussi certains états dépressifs, qui entraînent des troubles du transit intestinal. Ces troubles sont souvent majorés par le manque d'exercice et l'alitement prolongé. En effet, la sédentarité et le manque d'exercice provoquent un manque de muscle de la sangle abdominale, les abdominaux ne pouvant plus jouer le rôle de compression. Une position allongée génère une difficulté d'élimination intestinale. « La position accroupie est certainement la plus physiologique, elle permet en effet d'exercer une pression maximale par la tension du diaphragme et de la transmettre à la cavité abdominale, facilitant ainsi l'expulsion des matières³⁴».

Certains médicaments constituent également une cause majeure de la difficulté d'élimination intestinale. On parlera notamment des opiacés, des anticholinergiques, des anti-dépresseurs etc. C. Robinson et all³⁵ expliquent que les opiacés sont les analgésiques les plus fréquemment utilisés dans le suivi de la douleur et en particulier en cancérologie. C'est pourquoi, la constipation est un effet secondaire fréquent dans le traitement de la douleur. Une enquête concernant 28 personnes hospitalisées en oncologie montre que 95 % de ces patients souffrent de constipation. Parfois il s'agit d'interactions médicamenteuses qui favorisent la survenue d'une constipation.

R. Guimbaud et G. Perlemuter³⁶, expliquent que l'abus de laxatifs peut être responsable d'une constipation. En effet, il peut y avoir un phénomène irritant provoquant une diarrhée hydro-électrolytique.

La littérature montre aussi qu'un régime alimentaire mal équilibré, une carence hydrique sont des facteurs aggravants, tout comme l'anxiété. Pour combattre la constipation, la littérature est abondante sur le sujet, de nombreux régimes sont préconisés. Une étude réalisée en 1993 par P. Denis, J. Frexinos³⁷, a été effectuée par 116 médecins généralistes de la région parisienne. Elle a porté sur 1039 patients présentant une constipation chronique. Cette étude montre que

³⁴ FREXINOS J., Les ventres serrés. Histoire naturelle et sociale de la constipation, op.cit, 1993, p 123.

³⁵ ROBINSON C., et all, Clinical Journal Oncologie Nursing, 2000, Mars-Avril ; 4(2) : 79-84.

³⁶ GUIBAUD R., PERLEMUTER G., Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives, 3^{ème} édition, Nouveaux cahiers de l'infirmière, édition Masson, Paris, 2001, p 106.

³⁷ DENIS P, FREXINOS J., D'une évaluation de l'efficacité des fibres alimentaires à l'abord psychosociologique du constipé : un travail d'accompagnement, Information Diététique, Avril, 1996, pp 20-23.

l'alimentation est un facteur favorisant l'élimination intestinale d'un point de vue physiologique. Les auteurs ont aussi démontré que l'acte de déféquer met en jeu également des composantes d'ordre psychique et environnemental. L'évolution sociale au cours des siècles précédents a modifié le seuil de pudeur et de sensibilité. Norbert Elias³⁸ dans son ouvrage intitulé la « Civilisation des mœurs », pense que l'évolution de l'organisation familiale a amené à la société d'évoluer vers des notions de honte et de pudeur. C'est ainsi que, progressivement, certains besoins naturels comme celui de « déféquer » se réalise dans des endroits réservés à cet usage. La société met également en place de nombreux dispositifs techniques permettant une intimité. L'évolution des mœurs dans la société occidentale a pris sens avec le développement des sentiments de pudeur, de honte. Aujourd'hui encore l'environnement hospitalier peut ne pas favoriser l'intimité de la personne soignée et donc sa dignité. La dignité vient du latin : dignitas c'est à dire « respect dû à une personne, à une chose ou à soi même ». La Déclaration Universelle des droits de l'homme précise dans son préambule : « La reconnaissance de la dignité inhérente à tous les hommes de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde... »

J.Frexinos³⁹ pense que la constipation est une notion très subjective, chacun ayant sa propre conception de la constipation, qui se traduit parfois par des idées fausses et une consommation abusive de laxatifs.

Comme nous venons de le voir, les causes de la constipation sont multifactorielles. En effet, ce diagnostic est fréquemment lié à des insuffisances de boissons et de fibres ainsi qu'à un manque d'exercice. La prise de certains médicaments, un état dépressif, une maladie digestive ou un abus de laxatifs peuvent être à l'origine d'une paresse intestinale, tout comme un changement d'environnement (hospitalisation) qui peut aussi favoriser cet état de constipation.

4-2 Les traitements proposés

³⁸ ELIAS N., La civilisation des mœurs, 1° éd. 1939, 2° édi 1969, Collection Agora, Calmann-Levy, Pocket, France 1976, 317 p.

³⁹ FREXINOS J., Les ventres serrés, Histoire naturelle et sociale de la constipation et des constipés, op.cit, pp.68-73.

- **Des mesures hygiéno-diététiques**

Le plus souvent, il s'agit de conseils hygiéno-diététiques., qui consistent en une éducation sur des habitudes alimentaires et sur une meilleure hygiène de vie. Pour cela, il est important de rappeler à la personne la nécessité d'un apport hydrique suffisant, d'une alimentation appropriée, et de l'importance de la régularité de ce besoin. Parfois, des exercices physiques sont recommandés pour stimuler les muscles de la paroi abdominale.

De nombreux auteurs ont montré l'intérêt des fibres alimentaires dans le traitement de la constipation. Ces fibres⁴⁰ ont des actions différentes sur le transit intestinal selon leur constitution. Il existe deux types de fibres. Celles dites solubles dans l'eau et qui sont contenues dans les fruits et les légumes riches en eau. Elles ont la propriété au contact de l'eau de former des solutions épaississantes et visqueuses. Et celles dites insolubles qui se trouvent dans les céréales principalement dans le son et le blé. Les fibres insolubles proviennent de la fraction cellulosique et liquéfiée des parois végétales. On les trouve dans les produits céréaliers comme le son de blé. Elles ont un très fort pouvoir hygroscopique, c'est-à-dire qu'elles se gonflent d'eau. Ainsi elles augmentent le volume et le poids des selles. Elles ont un effet mécanique sur le transit intestinal jusqu'au côlon, les fibres insolubles étant peu dégradées par les bactéries.

Ces conseils diététiques consistent donc, pour beaucoup d'auteurs, en un apport de fibres alimentaires suffisant. Ces fibres sont présentes dans tous les végétaux . Elles sont peu digérables et ont un fort pouvoir de rétention d'eau. Elles augmentent ainsi le poids du « ballast intestinal » et accélèrent par ce biais la progression du bol fécal. Les fibres ont aussi une action mécanique sur l'intestin et stimulent les contractions des fibres musculaires, veillant ainsi à ce qu'il ne devienne trop paresseux. Les selles nécessitent aussi un apport d'eau suffisant pour faciliter leur progression dans le tube digestif. Pour cela, un litre et demi d'eau est nécessaire chaque jour.

- **L'activité physique et les massages abdominaux**

Il est important de limiter toute sédentarité, qui favorise et entretient la constipation. L'activité physique, notamment la marche met en jeu un grand nombre de muscles, dont ceux de la paroi abdominale.

⁴⁰ BENEYTOU J.L., A propos des fibres alimentaires, Le mensuel de la formation pharmaceutique continue, Actualités pharmaceutiques, n°396, Avril 2001, pp59-61.

Nous savons aussi que les massages abdominaux en suivant le cadre intestinal dans le sens des aiguilles d'une montre est, chez certains, un moyen efficace pour améliorer la régulation du transit. S. Nouveau⁴¹, kinésithérapeute, explique dans un article publié dans une revue spécialisée que le massage abdominal est un « outil » thérapeutique supplémentaire et nécessaire en plus des moyens hygiéno-diététiques pour lutter contre la constipation chronique. L'efficacité de ce massage repose sur un massage manuel effectué par un kinésithérapeute sur le trajet colique en respectant les principes fondamentaux de pressions douces, lentes, à l'écoute des tissus sous jacents. Cette technique est effectuée dans un temps très court mais dont l'action est efficace à long terme. Elle reste toutefois bénéfique à court terme du fait de la pression intra-abdominale qu'elle engendre et cela d'autant plus que les selles sont bien hydratées et consistantes. On peut néanmoins constater que souvent, le seul traitement efficace repose sur la prescription de laxatifs.

- **Les thérapeutiques**

Lorsque des mesures d'hygiène ne sont pas suffisantes, les médecins peuvent prescrire des laxatifs. En soins palliatifs il existe une littérature importante au sujet du traitement de la constipation chez les patients ayant des antalgiques majeurs. En effet, M. Fallon⁴² dans un article publié dans Palliative Medicine montre que la constipation due à la morphine peut être traitée par des laxatifs. Pour elle, la constipation persistante chez certains patients est moins due à la morphine qu'à l'état de maladie du patient.

Il existe plusieurs types de laxatifs :

- **les laxatifs de lest** à base de fibres, son ou mucilage, sont les plus courants et les moins agressifs. Ils se contentent de réhydrater les selles et d'augmenter leur volume, et donc la pression de la selle sur la paroi intestinale favorisant ainsi sa progression.

⁴¹ NOUVEAU S., Prise en charge des patients souffrant de constipation chronique en service de longue durée, Le mensuel pratique du kinésithérapeute n° 397, février 2000, pp 36-40.

⁴² FALLON M., Morphine, constipation and performance status in advanced cancer patients, Palliative Medicine, 1999, vol. 13, n°2, p.159-160.

- **Les laxatifs lubrifiants** comme l'huile de paraffine, font « glisser » la selle. Lorsqu'ils sont consommés en excès, ils peuvent empêcher l'absorption de certaines vitamines liposolubles.
- **Les purgatifs et les laxatifs stimulants** qui aboutissent à l'exonération brusque d'une selle plus ou moins moulée. Se sont des médicaments irritants qui exercent un effet direct sur les nerfs et les muscles de la paroi intestinale. Ils ont des incidences sur le transport de l'eau et des électrolytes au niveau de la barrière intestinale et provoquent des altérations morphologiques de la muqueuse intestinale.

Malgré tous ces moyens préventifs et thérapeutiques, la constipation reste un problème important à l'hôpital.

5- LA CONSTIPATION PROBLEME MASSIF A L'HOPITAL

A l'hôpital, le trouble le plus fréquent de l'élimination intestinale est la constipation. En effet, de nombreux malades hospitalisés souffrent de ce problème. Il peut être ancien, mais bien souvent il est accentué ou provoqué par l'hospitalisation. En effet, dans certains services notamment en unités de soins palliatifs, ce symptôme est très important du fait de l'utilisation d'antalgiques majeurs. NP. Sykes⁴³ s'est intéressé à définir l'importance des opioïdes dans l'installation de la constipation et la relation existant entre la consommation d'opioïdes et celle de laxatifs chez 487 patients atteints d'un cancer en phase avancée. Le Professeur P. Chassagne⁴⁴ cite dans un article que la constipation est un problème gériatrique de santé

⁴³ SYKES N., Relationship between opioïde use and laxative use in terminally ill cancer patients, Palliative Medicine, 1998, volume 12, n°5, pp 375-383.

⁴⁴ CHASSAGNE P. , La constipation : un problème gériatrique de santé publique, Revue pluridisciplinaire en gériatrie, mars/avril 2000, n°19, pp 18.

publique, puisque selon lui la prévalence de ce symptôme pour des patients âgés de plus de 80 ans est supérieure à 50%.

C'est pourquoi la consommation en laxatifs en est le témoin. Nous avons fait une évaluation sur les coûts des thérapeutiques prescrites pour constipation sur les huit premiers mois de l'année 2002 pour un grand CHU de 3470 lits d'hospitalisation. Pour cela, nous avons collecté le nombre de médicaments laxatifs délivrés. Le coût total de ces prescriptions a été estimé à plus de 24.000 € pour 8 mois. Nous avons également réalisé une évaluation du nombre d'examen radiologiques prescrits pour ce problème dans ce même CHU, notamment les radiographies de l'abdomen sans préparation (ASP) et les lavements aux hydrosolubles. Une moyenne mensuelle de 175 ASP et d'environ 40 lavements sont effectués. Le coût induit par l'ensemble de ces prescriptions (thérapeutiques et radiologiques) est estimé à plus de 77.000 € par an pour un grand CHU.

Selon J. Frexinos⁴⁵ « pendant longtemps les troubles fonctionnels intestinaux ont été considérés comme résultant de troubles primitifs de la motricité et ou de la sécrétion sans lésion organique décelable ». La reconnaissance du caractère multidimensionnel de cette pathologie demande à l'hôpital de s'interroger sur la prise en charge de l'élimination intestinale par le corps médical et par les soignants. Afin de comprendre ce que vit le patient « constipé », nous avons réalisé 5 entretiens exploratoires auprès de patients ayant eu un ASP pour ce symptôme. L'ensemble de ces malades indique qu'il existe des craintes diverses liées à l'acte de déféquer. Un d'entre eux, hospitalisé en chirurgie cardiologique, nous explique qu'il pensait « ouvrir » sa cage thoracique en « poussant ». Ce sont aussi des sentiments de honte, d'humiliation, qui sont vécus et qui aggravent la difficulté d'élimination intestinale à l'hôpital. C'est pourquoi quelle que soit l'attitude choisie, la qualité de la relation soignant-malade est l'élément essentiel de la prise en charge de la personne soignée pour prévenir la constipation.

5-1 Missions de l'hôpital

L'hôpital représente, pour la majorité des Français, un service public à la disposition de tous. On y soigne les cas les plus graves, mais aussi les affections bénignes. Les missions de l'hôpital comportent différents volets : la fonction de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche. « Depuis plusieurs années, afin de supprimer les dérives, le législateur a fixé

⁴⁵ FREXINOS J., DELVAUX M., LAGIER E., Syndrome de l'intestin irritable, revue du praticien, 15 déc. 1998, n°20, tome 48, page 2257.

certaines bornes éthiques à la pratique médicale. »⁴⁶ L'article L.711-4 du Code de la Santé Publique, indique les garanties offertes par le service public hospitalier : « Ces établissements garantissent l'égal accès à tous aux soins. Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins.⁴⁷ ». Depuis la loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité et du service effectué. L'art L 710-3 de cette même loi précise : « Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé publics et privés sont tenus de disposer de moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité ».

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé insère dans le Code de la santé publique de nombreuses dispositions relatives aux droits des patients. Dans cette loi, il est aussi question, pour le malade, du droit à recevoir les soins garantissant la meilleure sécurité sanitaire, au regard des connaissances médicales avérées, du droit à obtenir des soins ne faisant pas courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté, et du droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur, en toute circonstance. Il est également précisé que : toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. L'information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de préventions, leur utilité, etc. Elle incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles.

Les médecins sont réglementés par le **Code de déontologie**, qui est un ensemble de devoirs particuliers du médecin. Le **décret n°95-1000 du 6 septembre 1995**, en est la dernière version. Il comporte 114 articles.

Le Titre I : concerne les devoirs généraux. L'article 2 : précise que le médecin est au service de l'individu et de la santé publique. Il exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité...

L'article 7 : indique que le médecin doit écouter, examiner, consulter ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs, et leur situation de famille...

⁴⁶ PONCHON F., Les droits des patients à l'hôpital, , PUF, Que sais-je, Paris, 1999, p11.

⁴⁷ PONCHON F., Les droits des patients à l'hôpital, op.cit, p19.

Le Titre II intitulé : Devoirs envers le patient. Le médecin a le devoir de rétablir, protéger, et promouvoir la santé. L'article 32 : le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents. L'article 35 : l'information doit être claire et appropriée.

L'article 37 : En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade.

L'article 38 : Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments...sauvegarder la dignité du malade...

C'est depuis **la loi n°78-615 du 31 mai 1978 et du décret n°84-689 du 1^{er} juillet 1984**, qu'il est reconnu un rôle propre infirmier, qui découle de l'habilitation donnée à l'infirmière en raison de sa formation et de ses connaissances. La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation des soins infirmiers qui sont dispensés, soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre infirmier. Les soins infirmiers relevant de ce rôle propre sont ceux concernant l'éducation, la prévention en matière de santé et d'hygiène, dont les infirmiers prennent l'initiative et organisent la mise en œuvre en vue du maintien du confort du malade.

La circulaire DGS-DH n° 387 du 15 septembre 1989 relative au mode d'exercice de la profession d'infirmière dans les établissements hospitaliers rappelle la spécificité du service infirmier. **Le décret n°2002-194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière définit la pratique infirmière : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. {...} Ils ont pour objet dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle, de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes [...]. L'article 5 rappelle que l'infirmier a compétence pour prendre des initiatives qu'il juge nécessaires et accomplit les soins indispensables. L'infirmier réalise les actes visant à assurer le confort du patient, notamment la surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire et de l'élimination intestinale.

6- EVOLUTION SOCIALE DE LA FONCTION D'ELIMINATION INTESTINALE

L'Organisation Mondiale de la Santé en 1978, définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». L'élimination intestinale est un besoin fondamental et d'absolue nécessité de tout un chacun. Pour l'infirmière Virginia Henderson : « Un besoin fondamental est une nécessité vitale, c'est-à-dire ce qui est essentiel à l'être humain pour se maintenir en vie et assurer son bien être.⁴⁸ »

Cependant, malgré les connaissances en physiopathologie, en thérapeutique, en conseils hygiéno-diététiques, la constipation reste un problème MASSIF à l'hôpital. L'étude réalisée dans un grand CHU sur la consommation en laxatifs en est le témoin. Toutefois, l'hôpital n'est pas un lieu isolé du reste de la société, et le fait d'être hospitalisé n'est pas en soi une rupture avec le monde extérieur : les mêmes valeurs, les mêmes normes, les mêmes

comportements y sont véhiculés. L'anthropologue David Le-Breton explique que « la défécation est devenue sujet de honte impliquant le silence, le repli sur soi et surtout la crainte d'être surpris en si fâcheuse posture.⁴⁹ » Même le professeur en anthropologie F. Murphy, touché par une paraplégie ? dans son ouvrage « Vivre à corps perdu⁵⁰ », n'aborde à aucun moment sa fonction d'élimination intestinale et du fait que des tiers doivent l'aider dans la réalisation de ce besoin. En effet, l'évolution sociale au cours des siècles a modifié le seuil de pudeur et de sensibilité. Au Moyen Age, les fonctions du corps ne s'accompagnaient pas de « sentiments psychiques » comme la pudeur, l'intimité. L'évolution de l'organisation familiale a amené la société à évoluer vers des notions de honte et de pudeur. C'est ainsi que, progressivement, certains besoins naturels, comme celui de « déféquer », se réalisent dans des endroits réservés à cet usage. Norbert Elias⁵¹, dans son ouvrage « La civilisation des mœurs », explique comment les sentiments psychiques, notamment la pudeur et l'intimité, ont évolué au cours des siècles, et se sont transmis, de génération en génération. Ils ont peu à peu modifié certains comportements, certaines attitudes et certaines mœurs. L'auteur cite ainsi dans son ouvrage l'exemple du XVI^{ème} siècle, où le besoin de « déféquer » se réalise dans un endroit réservé à cet usage et à l'abri des regards du public. L'existence des commodités dans chaque maison date du début de XVI^{ème} siècle. A Paris, « il fut ordonné de construire des latrines privées dans chaque maison en 1513.⁵² » On peut donc imaginer que certaines habitudes se seraient développées depuis le XVI^{ème} siècle, notamment celles de s'isoler dans un lieu destiné à éliminer ses déchets à l'abri des regards. Les comportements humains, les sentiments de pudeur et d'intimité sont à l'origine de toute cette évolution.

G. Vigarello, professeur en sociologie et auteur de travaux sur les représentations du corps, notamment sur la notion de pudeur, souligne que celle-ci est extrêmement développée au XIX^{ème} siècle, surtout en ce qui concerne l'hygiène corporelle. A cette époque, on l'associe souvent à la sexualité, sujet très tabou, où il existait beaucoup d'interdits par rapport au corps, que ce soit le toucher ou la nudité du corps. « Ce sont les pudeurs qui jouent comme autant de résistances insidieuses.⁵³ » La pudeur s'acquiert par les rituels de la société et l'enfant se les

⁴⁸ RIOPELLE L., GRONDIN L., PHANEUF M., Soins Infirmiers un modele centré sur les besoins de la personne, ed McGranw-hill, 1984, pp 3.

⁴⁹ LE BRETON D. De l'excréta en anthropologie, Voyage sans transit, Editions Medigone pour les laboratoires Beaufour, Paris, 1997, pp 8-15.

⁵⁰ MURPHY R. F., Vivre à corps perdu, édition Pocket, Plon, 1990, pour la traduction française, 374 p.

⁵¹ ELIAS N., La civilisation des mœurs, 1^o éd.1939, 2^o éd.1969, Collection Agora, Calmann-Levy, Pocket, France, 1976, 317 p.

⁵² BOURKE J-G., Les rites scatologiques, PUF, Philosophie d'aujourd'hui, Paris, 1981, p 130.

⁵³ VIGARELLO G., Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen Age, Points Histoire, Seuil, Paris, 1985, p 188.

appropriée très tôt. Il apprend à ne pas parler de son corps, à respecter certaines conduites sociales par respect de sa propre pudeur, mais aussi par respect pour autrui.

L'évolution de ces concepts dans la société sont probablement à l'origine de cette gêne à parler de cette fonction « triviale » qu'est l'élimination intestinale. « Il a fallu que nos sociétés parcourent un long chemin pour la défécation encore chantée par Rabelais, évoquée sans vergogne par Montaigne...devienne un motif de honte, impliquant le silence, le repli sur soi et la crainte d'être surpris en si fâcheuse posture⁵⁴. » David Le-Breton fait d'ailleurs remarquer dans son ouvrage « Anthropologie du corps et modernité » que : « dans la littérature ou le cinéma, règne aussi cette règle tacite, mais bien établie du savoir-vivre. On peut parler de tout sauf des règles, du pet, du rot de la digestion⁵⁵... ». A l'inverse, on peut noter que la littérature des prisons abonde en témoignage de tout ce refoulé dans ces situations de captivité ou la promiscuité prend une place très particulière puisque les prisonniers à 2 ou 3 par cellule sont en permanence sous le regard les uns des autres, même dans ces circonstances. David Le-Breton s'exprime sur le corps en situation extrême à travers des actions journalières comme celle de déféquer. Pour lui l'individu lutte chaque jour pour sa survie qui implique d'abord une lutte pour son propre corps. Ainsi la personne repousse plus loin les limites du tolérable comme sa pudeur, son intimité

Cette revue de questions historiques montre qu'aujourd'hui en dehors des situations d'incarcération, de camps etc, l'élimination intestinale est un sujet tabou pour tous, que l'on soit acteur de santé ou malade, sa prise en charge en est donc complexe. « ...nombre d'études méticuleuses menées par des ethnologues sur les sociétés oublient fâcheusement toute allusion à cet égard, même si, par exemple, les pages consacrées à l'alimentation ou aux rites alimentaires abondent souvent. Les hommes mangent mais n'éliminent guère⁵⁶ » explique David Le Breton.

La prise en charge des personnes soignées à l'hôpital nécessite donc d'être centrée sur le patient dans sa singularité. Les textes réglementaires, concernant les droits des patients, sont une aide. Or, nous avons fait le constat d'un défaut de prise en charge concernant le besoin d'élimination intestinale favorisant ainsi la mise en place ou l'aggravation d'une constipation

⁵⁴ LE BRETON D. De l'excréta en anthropologie, Voyage sans transit, Editions Medigone pour les laboratoires Beaufour, Paris, 1997, p9.

⁵⁵ LE BRETON D., Anthropologie du corps et modernité, PUF, Paris, 3^{ème} édition, 2003, p 99.

⁵⁶ LE BRETON D. De l'excréta en anthropologie, Voyage sans transit, Editions Medigone pour les laboratoires Beaufour, 1997, pp 9.

et donc un véritable problème de santé publique . Comme l'explique L. Nazaro⁵⁷ où, selon lui, les infirmières considèrent rarement le suivi des états intestinaux de leur patients comme un rôle central de leur métier. C'est pourquoi, il nous paraît important d'avoir une réflexion éthique sur les pratiques professionnelles afin d'en comprendre le sens.

7- QUESTIONNEMENTS ETHIQUES

Les soignants sont depuis longtemps attachés au concept de prise en charge globale. La formation des soignants, notamment des infirmières, a depuis plus de 20 ans intégré les sciences humaines dans la formation comme la psychologie, la sociologie et l'anthropologie. Ainsi, la prise en charge des patients est devenue de plus en plus complète, intégrant les habitudes de vie de la personne soignée, ses antécédents etc. C'est pourquoi, on parle dorénavant de prise en charge dite « bio-psycho-sociale » comme le préconise l'OMS.

Or, peut-on parler de prise en charge globale alors que le besoin d'élimination intestinale est occulté par des a priori, des tabous ou d'autres priorités plus techniques etc. ?

Nous savons que l'élimination intestinale est une fonction souvent perturbée par l'hospitalisation elle-même, du fait de perturbations biologiques, psychologiques, sociales et environnementales qu'elle suscite.

On peut donc s'interroger sur les raisons de cette insuffisance de prise en charge malgré toutes les connaissances des soignants, plusieurs questions éthiques se posent :

⁵⁷ NAZARKO L. , Prof Nurse, 1996, Septembre ; 11(12) : 816-8.

- Qu'est ce qui fait que les soignants ont des difficultés à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés ?
- Quels sont les déterminants qui influencent la prise en charge de l'élimination intestinale par les soignants ?
- La formation prépare-t-elle les soignants à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés ?

8- PROBLEMATIQUE

Pourquoi les soignants ont-ils tant de difficultés à prendre en charge de l'élimination intestinale des patients hospitalisés ?

9- HYPOTHESE

Compte tenu du cheminement de notre travail de recherche, nous avons formalisé et retenu l'hypothèse suivante :

L'élimination intestinale est un « tabou » partagé par les professionnels de santé entraînant une prise en charge technique de ce besoin fondamental

Cette **hypothèse** est composée de deux variables :

- « *L'élimination intestinale est un tabou* » partagé est la variable dépendante.
- « *Entraînant une prise en charge technique de ce besoin fondamental* » est la variable indépendante.

L'intérêt de cette hypothèse est de nous permettre de vérifier cette affirmation pour ensuite déboucher sur des conclusions pratiques. Pour cela nous nous référerons à des **indicateurs** qui vont nous permettre d'établir une relation ces deux variables.

10- MATERIEL ET METHODE

Nous allons aborder, dans ce chapitre, la construction du modèle d'analyse indispensable à l'enquête. Puis, nous expliquerons le choix de la méthode d'enquête. Enfin, nous décrirons la méthode d'analyse des résultats.

10-1 Construction du modèle d'analyse

L'hypothèse retenue établit une interaction entre :

- « le tabou » de l'élimination intestinale,
- et le type de prise en charge par les soignants.

Les critères pour estimer les facteurs favorisant le tabou de l'élimination intestinale sont :

- les rejets, exclusions,
- les délégations,
- la préférence donnée aux soins techniques,
- la formation.

La définition des critères qui sont au centre de l'hypothèse permet de repérer les indicateurs (cf. annexe n°3). Nous pourrions ainsi vérifier si l'élimination intestinale est un tabou partagé

par les professionnels de santé, entraînant une prise en charge technique de ce besoin fondamental.

10-2 Choix et méthode d'enquête

Afin de poursuivre notre travail de recherche et vérifier notre hypothèse, nous avons choisi d'utiliser la méthode du questionnaire pour connaître les conduites, les comportements et établir des représentations concernant la prise en charge de l'élimination intestinale à l'hôpital par les professionnels de santé, médecins, infirmières, aides-soignants et étudiants en soins infirmiers. Cette méthode permet de mettre en évidence la nature de la prise en charge. Il s'agit d'un questionnaire anonyme à administration directe, le répondant remplissant lui-même le questionnaire.

10-3 Méthodologie de construction du questionnaire

Pour élaborer notre outil d'enquête, nous avons choisi de réaliser 4 **entretiens face à face semi-directifs**, auprès de 2 médecins et de 2 infirmiers. Ces entretiens avaient pour objectif de les écouter au sujet de leur propre pratique concernant la prise en charge de l'élimination intestinale des patients hospitalisés. Cela nous a permis d'analyser plus finement les pratiques à étudier. D'autre part, la littérature met en évidence une enquête réalisée par une infirmière : M.M. Bretin⁵⁸ dont les résultats ont enrichi la construction de notre questionnaire.

Le questionnaire a été ensuite testé auprès de 2 médecins et de 2 infirmières afin de le perfectionner en fonction des non-réponses, des difficultés de remplissage, des hésitations observées lors de la passation du pré-questionnaire.

10-4 Présentation du questionnaire

Nous avons voulu que ce questionnaire n'excède pas 16 questions et que le temps de remplissage ne soit pas supérieur à 20 minutes. Le test a permis de préciser la concision des

⁵⁸ BRETIN M.M. , La prévention de la constipation, vers un protocole infirmier, Cahier de recherche en soins infirmiers, édition Maloine, 1995, 75 p.

questions. Ce questionnaire anonyme au sujet des pratiques professionnelles (cf. annexe n° 4) comprend deux parties :

- la première partie permet d'identifier : le répondant dans sa profession, son lieu d'exercice, son grade ou expérience professionnelle de la question numéro 1 à 4.

- la deuxième partie permet d'approcher les déterminants influençant les pratiques en relation avec les différents critères de la question numéro 5 à 16 :

- ❑ les rejets, tabous, exclusions, seront repérés dans les questions : n° 6-7-9-10-12-13-14-15-16
- ❑ les délégations, organisations dans les questions : n° 6-7-8-10-11-12-15-16
- ❑ la préférence donnée aux soins techniques, dans les questions : n° 5-6-7-9-10-12-13-14-15-16
- ❑ la formation questions : n° 5-6-10-12-13-14-15-16.

Sur les 16 questions, 9 sont des questions fermées uniques, 2 sont des questions fermées ordonnées qui permettent de hiérarchiser les réponses, et enfin 5 sont des questions ouvertes. Le temps de remplissage a été estimé lors du test à un maximum de 20 minutes ce qui nous semble une durée acceptable compte tenu de la charge de travail de chacun.

10-5 Choix de la population

La population retenue pour l'enquête a été choisie parmi des médecins, infirmiers et aides-soignants travaillant dans des établissements publics de santé et des étudiants en soins infirmiers en troisième année de formation.

Le choix du milieu hospitalier a été déterminé par le fait que nous nous interrogeons à la prise en charge de l'élimination intestinale des patients hospitalisés. Pour les étudiants en soins infirmiers nous avons ciblé des étudiants en troisième année de formation, du fait de leur regard neuf sans être tout à fait « naïfs » sur les pratiques soignantes.

10-6 Définition de l'échantillon et modalités

Compte tenu des contraintes temporelles et de la population ciblée, il nous a semblé souhaitable d'avoir un échantillon de 180 personnes soit : 45 médecins, 45 infirmiers, 45 aides soignants et 45 étudiants en soins infirmiers afin de poser à cet ensemble de répondants une série de questions relatives à leurs opinions concernant la prise en charge de l'élimination intestinale.

A - Critères d'inclusion

Médecins et infirmiers travaillant au sein d'un même établissement public de santé et des étudiants en soins infirmiers en troisième année de formation.

B- Critères d'exclusion

Les soignants travaillant en pédiatrie, gériatrie ou maternité du fait d'une culture plus forte dans le domaine de l'élimination intestinale et donc des pratiques soignantes probablement différentes.

10-7 Modalités de passation du questionnaire

Afin de prendre en compte le facteur temps et assurer un bon taux de réponses, nous avons choisi, dans le cadre de cette recherche de distribuer les questionnaires aux médecins par l'intermédiaire de 5 chefs de service, pour les infirmiers et aides soignants par 9 cadres infirmiers. Le remplissage des questionnaires par les médecins a été réalisé dans la semaine du 14 au 18 avril 2003, les infirmiers et aides soignants un jour donné le 17 avril 2003. Pour les étudiants en soins infirmiers nous avons choisi après accord d'un Directeur d'institut de formation en soins infirmiers d'être présent pour la passation collective du questionnaire le 29 avril 2003 (à partir de la liste des étudiants présents nous avons pris en compte 45 étudiants tirés au sort de façon aléatoire tous les 5 noms).

10-8 Méthode d'analyse des résultats

Les réponses codées à ce questionnaire seront ensuite croisées avec les caractéristiques professionnelles des individus interrogés pour la variation du rapport entre les différents indicateurs. Pour réaliser l'analyse, nous avons dans un premier temps fait une analyse à plat des résultats. Puis concernant les résultats les plus importants nous avons réalisé un test statistique du **chi deux**. Ce test est un nombre qui représente l'importance de la différence entre les effectifs ou pourcentage observés et les effectifs ou pourcentages théoriques.

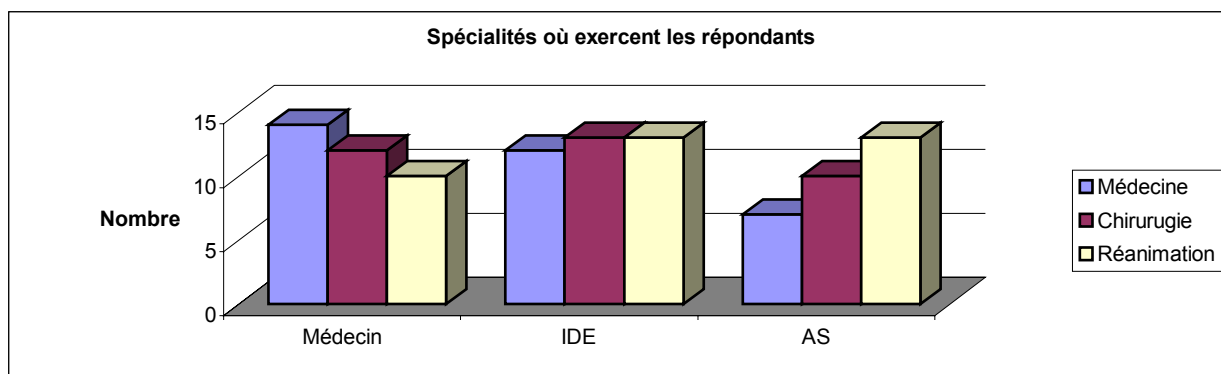
Une analyse de contenu a été effectuée pour l'ensemble des questions ouvertes.

11- RESULTATS

Parmi les 180 professionnels de santé ou futurs professionnels ayant participé à l'enquête, nous avons collecté 130 questionnaires, soit un taux de participation supérieur à 72%, dont 36 questionnaires émanant de médecins, 37 d'infirmiers, 30 d'aides-soignants et 27 d'étudiants en soins infirmiers.

Parmi les répondants diplômés, un peu plus de 33 personnes travaillent en médecine interne soit (31%), 34 en chirurgie orthopédique (33%) et 36 en réanimation (34%). Les infirmiers et aides-soignants sont diplômés depuis plus de 12 ans en moyenne. Les médecins sont pour le plus grand nombre des praticiens hospitaliers, les internes ne représentent que 27% de la totalité des médecins.

Histogramme n° 1 : spécialités où exercent les professionnels de santé diplômés



11-1 Description de la population

- **Les médecins**

Parmi les 45 médecins ayant participé à l'enquête, nous avons reçu 36 questionnaires, soit un taux de participation de **80%**, dont 14 d'entre eux travaillent en médecine interne, 10 en réanimation médicale et 12 en chirurgie orthopédique.

Parmi ces médecins, nous retrouvons 10 Internes des hôpitaux, 10 Chefs de Clinique, 11 Praticiens Hospitaliers (PH), 5 Professeurs d'Université et Praticiens hospitaliers (PU-PH).

- **Les infirmiers**

Parmi les 45 infirmiers (IDE) ayant participé à l'enquête, nous avons reçu **37** questionnaires, soit un taux de participation d'un peu plus de **82%**, dont 13 réponses d'infirmiers travaillant en chirurgie orthopédique, 13 en réanimation médicale et 12 en médecine interne.

Ces infirmiers sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Le plus jeune diplômé a 2 ans d'ancienneté et la plus ancienne 27 ans.

- **Les aide-soignants**

Parmi les 45 aides-soignants (AS) ayant participé à l'enquête, nous avons reçu **30** questionnaires, soit un taux de participation d'un peu plus de **66%**, dont 13 réponses d'aides-soignants travaillant en chirurgie d'orthopédie, 7 en réanimation médicale et 10 en

médecine interne. Ces AS est diplômés depuis plus de 2 ans pour la plus jeune et depuis 27 ans pour la plus ancienne, avec une moyenne de 12 années.

- **Les Etudiants en Soins Infirmiers**

Parmi les 45 étudiants en soins infirmiers ayant participé à l'enquête, nous avons reçu **27** questionnaires, soit un taux de participation de **60%**. Il s'agit d'étudiants en troisième année de formation d'un même Institut de Formation en Soins Infirmiers.

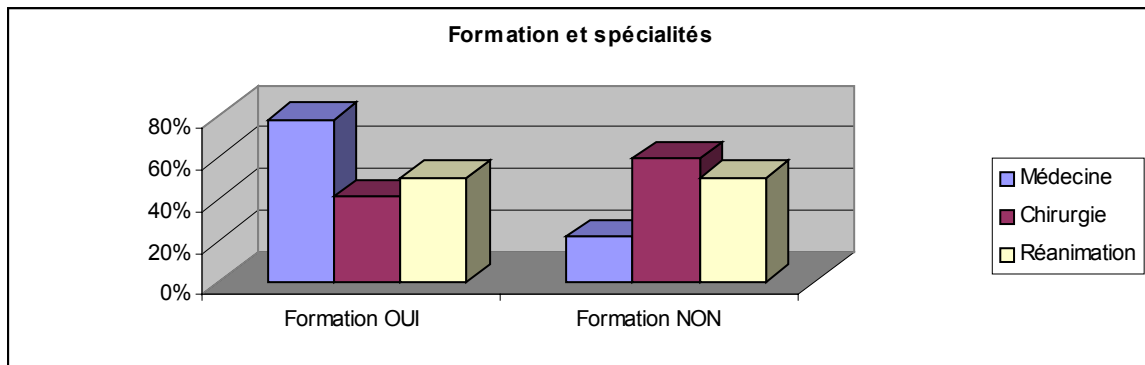
11-2 Résultats de la question numéro 5

Concernant la réponse à la question : « *Durant vos études avez-vous bénéficié d'une formation concernant la prise en charge de l'élimination intestinale ?* », sur les 130 questionnaires récoltés nous avons obtenu un peu plus de **96%** de réponses.

Nous retrouvons : 80 répondants (61%) qui disent **avoir bénéficié d'une formation** concernant la prise en charge de l'élimination intestinale et un peu plus de 50 personnes (35%) disent **ne pas avoir eu de formation** à ce sujet.

Parmi ceux qui disent avoir reçu une formation, nous constatons qu'ils travaillent majoritairement en service de médecine et ont moins d'ancienneté. Par contre, ceux qui disent ne pas avoir reçu de formation sont des personnes travaillant majoritairement en chirurgie et qui ont plus d'expérience dans la profession.

Histogramme n° 2 concernant la formation et la spécialité



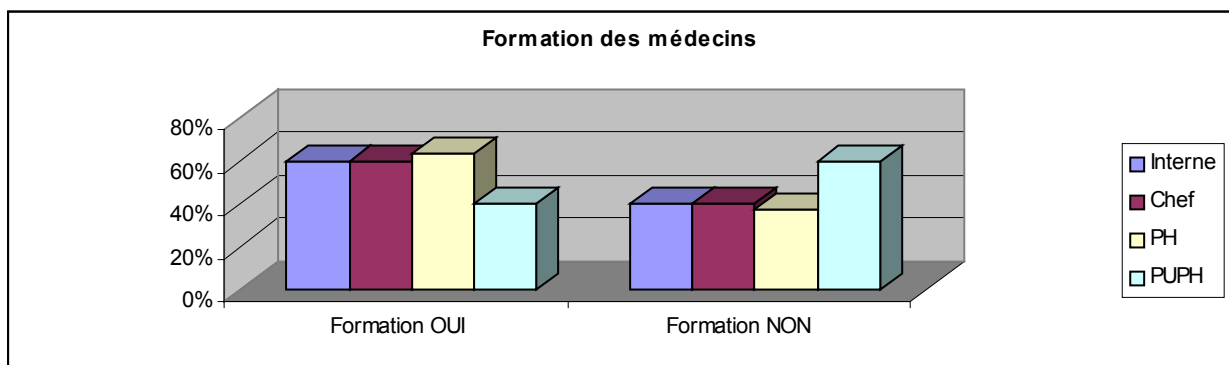
⇒ Pour les médecins

Parmi les 36 questionnaires de médecins, **21 disent avoir eu une formation** concernant la prise en charge de l'élimination intestinale soit un peu plus de **58%**. Il s'agit de 6 (60%) internes, 6 (60%) chefs de clinique, 7 (63%) PH, et de 2 (40%) PU-PH. Ces répondants, exercent en service de médecine interne pour 11 d'entre eux (78%), en chirurgie pour 5 (41%) et en réanimation pour 5 (50%).

Nous retrouvons également **15 médecins qui disent ne pas avoir reçu de formation** concernant la prise en charge de l'élimination intestinale, soit un peu plus de 41%. Cette population est composée de 4 (40%) internes, 5 (40%) des chefs de clinique, 3 (37%) des PH, et 3 (60%) PU-PH. Ils exercent en médecine interne pour 4 (22%) d'entre eux, en chirurgie pour 6 (59%) et en réanimation pour 5 (50%).

Au total le χ^2 obtenu à **18.25** est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Histogramme n° 3 concernant la formation des médecins.



⇒ Pour les infirmiers

Sur les 37 questionnaires émanant d'infirmiers, **20 disent avoir eu une formation** concernant la prise en charge de l'élimination intestinale, soit un peu plus de **54%** de ces professionnels diplômés depuis 12 ans en moyenne. Parmi eux, 45% travaillent en réanimation médicale, 40% en médecine et 15% en chirurgie orthopédique.

Nous retrouvons également **15 infirmiers qui disent ne pas avoir eu une formation** concernant la prise en charge de l'élimination intestinale, soit un peu plus de **40%** des infirmiers diplômés depuis 15 ans en moyenne. Parmi eux, 46% travaillent en Chirurgie orthopédique, 26% en médecine et 26 en Réanimation.

Au total le χ^2 obtenu à **18.61** est largement supérieur à 3,84 ce qui nous permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre les deux populations observées.

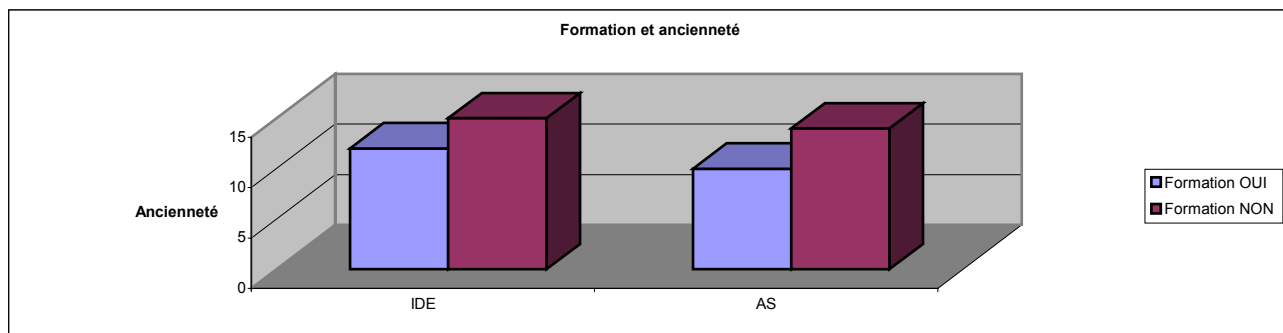
⇒ Pour les aides soignants

Sur les 30 questionnaires émanant des aides-soignants **14 disent avoir eu une formation** concernant la prise en charge de l'élimination intestinale, soit un peu plus de 46% des diplômés depuis 10 ans en moyenne, 50% de ces aides soignants travaillent en chirurgie orthopédique, 28% en médecine et 21% en réanimation médicale.

Enfin, **16 disent ne pas avoir eu une formation** concernant la prise en charge de l'élimination intestinale, soit un peu plus de **53%**, et sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. 37% sont des AS qui travaillent en Chirurgie orthopédique ou médecine et 25% en Réanimation.

Au total le χ^2 obtenu à **15.06** est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre les deux populations observées.

Histogramme n° 4 formation et ancienneté



⇒ Pour les Etudiants en Soins Infirmiers

Sur les **25** questionnaires émanant des étudiants en soins infirmiers tous disent **avoir reçu une formation** concernant la prise en charge de l'élimination intestinale soit 100%.

Au total le χ^2 obtenu à **0** est largement inférieur à 3,84 nous retenons l'hypothèse nulle.

11-3 Résultats de la question numéro 6

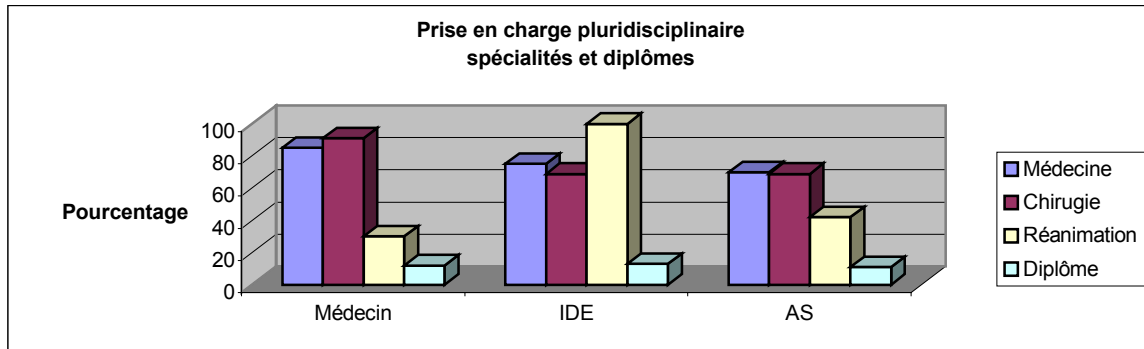
Concernant la réponse à la question : « *Selon vous la prise en charge de l'élimination intestinale du patient hospitalisé relève ?* ». Sur les 130 questionnaires récoltés nous avons obtenu **98%** de réponses. 99 répondants soit (74%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est **pluridisciplinaire**, relevant du médecin, de l'infirmière et de l'aide soignant. Dont, 24 personnes sont des médecins, 31 des infirmiers, 19 des aides soignants, et 23 des étudiants.

Au total le χ^2 obtenu à **8.84** est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces populations observées.

Il n'y a pas de cohérence entre la spécialité et la fonction, puisque se sont les médecins travaillant en chirurgie qui parlent de prise en charge pluridisciplinaire, d'infirmiers travaillant en réanimation et d'aides-soignants en médecine ou chirurgie. Au niveau de

l'expérience, nous observons que ce sont des personnes ayant au moins 12 ans d'activité professionnelle qui y répondent.

Histogramme n° 5 Prise en charge pluridisciplinaire, spécialités et diplôme



⇒ Pour les médecins

Sur les 36 médecins ayant participé à l'enquête, **26 (66%)** pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est **pluridisciplinaire avec médecin, infirmier et aide-soignant**. Il s'agit de 7 internes, 7 des chefs de clinique, 9 PH et de 3 PUPH. Ils travaillent en médecine interne pour 12 d'entre eux (85%), en chirurgie pour 11 (91%) et en réanimation pour 3 (30%).

Nous retrouvons également **4 (11%)** médecins qui pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale relève seulement du **médecin et de l'infirmière**. Il s'agit de 2 internes et de 1 PU-PH. On retrouve 3 de ces répondants qui travaillent en médecine et 1 en réanimation.

Nous observons également que **3 (8%)** médecins qui pensent que la prise en charge de l'élimination relève uniquement du **médecin**. Il s'agit d'1 chef de clinique et 1 interne qui travaillent en chirurgie orthopédique et en réanimation.

2 (5%) médecins pensent que la prise en charge de l'élimination ne relève que de **l'infirmière**. Il s'agit d'1 chef de clinique de réanimation et d'1 PUPH de réanimation.

Enfin, **1** (2%) médecin pense que la prise en charge de l'élimination relève de **l'aide-soignant** seulement. Il s'agit d'un Praticien Hospitalier travaillant en réanimation.

⇒ Pour les infirmiers

Sur les 37 questionnaires émanant d'infirmiers, **31** soit (83%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est pluridisciplinaire avec **médecin, infirmier et aide soignant**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Parmi ces répondants, nous retrouvons 13 (100%) des infirmiers travaillant en réanimation, 9 (75%) en médecine et 9 (69%) en chirurgie.

Nous observons aussi 2 (5%) infirmiers travaillant en médecine qui pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale relève de **l'infirmière**. Ils sont diplômés depuis 24 ans en moyenne.

Nous retrouvons aussi **2** (5%) infirmiers travaillant en médecine qui pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale relève de **l'infirmière et de l'aide soignant**. Ils sont diplômés depuis 23 ans en moyenne.

Un (2%) des infirmiers travaillant en médecine pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale relève **du médecin**. Il est diplômé depuis 8 ans.

Enfin **1** (2%) d'infirmier travaillant en médecine pense que la prise en charge de l'élimination intestinale relève **du médecin et de l'infirmière**. Il est diplômé depuis 10 ans.

⇒ Pour les aides-soignants

Sur les 30 questionnaires émanant d'aides soignants, 19 (63%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est **pluridisciplinaire avec médecin, infirmier et aide soignant**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 9 (69%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 7 (70%) en médecine et 3 (42%) Réanimation Médicale.

Pour **6** (20%) aides-soignants la prise en charge de l'élimination intestinale relève de **l'infirmière et de l'aide soignante**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de

2 (28%) d'aides soignants travaillant en réanimation, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 1 (10%) en médecine.

Pour 1 (3%) aide-soignant travaillant en chirurgie orthopédique cela relève de **l'infirmière**. Il est diplômé depuis 6 ans.

Nous retrouvons aussi 3 (10%) des aides soignants pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale relève **du médecin et l'infirmier**. Ils sont diplômés depuis 17 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) d'aides soignants qui travaillent en médecine et 1 (14%) en chirurgie orthopédique.

Enfin, 1 (3%) aide-soignant travaillant en médecine pense que la prise en charge de l'élimination intestinale relève **du médecin**. Il est diplômé depuis 20 ans en moyenne.

⇒ Pour les Etudiants en Soins Infirmiers

Sur les 25 questionnaires émanant des étudiants en soins infirmiers 23 (92%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est pluridisciplinaire avec *médecin, infirmier et aide soignant*.

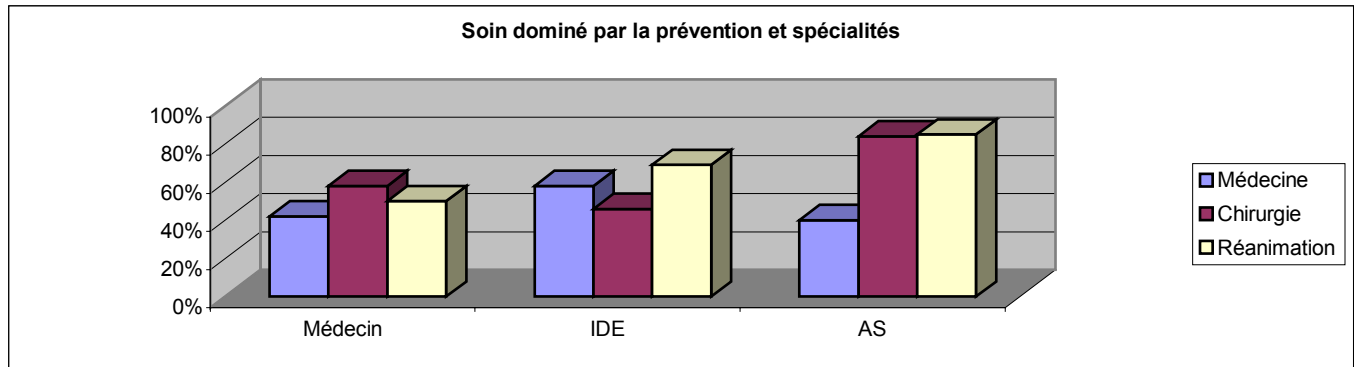
11-4 Résultats de la question numéro 7

Concernant la réponse à la question : « *Selon vous, la prise en charge de l'élimination intestinale du patient hospitalisé est un soin dominé par ?* ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu plus de **95%** de réponses à cette question. Pour plus de 63% d'entre eux, ce soin est dominé par la **prévention**. Il s'agit de 18 (50%) des médecins, 22 (59%) des IDE, 21 (70%) des AS et 21 (84%) des étudiants.

Au total le χ^2 obtenu à **19.28** est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Nous remarquons que ces professionnels ont tous une certaine expérience. Enfin, nous pouvons observer que toutes les spécialités sont concernées.

Histogramme n° 6 : Soins dominés par la prévention et spécialités



⇒ Pour les médecins

Sur les 36 questionnaires remplis par les médecins, **18 (50%)** pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est un soin dominé par **la prévention**. Il s'agit de 7 (63%) Praticiens Hospitaliers, 7 (70%) Chefs de clinique, et 4 (40%) internes. Ils travaillent en médecine pour 6 (42%) d'entre eux, en chirurgie pour 7 (58%) et en réanimation pour 5 (50%).

Pour 8 (22%), la prise en charge de l'élimination intestinale est un soin dominé par **la technique**. Il s'agit de 5 (100%) PH, 2 (20%) Chefs de clinique et (1) 10% internes. Ils travaillent en médecine interne pour 4 (28%), en chirurgie pour 2 (16%) et en réanimation pour 2 (20%).

Enfin, 6 médecins (16%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est un soin dominé par l'élément **relationnel**. Il s'agit de 3 (27%) PH, 1 (10%) Chef de clinique, 2 (20%) internes et 1 (20%) PUPH. Ils travaillent en médecine interne pour 3 (21%), en chirurgie pour 2 (16%) et en réanimation pour 2 (20%).

⇒ Pour les Infirmiers

Sur les 37 questionnaires d'infirmiers, **22** (59%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est un soin dominé par **la prévention**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 7 (58%) d'infirmiers travaillant en médecine, 6 (46%) en chirurgie orthopédique et 9 (69%) en réanimation médicale.

Pour **9** infirmiers (24%) la prise en charge de l'élimination intestinale est un soin dominé par **l'aspect relationnel**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 5 (41%) d'infirmiers travaillant en médecine, 3 (23%) en chirurgie orthopédique et 1 en réanimation médicale.

Enfin, **6** (16%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est un soin dominé par **la technique**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (23%) d'infirmiers travaillant en chirurgie orthopédique et 3 (23%) en réanimation médicale.

⇒ Pour les Aides-soignants

Sur les 30 questionnaires émanant d'aides-soignants, 21 (**70%**) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est **un** soin dominé par **la prévention**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 11 (84%) d'aides soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 4 (40%) en médecine et 7 (85%) en réanimation médicale.

Pour **5** (16%) la prise en charge de l'élimination intestinale est **un** soin dominé par **l'aspect relationnel**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (40%) d'aides-soignants travaillant en médecine et plus de 1 (7%) en chirurgie orthopédique. .

Enfin **4** (13%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est **un** soin dominé par **la technique**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (10%) d'aides-soignants travaillant en médecine et plus de 1 (7%) en chirurgie orthopédique et plus de 2 (28%) en réanimation.

⇒ Pour les Etudiants en Soins Infirmiers

Sur les 25 questionnaires émanant des étudiants en soins infirmiers, 21 (84%) pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est *un* soin dominé par *la prévention*.

Nous retrouvons également 2 (8%) qui pensent que la prise en charge de l'élimination intestinale est *un* soin dominé par *la technique* et 2 (8%) *par la relation*.

11-5 Résultats de la question numéro 8

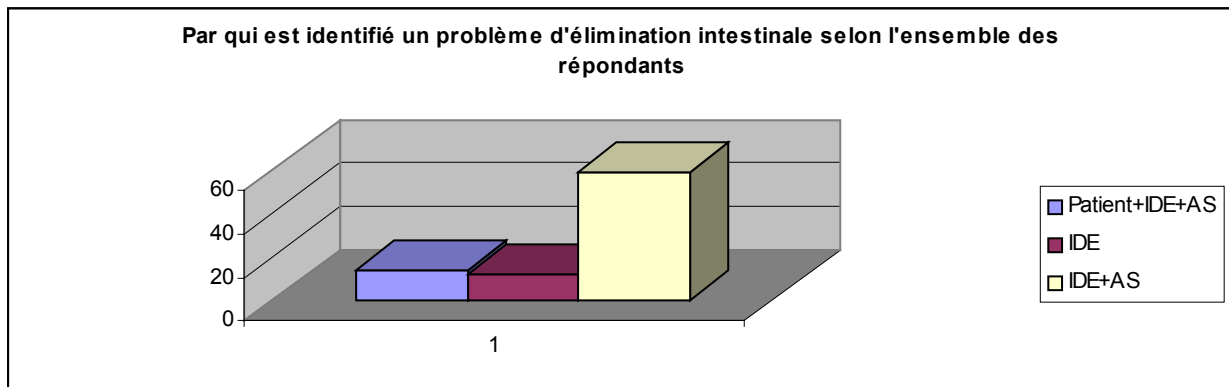
Concernant la réponse à la question : « *Selon vous, par qui est identifié un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé ?* ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu 85% de réponses à cette question.

Nous observons que 59 répondants (45%) pensent que ce problème est identifié par *l'infirmière et l'aide soignante*. Il s'agit de 9 (25%) médecins, 23 (89%) d'infirmiers, 15 (50%) des AS et 12 (48%) étudiants.

Au total le χ^2 obtenu 19.28 est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Nous remarquons que ces professionnels ont tous une certaine expérience puisque, parmi les médecins nous retrouvons 4 (40%) des chefs de clinique, 2 (20%) des PU-PH et 3 internes. Les infirmiers ou les aides soignants ont obtenu leurs diplômes depuis au moins 10 ans. Enfin, nous pouvons observer que ce sont les professionnels travaillant en médecine, en particulier pour les médecins et aides soignants, et en réanimation pour infirmiers qui pensent que ce problème est identifié par l'infirmière et l'aide soignant.

Histogramme n° 7 Par qui est identifié un problème d'élimination intestinale



⇒ Pour les médecins

Sur les 36 questionnaires de médecins, **12 (33%)** pensent qu'un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé est identifié par ***l'infirmière***. Il s'agit de 3 (27%) PH, de 2 (20%) internes, de 5 (100%) des PUPH et de 3 (30%) des chefs de clinique. Ils travaillent en médecine interne pour 6 (42%) et en chirurgie pour 7 (58%).

Pour 9 médecins (**25%**) un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé est identifié par ***l'infirmière et l'aide soignant***. Il s'agit de 1 (9%) PH, de 3 (30%) internes, de 1 (20%) PUPH et de 4 (40%) chefs de clinique. Ils travaillent en médecine interne pour 5 (35%), en réanimation pour 3 (30%) et en chirurgie pour 2 (16%).

Pour 3 (8%) le problème d'élimination intestinale est identifié **le patient lui-même**. Il s'agit de 1 (9%) PH, de 1 (10%) interne et de 1 (10%) chef de clinique. Ils travaillent en médecine interne pour 1 (7%) et en chirurgie pour 2 (16%).

Enfin, 2 (5%) pensent qu'un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé est identifié **par l'infirmière, l'aide soignant et le patient lui-même**. Il s'agit de 1 (9%) PH travaillant en médecine et de 1 (10%) interne de réanimation.

⇒ Pour les Infirmiers

Sur les 37 questionnaires de médecins, 23 (**89%**) pensent qu'un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé est identifié par ***l'infirmière et l'aide soignante***. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 10 (76%) d'infirmiers travaillant en réanimation, 7 (58%) en médecine et 5 (38%) en chirurgie orthopédique.

Pour **8** (21%) **infirmiers** un problème d'élimination intestinale est identifié par ***l'infirmière, l'aide soignante et le patient lui-même***. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (25%) d'infirmiers travaillant en médecine, 3 (23%) en chirurgie orthopédique et 2 (15%) en réanimation médicale.

Pour **1** (2%) ce problème est identifié par ***l'infirmière***. Il est diplômé depuis 24 ans et travaille en chirurgie orthopédique.

⇒ Pour les Aides soignants

Sur les 30 questionnaires de médecins, **15** (50%) pensent qu'un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé est identifié par ***l'infirmière et l'aide-soignante***. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne. Il s'agit de 7 (53%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 3 (30%) en médecine et 5 (71%) en réanimation médicale.

Pour 3 (6%) pensent qu'un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé est identifié par le **patient, l'infirmière et l'aide soignant**. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne et travaillent en chirurgie orthopédique.

Enfin pour **3** (6%) pensent qu'un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé est identifié **l'infirmière**. Ils sont diplômés depuis 19 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (15%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique.

⇒ Pour les Etudiants en Soins Infirmiers

Sur les 25 questionnaires émanant des étudiants en soins infirmiers, 12 (48%) pensent qu'un problème d'élimination intestinale chez un patient hospitalisé est identifié par **l'infirmière et l'aide soignant**. Pour 5 (20%) par **le patient, l'infirmière et l'aide soignant**.

Un peu plus de 5 (20)% par **l'infirmière**.

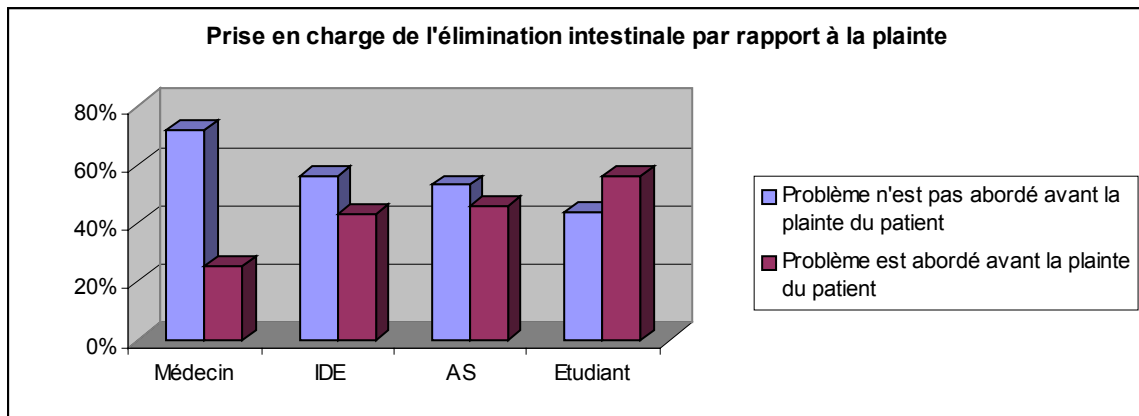
11-6 Résultats de la question numéro 9

Concernant la réponse à la question : « Le problème d'élimination intestinale est abordé avec le patient avant sa plainte ? ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu 99% de réponses à cette question. 59 répondants soit (56%) disent que le problème d'élimination intestinale **n'est pas abordé avant la plainte** du malade. Nous retrouvons 26 (72%) médecins, 21 (56%) infirmiers, 16 (53%) aides-soignants et 11 (44%) étudiants. Au total le χ^2 obtenu de 25.69 est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Pour les professionnels, nous constatons qu'ils travaillent principalement en médecine ou en chirurgie. Ils sont diplômés depuis au moins 13 ans pour les IDE et les AS. Les médecins sont en priorité des chefs de clinique. Seuls, les étudiants disent majoritairement aborder ce problème avant la plainte. Nous observons également que la majorité des répondants 90% disent aborder le problème **du fait de la plainte du malade** et cela quelle que soit la spécialité. Ils ont tous un diplôme depuis au moins 13 ans. Les médecins sont tous concernés, quel que soit leur grade.

Enfin, nous constatons que les répondants qui disent **ne pas aborder le problème du fait de la plainte du malade** travaillent majoritairement en réanimation et cela quelle que soit l'ancienneté dans la fonction.

Histogramme n° 8 : Prise en charge en fonction de la plainte du malade



⇒ Pour les médecins

Sur les 36 questionnaires de médecins, **26 (72%)** disent que ce problème **n'est pas abordé avant la plainte** du patient. Il s'agit de 9 (60%) PH, de 8 (80%) internes, de 3 (60%) PUPH et de 6 (60%) des chefs de clinique. Il y a 14 (100%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 11 (91%) en chirurgie et 1 (10%) en réanimation.

Nous retrouvons également **9 (25%)** des médecins qui disent que ce problème **est abordé avant** la plainte du patient. Il s'agit de plus de 2 (18%) PH, de 2 (20%) internes, de 1 (9%) PUPH et de 4 (40%) des chefs de clinique. Il y a 3 (21%) médecins qui travaillent en médecine interne, 1 (8%) en chirurgie et 5 (50%) en réanimation.

⇒ Pour les Infirmiers

Sur les 37 questionnaires d'infirmiers, **21 (56%)** disent que ce problème **n'est pas abordé avant la plainte** du patient. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 7 (53%) infirmiers travaillant en réanimation, 9 (75%) en médecine et de 9 (69%) en chirurgie orthopédique.

Pour **16** (43%) ce problème **est abordé avant la plainte** du patient. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 6 (46%) d'infirmiers travaillant en réanimation, 7 (58%) en médecine et de 2 (33%) en chirurgie orthopédique.

⇒ Pour les Aides-soignants

Sur les 30 questionnaires d'aides soignants, 16 (**53%**) disent que ce problème **n'est pas abordé avant la plainte** du patient. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 9 (69%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 5 (50%) en médecine et 4 (28%) en réanimation médicale.

Enfin 14 (46%) disent que ce problème **est abordé avant la plainte** du patient. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (30%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 5 (50%) en médecine et 5 (71%) en réanimation médicale.

⇒ Pour les Etudiants en Soins Infirmiers

Sur les 25 questionnaires émanant des étudiants en soins infirmiers 14 (**56%**) disent que ce problème **est abordé avant la plainte** du patient. Et un peu plus de **44%** que ce problème **n'est pas abordé avant la plainte** du patient.

11-7 Résultats de la question numéro 10

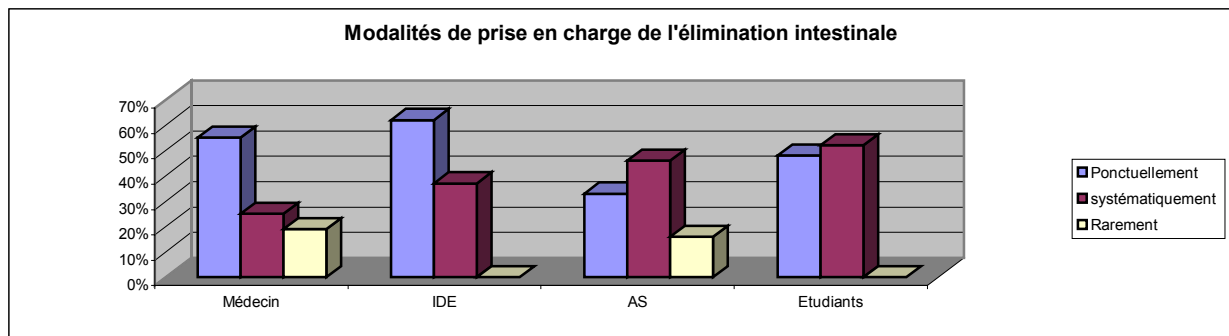
Concernant la réponse à la question : « *Abordez-vous les problèmes d'élimination intestinale avec le patient : systématiquement, Ponctuellement, rarement ?* ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu 100% de réponses à cette question. Pour 65 (50%) ce problème est abordé **ponctuellement**. Il s'agit de 20 (55%) de médecins, (23) 62% d'infirmiers, 10 (33 %) d'aides soignants et 12 (48%) d'étudiants.

Au total le χ^2 obtenu à **34.06** est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Pour les professionnels, nous constatons qu'ils travaillent principalement en médecine ou en chirurgie. Ils sont diplômés depuis au moins 14 ans pour les IDE et 10 ans pour les AS. Les médecins sont en priorité des PH.

Les réponses par fonction montrent que ce sont les médecins et infirmiers qui disent majoritairement que ce soin est réalisé **ponctuellement**, alors que les aides soignants et étudiants disent, en majorité, que cette prise en charge est **systématique**.

Histogramme n° 9 : Modalités de prise en charge



⇒ Pour les médecins

Sur les 36 questionnaires de médecins, **20** (55%) disent que ce problème est abordé avec le patient **ponctuellement**. Il s'agit de 7 (63%) des PH, de 4 (40%) des internes, de 3 (60%) des PUPH et de 6 (60%) des chefs de clinique. Il y a 11 (78%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 6 (50%) en chirurgie et 3 (30%) en réanimation.

On retrouve aussi 9 (25%) médecins qui disent que ce problème est abordé avec le patient **systématiquement**. Il s'agit de 1 (9%) PH, de 2 (20%) internes, de 1 (20%) PUPH et de 2 (20%) des chefs de clinique. Il y a 4 (28%) médecins qui travaillent en médecine interne, 1 (8%) en chirurgie et 4 (40%) en réanimation.

Pour 7 (19%) autres ce problème est abordé avec le patient **rarement**. Il s'agit de 2 (18%) PH, de 2 (20%) des internes et de 3 (30%) des chefs de clinique. Il y a 6 (50%) des médecins qui travaillent en chirurgie et 1 (10%) en réanimation.

⇒ Pour les Infirmiers

Sur les 37 questionnaires d'infirmiers, 23 (62%) disent que ce problème est abordé avec le patient **ponctuellement**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 9 (69%) d'infirmiers travaillant en réanimation, 9 en chirurgie orthopédique et 5 (41%) en médecine.

Pour 14 (37%) que ce problème est abordé avec le patient **systématiquement**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (30%) d'infirmiers travaillant en réanimation, 4 en chirurgie orthopédique et 7 (58%) en médecine.

⇒ Pour les Aides-soignants

Sur les 30 questionnaires d'aides-soignants, 15 (50%) disent que ce problème est abordé avec le patient **systématiquement**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 6 (38%) d'aides soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 7 (70%) en médecine et 2 (28%) en réanimation médicale.

Pour 10 (30%) disent que ce problème est abordé avec le patient **ponctuellement**. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne. Il s'agit de 5 (38%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 2 (20%) en médecine et 3 (28%) en réanimation médicale.

Enfin 5 (16%) disent que ce problème est abordé avec le patient **rarement**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (23%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique et 2 (28%) en réanimation médicale.

⇒ Pour les Etudiants en Soins Infirmiers

Sur les 27 questionnaires d'étudiants en soins infirmiers, **13 (48%)** disent que ce problème est abordé avec le patient **systematiquement** et 12 (44%) qu'il est abordé **ponctuellement**.

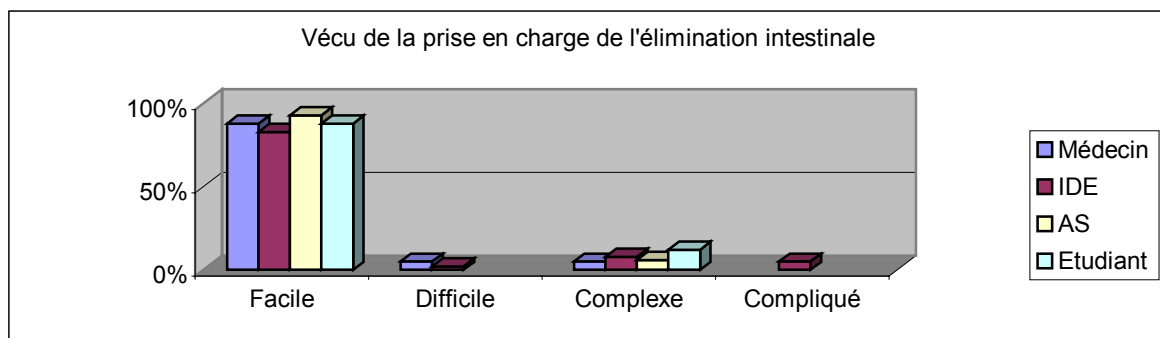
11-8 Résultats de la question numéro 11

Concernant la réponse à la question : « *Pour vous est-ce : facile, difficile, compliqué complexe ?* ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu 100% de réponse à cette question. Pour **113** d'entre eux soit plus de 86 %, il est **facile** d'aborder les problèmes l'élimination intestinale avec le patient. Il s'agit de 32 (88%) médecins, 31 (83%) infirmiers, 28 (93 %) aides-soignants et 22 (88%) étudiants.

Au total le χ^2 obtenu à **1.9** est inférieur à 3,84, nous pouvons dire qu'il est faible, que la différence entre les effectifs théoriques et les effectifs observés est négligeable et est due au hasard.

Pour les professionnels, nous constatons qu'ils travaillent principalement en réanimation ou en chirurgie. Ils sont diplômés depuis au moins 12 ans pour les IDE et 10 ans pour les AS. Pour les médecins, tous les grades sont concernés avec une prédominance des PU-PH

Histogramme n° 10 : Vécu de prise en charge de l'élimination intestinale



⇒ Pour les Médecins

Sur les 36 questionnaires de médecins, **32** (88%) disent qu'il est **facile** d'aborder les problèmes d'élimination avec le patient. Il s'agit de 10 (90%) PH, de 9 (90%) des internes, de 5 (100%) PUPH et de 10 (80%) chefs de clinique. Il y a 13 (85%) médecins qui travaillent en médecine interne, 11 (83%) en chirurgie et 11 (100%) en réanimation.

Pour **2** (5%), cela est **difficile**. Il s'agit de d'un chef de clinique qui travaillent en chirurgie et d'un chef de clinique de réanimation.

Enfin pour **2** (5%) cela est **complexe**. Il s'agit d'un PH travaillant en médecine et d'un interne de réanimation.

⇒ Pour les Infirmiers

Sur les 37 questionnaires d'infirmiers, **31** (83%) disent qu'il est **facile** d'aborder avec le patient les problèmes d'élimination intestinale. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 11 (91%) d'infirmiers travaillant en médecine, 11 en chirurgie orthopédique et 9 (69%) en réanimation.

Pour **3** (8%), cela est **complexe**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (23%) d'infirmiers travaillant en réanimation.

Pour **2** (5%) cela est **compliqué**. Ils sont diplômés depuis 18 ans en moyenne et travaillent en réanimation.

Enfin pour **1** (2%) c'est **difficile**. Il est diplômé depuis 8 ans et travaille en chirurgie orthopédique.

⇒ Pour les Aides-soignants

Sur les 30 questionnaires d'aides soignants, 28 (**93%**) disent qu'il est **facile** d'aborder avec le patient les problèmes d'élimination intestinale. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 13 (100%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 6 (84%) en réanimation et 9 (90%) en médecine.

Pour **2** (6%) cela est **complexe**. Ils sont diplômés depuis 25 ans en moyenne et travaillent en médecine pour l'un et en réanimation pour l'autre

⇒ Pour les Etudiants en Soins Infirmiers

Sur les 25 questionnaires d'étudiants en soins infirmiers, **22** (88%) disent qu'il est **facile** d'aborder avec le patient les problèmes d'élimination intestinale. Pour **3** (12%) cela est **complexe**.

11-9 Résultats de la question numéro 12

Concernant la réponse à la question : « Selon vous les difficultés qu'ont les professionnels de santé à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés sont liées à ? ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu 97% réponses.

Le plus grand nombre de réponses concerne le fait que **le malade n'en parle pas**, soit 33 répondants (25%). Il s'agit de 2 (5%) médecins, 12 (32%) infirmiers, 12 (40%) aides-soignants et 7 (28%) des étudiants.

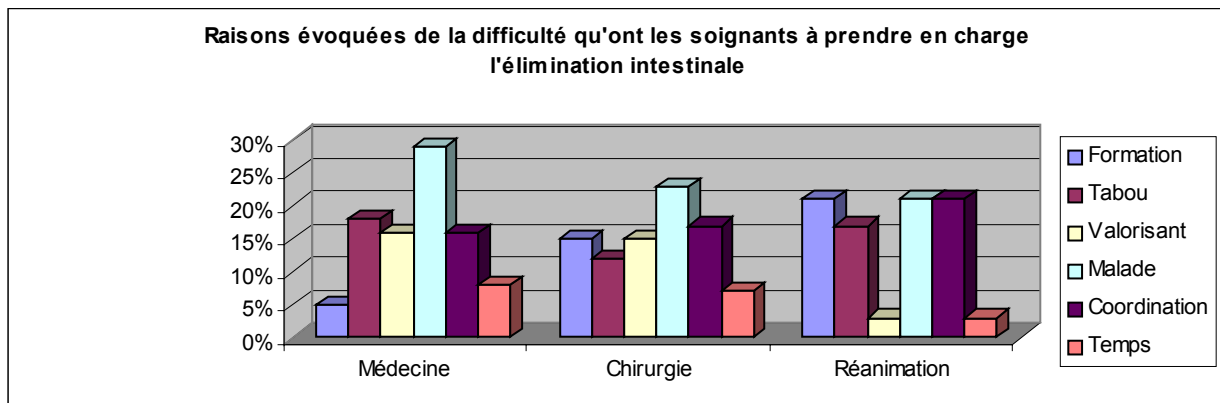
Au total le χ^2 obtenu est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Pour ces professionnels, nous constatons qu'ils travaillent principalement en médecine et de façon un peu moins importante en chirurgie et en réanimation. Ils sont diplômés depuis au moins 13 ans pour les IDE et 12 ans pour les AS. Pour les médecins, seuls les grades de PH et PU-PH sont concernés.

Puis, nous retrouvons pour 27 (26%) répondants qui citent **le manque de coordination**, puis 19 (15%) le fait qu'il s'agisse d'un soin « **tabou** » et **non valorisant**, pour 16 (13%) le manque de **formation** et enfin pour 7 (6%) le manque de **temps**.

Les réponses par fonction montrent que pour les médecins citent le soin **non valorisant et « tabou »**, alors que pour les para-médicaux et les étudiants cela concerne le fait que le **malade n'en parle pas** et le **manque de coordination** entre les soignants. Pour les professionnels, nous constatons qu'ils travaillent principalement en réanimation ou en chirurgie. En ce qui concerne l'ancienneté dans la fonction, nous remarquons que ce sont les IDE les plus anciens qui disent qu'il s'agit d'un soin non valorisant et tabou alors que chez les AS se sont les plus jeunes qui font le même constat. Pour les médecins se sont les grades de PH et PU-PH qui sont les plus concernés. Au sujet du manque de coordination, il semble que les AS les plus anciens sont plus sensibles à cela. Pour le **manque de formation** et le fait que le malade en s'en plaigne pas, il n'y a pas de réelle différence d'ancienneté. Pour les médecins se sont les grades de PH et PU-PH qui sont là aussi les plus concernés.

Histogramme n° 11 : Raisons évoquées au sujet de la difficulté à prendre en charge l'élimination intestinale



⇒ Pour les Médecins

Sur les 36 questionnaires de médecins, 11 (30%) pensent les difficultés de prise en charge de d'élimination intestinale sont liées au fait qu'il s'agit d'un **soin non valorisant**. Il s'agit de 5 (45%) PH, de 3 (20%) des internes et de 3 (40%) des chefs de clinique. Il y a 5 (35%) médecins qui travaillent en médecine interne, 4 (33%) en chirurgie et 1 (28%) en réanimation.

Pour 7 (19%), ils pensent qu'il s'agit d'**un soin « tabou »**. Il s'agit de 1 (9%) PH, de 1 (10%) des internes, de 2 (40%) PUPH et de 3 (30%) chefs de clinique. Il y a 1 (7%) médecins qui travaillent en médecine interne, 3 (23%) en chirurgie et 3 (12%) en réanimation.

Pour 6 (16%) c'est lié à **un manque de temps**. Il s'agit de 2 (18%) des PH, de 1 (10%) des internes, de 1 (20%) des PUPH et de 2 (20%) des chefs de clinique. Il y a 3 (7%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 2 (15%) en chirurgie et 1 (10%) en réanimation.

Pour 4 (11%) c'est le manque **de coordination des soignants**. Il s'agit de 2 (20%) internes, de 1 (20%) des PUPH et de 1 (10%) des chefs de clinique. Ces 4 médecins travaillent en médecine.

Pour 4 (11%) pensent que le problème de prise en charge de l'élimination intestinale est liée à la **formation**. Il s'agit de 2 (20%) internes, de 1 (20%) PUPH et de 1 (10%) chefs de clinique. Il y a 3 (37%) des médecins qui travaillent en réanimation et 1 (7%) en chirurgie.

Enfin pour 2 (5%), ce problème est lié au fait que **le malade n'en parle pas**. Il s'agit de 1 (9%) PH et de 1 (20%) des PUPH. Dont 1 (7%) travaille en médecine interne et 1 en chirurgie.

Enfin, 5% des médecins n'ont pas répondu à cette question.

⇒ Pour les Infirmiers

Sur les 37 questionnaires d'infirmiers, 12 (32%) pensent que la difficulté qu'ont les soignants à prendre en charge l'élimination intestinale est liée au fait que le **malade n'en parle pas**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 6 (50%) d'infirmiers travaillant en médecine, 4 (30%) en chirurgie orthopédique et 2 (15%) en réanimation.

Pour **9 (24%)** c'est lié à un **manque de coordination entre les soignants**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (8%) d'infirmiers travaillant en médecine, 3 (23%) en chirurgie orthopédique et 5 (28%) en réanimation.

Pour **7 (18%)** pensent qu'il s'agit d'un **soin « tabou »**. Ils sont diplômés depuis 16 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (33%) d'infirmiers travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 1 (7%) en réanimation.

Pour **7 (18%)** pensent que cela émane d'un **manque de formation**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (15%) d'infirmiers travaillant en chirurgie orthopédique de 2 en réanimation et 3 en médecine.

Nous trouvons **1 (2%)** infirmier qui pense qu'il s'agit d'un **soin non valorisant**. Il est diplômé depuis 20 ans et travaille en médecine.

Enfin **1 (2%)** disent que cette difficulté est liée **au manque de temps**. Il est diplômé depuis 8 ans et travaille en chirurgie orthopédique.

Enfin **5%** des infirmiers n'ont pas répondu à cette question.

⇒ Pour les Aides-soignants

Sur les 30 questionnaires d'aides soignants, **12 (40%)** pensent que la difficulté qu'ont les soignants à prendre en charge l'élimination intestinale est liée au fait que le **malade n'en parle pas**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (30%) d'aides soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 4 (57%) en réanimation et 4 (40%) en médecine.

Pour **6 (20%)** cette difficulté est liée à un **manque de coordination**. Ils sont diplômés depuis 16 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (30%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 1 (14%) en réanimation et 1 (8%) en médecine.

Pour **6** (20%) c'est le **manque de formation**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (23%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, 1 (7%) en réanimation et 2 (20%) en médecine.

Pour **3** (10%), il s'agit d'un **soin « tabou »**. Ils sont diplômés depuis 7 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) d'aides-soignants travaillant en médecine et 1 (14%) en réanimation.

Enfin pour **2** (6%) il s'agit d'un **soin non valorisant**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne et travaillent en chirurgie orthopédique.

Nous notons que **3%** des aides-soignants n'ont pas répondu à cette question.

⇒ **Pour les étudiants en soins infirmiers**

Sur les 25 questionnaires d'étudiants en soins infirmiers, **7** (28%) pensent que la difficulté qu'ont les soignants à prendre en charge l'élimination intestinale est liée au fait que le **malade n'en parle pas**, mais aussi du fait **d'un manque de coordination** entre les soignants.

Pour **5** (20%) cette difficulté s'explique par le fait qu'il s'agit **d'un soin non valorisant**.

Pour **2** (8%) des étudiants ils disent qu'il s'agit **d'un soin « tabou », et qu'il existe un manque de formation**.

Enfin plus de **1** (4%) pensent que la difficulté qu'ont les soignants à prendre en charge l'élimination intestinale est liée à **un manque de temps**.

Nous notons qu'un seul étudiant n'a pas répondu à cette question.

11-10 Résultats de la question numéro 13

Concernant la réponse à la question : « Selon vous, la prise en charge de l'élimination intestinale du patient hospitalisé nécessite quelles connaissances théoriques et pratiques ? ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu 90% réponses.

Pour 65 (50%) répondants les connaissances nécessaires concernent **l'anatomie et physiopathologie**. Il s'agit de 10 (30%) médecins, 22 (59%) infirmiers, 12 (40%) aides soignants et 20 (80%) étudiants.

Au total le χ^2 obtenu est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Pour ces professionnels, nous constatons qu'ils travaillent principalement en médecine pour les médecins et aides soignants, alors que les infirmiers exercent en chirurgie et en réanimation. Ils sont diplômés depuis au moins 12 ans pour les IDE et 13 ans pour les AS. Pour les médecins, se sont les grades de PH et PU-PH qui sont les plus concernés.

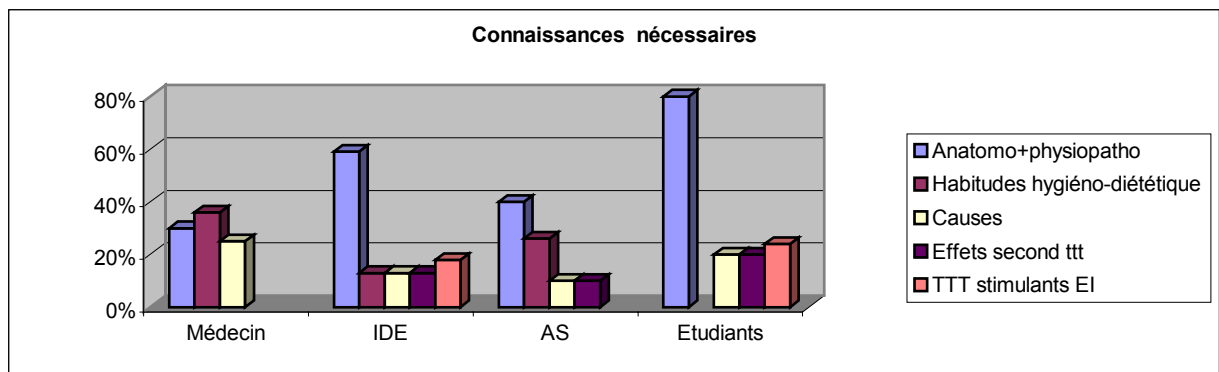
Puis, nous retrouvons **23** (30%) répondants qui citent la nécessité d'avoir **des connaissances en diététique**, pour 15 (20%) en **hygiène de vie** en général. Ensuite, nous observons pour 12 (16%) la nécessité de savoir **surveiller le transit** du patient, pour 11 (15%) de connaître les causes des difficultés d'élimination intestinale.

Les réponses par fonction montrent que pour, les médecins, se sont les connaissances en matière d'hygiène de vie qui sont prioritaires, puis dans le domaine de la physiopathologie, alors que pour les infirmiers et les étudiants nous remarquons que le premier point concerne la physiopathologie et la diététique en second. Pour les aides-soignants, la priorité est donnée aux connaissances diététiques puis physiopathologiques.

Pour les professionnels, les résultats ne notent pas de différence concernant la spécialité et l'ancienneté dans la fonction.

Nous notons que seuls 11% des médecins déclarent qu'aucune connaissance spécifique n'est nécessaire.

Histogramme n° 12 : Connaissances nécessaires



⇒ Pour les médecins

Parmi les 36 médecins ayant participé à ce questionnaire, 83% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés.

Pour **12** (36%) médecins, ils indiquent la nécessité d'avoir des connaissances dans le domaine de **l'hygiène de vie et alimentaire**. Il s'agit de 2 (18%) des PH, de 7 (70%) des internes et 3 (60%) des PU-PH. Il y a 7 (57%) médecins qui travaillent en médecine, 3 (25%) en chirurgie et 2 (20%) en réanimation.

Pour **11** (30%) cela concerne des connaissances en **physiopathologie**. Il s'agit de 4 (36%) PH, de 3 (30%) internes, 2 (40%) PU-PH et de 2 (20%) chefs de clinique. Il y a 6 (42%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 3 (25%) en chirurgie et 2 (20%) en réanimation.

Pour **4** (11%) **aucune connaissance spécifique** n'est nécessaire pour prendre en charge cette fonction. Il s'agit de 2 (18%) PH, de 1 (10%) internes et de 1 (10%) chefs de clinique. Il y a 1 (7%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 2 (16%) en chirurgie et 1 (10%) en réanimation.

Pour **4** (11%) il est nécessaire de savoir réaliser **l'examen clinique et le toucher rectal** pour prendre en charge cette fonction. Il s'agit de 2 (18%) PH, de 1 (10%) internes et de 1 (10%) chefs de clinique. Il y a 2 (20%) des médecins qui travaillent en réanimation, 2 (16%) en chirurgie.

Pour **2** (19%) il est nécessaire de **connaître les causes** des difficultés d'élimination intestinale. Il s'agit de 2 chefs de clinique travaillant en médecine interne.

⇒ Pour les infirmiers

Parmi les 37 infirmiers ayant participé à ce questionnaire, 97% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés :

Pour **22** (59%) infirmiers, ils indiquent la nécessité d'avoir des connaissances en **anatomie et physiopathologie**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 6 (50%) d'infirmiers travaillant en médecine, 8 (61%) en chirurgie orthopédique et 8 (61%) en réanimation.

Pour **5** (13%) cela concerne les connaissances sur les **habitudes de vie et alimentaires**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (23%) d'infirmiers travaillant en réanimation et 2 (15%) en chirurgie orthopédique.

On retrouve également **18** (48%) infirmiers qui indiquent la nécessité d'avoir des connaissances en matière de **diététique**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 9 (75%) d'infirmiers travaillant en médecine, 5 (38%) en chirurgie orthopédique et 4 (30%) en réanimation.

Pour **5** (13%) cela concerne des connaissances sur les **effets secondaires des médicaments**. Ils sont diplômés depuis 16 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (16%) d'infirmiers travaillant en médecine et 3 (23%) en chirurgie orthopédique.

Pour **5** (13%) il est nécessaire de savoir faire une **auscultation abdominale**, le **toucher rectal** et les **massages abdominaux**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (8%) d'infirmiers travaillant en médecine et 4 (30%) en chirurgie orthopédique.

Enfin, nous retrouvons aussi **5** (13%) qui indiquent la nécessité d'avoir des connaissances sur les **causes des difficultés d'élimination intestinale**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en

moyenne. Il s'agit de 3 (25%) d'infirmiers travaillant en médecine, 1 (7%) en chirurgie orthopédique et 1 (7%) en réanimation.

⇒ Pour les aides-soignants

Parmi les 30 infirmiers ayant participé à ce questionnaire, plus de 93% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés :

Pour **13** (43%), il s'agit de connaissance en **diététique**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (30%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 7 (53%) en chirurgie orthopédique et 3 (42%) en réanimation.

Pour **12** (40%) aides-soignants, ils indiquent la nécessité d'avoir des connaissances en **anatomie et physiopathologie**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 6 (60%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 5 (38%) en chirurgie orthopédique et 1 (14%) en réanimation.

Pour **8** (26%), ils citent les connaissances en **hygiène de vie et alimentaire**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (8%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 5 (38%) en chirurgie orthopédique et 2 (15%) en réanimation.

Pour **8** (26%), ils citent les connaissances sur la **surveillance du transit intestinal** et savoir pratiquer les **massages abdominaux**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 5 (38%) en chirurgie orthopédique et 2 (15%) en réanimation.

Pour **6** (26%), ils citent les connaissances sur les **moyens de prévention**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 1 (7%) en chirurgie orthopédique et 4 (42%) en réanimation.

Pour **3** (10%), concernant les **traitements ralentissant le transit intestinal**. Ils sont diplômés depuis 6 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (10%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 1 (7%) en chirurgie orthopédique et 1 (14%) en réanimation.

Nous retrouvons également **3** (10%) qui indiquent la nécessité d'avoir des connaissances sur les **causes des difficultés d'élimination intestinale**. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (10%) d'aides soignants travaillant en médecine, 1 (7%) en chirurgie orthopédique et 1 (14%) en réanimation.

⇒ **Pour les étudiants en soins infirmiers**

Parmi les 25 questionnaires émanant d'étudiants en soins infirmiers, 92% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés :

Pour **20** (80%) ils indiquent la nécessité d'avoir des connaissances en **anatomie et physiopathologie**.

Pour **9** (36%) cela concerne des connaissances en **hygiène de vie et alimentaire**, sur la **surveillance du transit**, savoir pratiquer les **massages abdominaux** et les **moyens de prévention**.

Enfin pour **5** (20%) ils indiquent d'avoir des connaissances sur les **causes des difficultés d'élimination intestinale** mais aussi sur les traitements ralentissant le transit.

Concernant la réponse à la question : « Selon vous la prise en charge l'élimination intestinale du patient hospitalisé nécessite quels savoir-faire ? ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu 83% réponses.

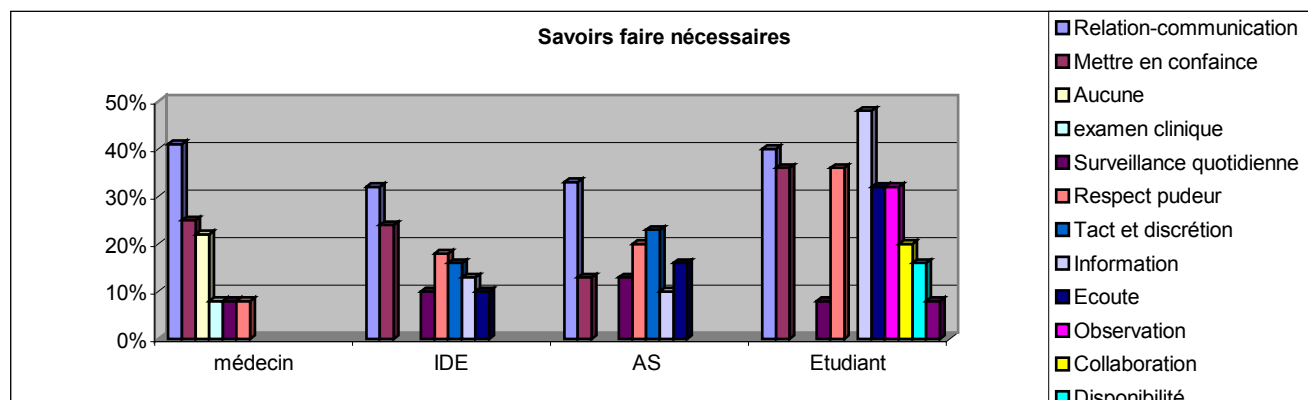
Pour le plus grand nombre de répondants **47 (36%)** le savoir-faire principalement cité concerne : **la capacité relationnelle et de communication**. Il s'agit de 15 (41%) médecins, 12 (32%) infirmiers, 10 (33%) aides soignants et 10 (40%) étudiants.

Au total le χ^2 obtenu est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Pour ces professionnels nous constatons, qu'ils travaillent principalement en réanimation pour les médecins, en chirurgie pour les infirmiers et en médecine pour les aides soignants. Ils sont diplômés depuis au moins 14 ans pour les IDE et 11 ans pour les AS. Pour les médecins, ce sont les grades de chef de clinique et PU-PH qui sont les plus concernés.

Les réponses par fonction montrent que, pour les étudiants en soins infirmiers, c'est la capacité à **informer le patient** qui est prioritaire. Pour les médecins et infirmiers, le second point concerne le fait de mettre en **confiance** le patient puis le **respect de la pudeur**. Une autre donnée concerne le **tact et la discrétion** que nous retrouvons uniquement chez les infirmiers et aides soignants. **L'écoute** est aussi un point qui apparaît chez les étudiants mais aussi chez les aides-soignants et infirmiers. Seuls les étudiants indiquent la nécessité de savoir observer, collaborer, être disponible et bienveillants. Enfin, nous constatons aussi que 22% des médecins disent qu'aucun savoir-faire spécifique n'est nécessaire. Cela concerne une majorité des plus jeunes, c'est à dire les internes.

Histogramme n° 13 Savoirs faire nécessaires



⇒ Pour les médecins

Parmi les 36 médecins ayant participé à ce questionnaire, 88% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés.

Pour **15** (41%) médecins, ils parlent de la nécessité d'avoir des **capacités relationnelles et de communication**. Il s'agit de 1 (18%) PH, de 5 (50%) internes, de 6 (60%) chefs de clinique et de 3 (60%) PU-PH. Il y a 5 (35%) médecins qui travaillent en médecine interne, 3 (25%) en chirurgie et 7 (70%) en réanimation.

Pour **9** (25%) il s'agit de la nécessité **d'être à l'aise** avec le sujet. Cela concerne, 4 (40%) des internes, 3 (27%) chefs de clinique et de 2 (40%) de PU-PH. Il y a 4 (28%) médecins qui travaillent en médecine interne, 1 (8%) en chirurgie et 4 (40%) en réanimation.

Pour **8** (22%) médecins **aucun savoir-faire** n'est nécessaire. Il s'agit de 50% des internes, de 20% des chefs de clinique et de 20% de PU-PH. Il y a 14% des médecins qui travaillent en médecine interne, 33% en chirurgie et 20% en réanimation.

Près de **3** (8%) pensent qu'il est nécessaire de savoir bien réaliser un **examen clinique**. Il s'agit de 1 (18%) PH, de 1 (10%) internes, de 1 (10%) chefs de clinique. Il y a 1 (14%) des médecins qui travaillent en médecine interne et 2 (20%) en réanimation.

Pour **2** (5%) il est nécessaire de savoir **respecter l'intimité** du malade. Il s'agit de 1 (9%) PH travaillant en médecine et de 1 (20%) PUPH de médecine interne.

⇒ Pour les infirmiers

Parmi les 37 infirmiers ayant participé à ce questionnaire, plus de 89% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés.

Pour **12** (32%) infirmiers, ils parlent de la nécessité d'avoir des **capacités relationnelles et de communication**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (30%)

d'infirmiers travaillant en médecine, 6 (50%) en chirurgie orthopédique et 2 (20%) en réanimation.

Pour **9** (24%), ils expliquent la nécessité **d'être à l'aise avec ce problème sans gêne et sans honte**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (30%) d'infirmiers travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 3 (23%) en réanimation.

Pour **7** (18%) parlent de la nécessité de savoir **respecter la pudeur du malade**. Ils sont diplômés depuis 16 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (8%) d'infirmiers travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 3 (30%) en réanimation.

Pour **6** (16%), ils indiquent la **nécessité d'avoir du tact et de la discrétion**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (15%) d'infirmiers travaillant en chirurgie orthopédique et 4 (30%) en réanimation.

Pour **5** (13%) parlent de la nécessité **de savoir informer le patient**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (16%) d'infirmiers travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 1 (7%) en réanimation.

Pour **4** (10%) parlent de la nécessité **de savoir écouter le malade**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (8%) d'infirmiers travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 1 (7%) en réanimation.

Enfin **4** (10%) citent la nécessité de réaliser **une surveillance quotidienne**. Ils sont diplômés depuis 7 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (16%) d'infirmiers travaillant en médecine et 2 (15%) en chirurgie orthopédique.

⇒ Pour les aides-soignants

Parmi les 30 questionnaires émanant d'aides soignants, 96 % ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés.

Pour 10 (**33%**), des aides soignants il est nécessaire d'avoir des capacités de **communication**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (40%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 30% en chirurgie orthopédique et 28% en réanimation.

Pour 7 (**23%**), il est nécessaire d'avoir du **tact et de la discrétion**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 3 (42%) en réanimation.

Pour 6 (20%), des aides-soignants il est nécessaire de **respecter la pudeur**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (23%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique et 3 (42%) en réanimation.

Pour 6 (16%), il est nécessaire **d'écouter le malade**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (30%) d'aides soignants travaillant en médecine, 1 (7%) en chirurgie orthopédique et 1 (14%) en réanimation.

Pour 4 (13%) aides soignants, il est nécessaire **de mettre en confiance le malade**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (15%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique et 2 (20%) en réanimation.

Pour 4 (13%), il est nécessaire **de surveiller quotidiennement le transit du malade**. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (15%) d'aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique et 2 (20%) en réanimation.

Pour 3 (**10%**) aides-soignants travaillant en chirurgie orthopédique, il est nécessaire **de savoir d'informer le malade**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne.

⇒ **Pour les étudiants en soins infirmiers**

Parmi les 25 questionnaires émanant d'étudiants en soins infirmiers, 76% ont répondu à cette question.

Pour 12 (48%) des étudiants, il est nécessaire d'avoir du **tact et de la discrétion**.

Pour **10** (40%) étudiants il est nécessaire d'avoir **une communication adaptée**.

Pour **9** (36%) des étudiants il est nécessaire **de savoir respecter la pudeur du malade et d'établir avec le malade une relation de confiance**.

Pour **8** (32%), il est nécessaire de savoir être à **l'écoute du malade** et de savoir **observer le malade**.

Pour **5** (20%), il est nécessaire de savoir **collaborer**.

Pour **4** (16%), il est nécessaire d'être **disponible**.

Pour **3** (12%) étudiants il est nécessaire de savoir **informer le malade**, mais aussi d'être **attentif et respectueux**.

Enfin pour **2** (8%), il est nécessaire de savoir **rassurer le malade, de faire preuve de bienveillance, de savoir respecter la dignité du malade et d'établir une surveillance quotidienne**.

11-12 Résultats de la question numéro 15

Concernant la réponse à la question : « Selon vous dans quels cas est-il nécessaire de prendre en charge l'élimination intestinale d'un patient hospitalisé? ». Sur les 130 questionnaires récoltés nous avons obtenu 92% de réponses.

Pour l'ensemble des répondants le plus grand nombre de réponses concerne la prise en charge dès que le malade subit un **alitement prolongé**. En effet, **48** (36%) des répondants l'ont cité. Il s'agit de 9 (25%) médecins, 17 (45%) infirmiers, 14 (46%) aides soignants et 8 (32%) étudiants.

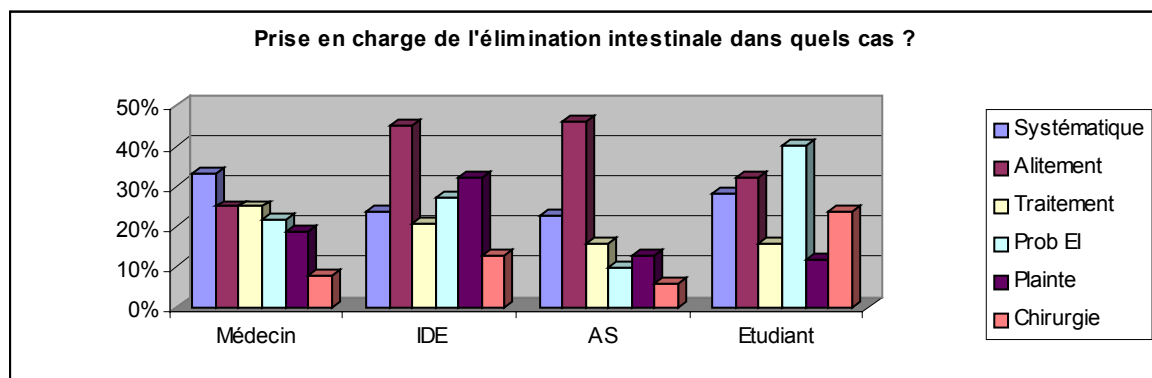
Au total le χ^2 obtenu est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Pour ces professionnels, nous constatons qu'ils travaillent principalement en médecine interne pour les médecins et infirmiers, alors que pour les aides soignants ils travaillent majoritairement en chirurgie. Ils sont diplômés depuis au moins 13 ans pour les IDE et 14 ans pour les AS. Pour les médecins ce sont les grades de PU-PH qui sont les plus concernés.

Les réponses par fonction montrent que pour les **médecins**, c'est **l'aspect systématique** qui vient comme item principal, puis l'alitement. Les médecins signalent aussi que la prise en charge doit avoir lieu dès qu'il existe une plainte du patient, etc.

Pour les infirmiers et aides-soignants nous retrouvons en premier lieu **l'alitement prolongé**. Chez les **infirmiers**, nous retrouvons ensuite la prise en charge du fait de la plainte du malade. Chez les **aides-soignants**, c'est l'alitement qui représente la cause la plus importante de la prise en charge. Puis nous retrouvons l'aspect systématique lors de toute hospitalisation. Chez les **étudiants** en soins infirmiers, la première raison de la prise en charge concerne le problème de transit du malade, puis lors de tout alitement prolongé mais aussi lorsqu'il s'agit d'une personne âgée.

Histogramme n° 14 : Dans quels cas il existe une prise en charge de l'élimination intestinale



⇒ Pour les médecins

Parmi les 36 médecins ayant participé à ce questionnaire, 94% ont répondu à cette question. Plusieurs raisons sont abordées :

Pour **12** (33%) médecins, la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **systématiquement**. Il s'agit de 3 (30%) internes, de 5 (50%) chefs de clinique, de 4 (36%) PH. Il y a 6 (42%) médecins qui travaillent en médecine interne, 2 (16%) en chirurgie et 4 (40%) en réanimation.

Pour **9** (25%) médecins la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **si l'alitement du malade est prolongé ou si traitement ralentissant le transit**. Il s'agit de 2 (20%) internes, de 3 (60%) PH et de 4 (40%) PU-PH. Il y a 6 (35%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 3 (25%) en chirurgie et 1 (10%) en réanimation.

Pour **8** (22%), la prise en charge doit être réalisée **dès qu'il existe un problème de transit**. Il s'agit de 2 (20%) internes, 2 (20%) chefs de clinique, 2 (20%) PH et de 2 (40%) PU-PH. Il y a 2 (14%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 3 (25%) en chirurgie et 3 (30%) en réanimation.

Pour **7** (19%) médecins, la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **dès qu'il existe une plainte du malade**. Il s'agit de 3 (60%) des internes 2 chefs de clinique et 12 (8%) PH. Il y a 3 (21%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 2 (16%) en chirurgie et 2 (30%) en réanimation.

Enfin pour **3** (8%), la prise en charge doit être réalisée **dès qu'il existe une chirurgie**. Il s'agit de 2 (20%) chefs de clinique et 1 (9%) PH. Il y a 2 (21%) des médecins qui travaillent en médecine interne et 1 (16%) en chirurgie.

⇒ Pour les infirmiers

Parmi les 37 infirmiers ayant participé à ce questionnaire, 94% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés.

Pour **17** (45%) des infirmiers, la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **dès que le patient subit un alitement prolongé**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 9 (75%) d'infirmiers travaillant en médecine et de 8 (61%) en chirurgie orthopédique.

Pour **12** (32%), la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **dès qu'il existe une plainte du patient**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (16%) d'infirmiers travaillant en médecine, 4 (33%) en chirurgie orthopédique et 6 (46%) en réanimation.

Pour **10** (27%), la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **dès que des troubles intestinaux**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 5 (41%) d'infirmiers travaillant en médecine et 5 (38%) en réanimation.

Pour **9** (24%) d'infirmiers la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **systématiquement**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (25%) d'infirmiers travaillant en médecine, 3 (23%) en chirurgie orthopédique et 3 (23%) en réanimation.

Pour **8** (21%), la prise en charge doit être réalisée **si le patient bénéficie d'un traitement ralentissant le transit intestinal**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (33%) d'infirmiers travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 2 (15%) en réanimation.

Pour **15** (13%), la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **dès qu'il existe une chirurgie**. Ils sont diplômés depuis 15 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (30%) d'infirmiers travaillant en chirurgie orthopédique et 1 (7%) en réanimation.

Enfin pour **4** (10%) d'infirmiers, la prise en charge doit être réalisée **si constipation chronique**. Ils sont diplômés depuis 19 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (16%) d'infirmiers travaillant en médecine, 1 (7%) en chirurgie orthopédique et 1 (7%) en réanimation.

⇒ Pour les aides-soignants

Parmi les 30 questionnaires émanant d'aides soignants, 90% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés.

Pour **14** (46%) des aides-soignants, la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **dès que le patient a un alitement prolongé**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (40%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 8 (61%) en chirurgie orthopédique et 2 (28%) en réanimation.

Pour **7** (23%), la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **systématiquement**. Ils sont diplômés depuis 14 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 4 (30%) en chirurgie orthopédique et 2 (14%) en réanimation.

Pour **7** (23%) des aides-soignants, la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **si le patient n'est pas autonome**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (40%) d'aides-soignants travaillant en médecine, 3 (30%) en chirurgie orthopédique et 1 (14%) en réanimation.

Pour **5** (16%) aides-soignants, la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée si le patient bénéficie d'un **traitement ralentissant le transit intestinal ou si constipé habituellement**. Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (23%) d'aides-soignants en chirurgie orthopédique et 2 (28%) en réanimation.

Pour **4** (13%), dès qu'il existe **une plainte du malade**. Ils sont diplômés depuis 13 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (10%) d'aides-soignants travaillant en médecine et 2 (15%) en chirurgie orthopédique.

Enfin, pour **2** (6%) des aides-soignants, la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **dès qu'il existe une chirurgie**. Ils sont diplômés depuis 7 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (10%) d'aides-soignants travaillant en médecine et 1 (7%) en chirurgie orthopédique.

⇒ Pour les étudiants en soins infirmiers

Parmi les 25 questionnaires émanant d'étudiants en soins infirmiers, 96% ont répondu à cette question, soit un taux de 96 %. Plusieurs thèmes ont été abordés.

Pour **10** (40%) des étudiants, la prise en charge de l'élimination intestinale doit être réalisée **dès qu'il existe un problème de transit.**

Pour **8** (32%), la prise en charge doit se faire **dès qu'il existe un alitement prolongé.**

Pour **7** (28%), elle doit être **systematique.**

Pour **6** (24%) des étudiants, elle doit être réalisée **dès qu'il existe une chirurgie.**

Pour **4** (16%), dès que le malade bénéficie d'un **traitement ralentissant le transit intestinal.**

Enfin, pour **3** (12%) étudiants, elle doit être réalisée dès qu'il existe une **plainte du malade** ou si le patient est **constipé habituellement.**

11-13 Résultats de la question numéro 16

Concernant la réponse à la question : « *Selon vous comment expliquez-vous la difficulté qu'ont les professionnels de santé à prendre en charge l'élimination intestinale d'un patient hospitalisé?* ». Sur les 130 questionnaires récoltés, nous avons obtenu 92 réponses.

Pour l'ensemble des répondants, le plus grand nombre de réponses concerne la difficulté liée au fait que les **malades sont gênés pour parler** de ce problème et donc il existe une sous estimation de la prise en charge de l'élimination intestinale. Cela concerne 32 (30%) des répondants. Il s'agit de 5 (36%) médecins, 10 (27%) infirmiers, 8 (26 %) aides soignants et de 9 (36%) étudiants.

Au total le χ^2 obtenu est largement supérieur à 3,84 ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle à $P = .05$ et de confirmer qu'il y a une différence significative entre ces deux populations observées.

Pour ces professionnels, nous constatons qu'ils travaillent principalement en médecine interne pour les médecins et aides soignants, alors que pour les infirmiers travaillent majoritairement en réanimation. Ils sont diplômés depuis au moins 15 ans pour les IDE et 11 ans pour les AS.

Pour les médecins se sont les grades de PU-PH qui sont les plus concernés. Ensuite, pour 20% de l'ensemble des répondants, nous observons que cette difficulté est expliquée par le fait que ce soin n'est **pas valorisant** et que les professionnels préfèrent s'intéresser au **diagnostic principal**. Pour plus de 17 %, cela s'exprime par le fait qu'il s'agit d'un **soin tabou** et marquant peu d'intérêt pour les professionnels etc.

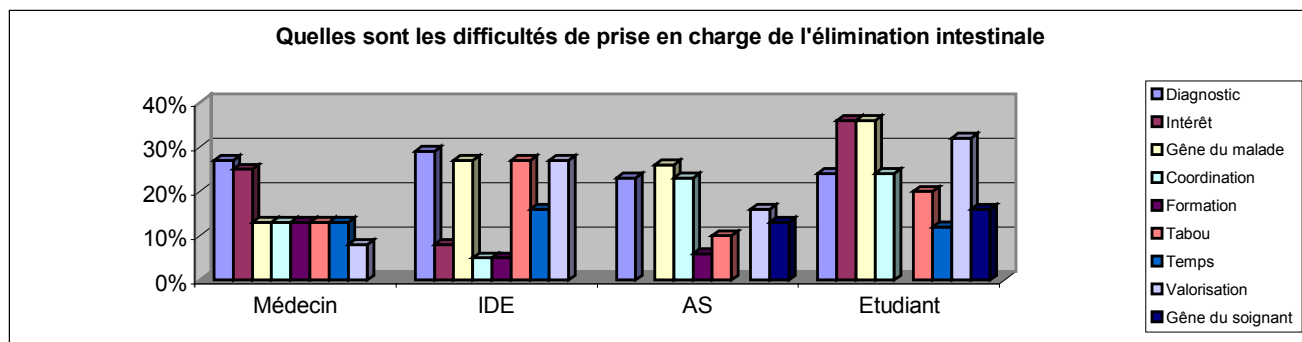
Les réponses par fonction montrent que pour les **médecins** cette difficulté de prise en charge est liée au fait que les **malades sont gênés pour en parler**, mais aussi parce que les soignants s'intéressent en priorité au diagnostic principal. Ils expliquent aussi le manque d'intérêt pour cette prise en charge, le fait que ce soit un soin tabou. Nous retrouvons ensuite le manque de coordination des soignants, le manque de temps, etc.

Chez les **infirmiers**, cette difficulté de prise en charge est liée principalement au fait que les soignants s'intéressent prioritairement au diagnostic principal, puis au fait que les **malades sont gênés pour en parler**, qu'il s'agit d'un soin tabou et non valorisant. Puis ils expriment le manque de temps, le manque d'intérêt, le manque de coordination, etc.

Chez les **aides soignants**, cette difficulté est liée principalement au fait que les **malades sont gênés pour en parler** puis au fait que les soignants s'intéressent prioritairement au diagnostic principal, puis vient le manque de coordination. Puis ils expriment le manque de temps, le manque d'intérêt, le manque de coordination, etc.

Chez les **étudiants** en soins infirmiers, cette difficulté est liée principalement au fait que les **malades sont gênés pour en parler**, mais aussi au manque d'intérêt qu'ont les soignants pour cette prise en charge. Puis au fait que ce soit un soin non valorisant et que les soignants s'intéressent prioritairement au diagnostic principal. Nous retrouvons aussi le manque de coordination, le fait que ce soit un soin tabou, etc.

Histogramme n° 15 : Difficulté de prise en charge de l'élimination intestinale



⇒ Pour les médecins

Parmi les 36 médecins ayant participé à ce questionnaire, plus de 83% ont répondu à cette question. Plusieurs raisons sont abordées :

Pour **11** (27%), médecins cette difficulté est liée au fait que les professionnels sont trop centrés **sur le diagnostic principal** et donc qu'il existe une sous estimation de la prise en charge de l'élimination intestinale. Il s'agit de 2 (20%) internes, de 3 (27%) chefs de clinique, de 4 (36%) PH et de 2 (40%) PU-PH. Il y a 7 (50%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 2 (16%) en chirurgie et 2 (20%) en réanimation.

Pour **9** (27%), ils expliquent que cela est lié au **manque d'intérêt** pour cette prise en charge. Il s'agit de 4 (40%) internes, 1 (10%) chefs de clinique et 4 (36%) PH. Il y a 7 (50%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 1 (8%) en chirurgie et 1 (10%) en réanimation.

Pour **5** (13%) médecins, c'est lié au fait que les **malades sont gênés pour en parler**. Il s'agit de 1 (10%) internes, de 2 (18%) PH et de 2 (40%) PU-PH. Il y a 3 (21%) médecins qui travaillent en médecine interne et 2 (16%) en chirurgie.

Pour **5** (13%)médecins, ils pensent que c'est un manque de **coordination et un manque de temps**. Il s'agit de 2 (20%) internes, de 1 (10%) chefs de clinique, de 1 (9%) PH et de 1 (20) PU-PH. Ces 5 médecins travaillent en médecine interne.

Pour **5** (13%) c'est **lié à un manque de formation**. Il s'agit de 1 (10%) chef de clinique, de 3 (27%) PH et de 1 (20%) PU-PH. Il y a 3 (21%) médecins qui travaillent en médecine interne et 2 (20%) en réanimation.

Nous retrouvons ensuite **5** (13%) médecins qui pensent que c'est un sujet difficile à aborder parce que « **tabou** ». Il s'agit de 1 (10%) internes, de 2 (20%) chefs de clinique et de 2 (18%) PH. Il y a 2 (14%) des médecins qui travaillent en médecine interne, 1 (8%) en chirurgie et 2 (20%) en réanimation.

Pour **3** (8%) c'est un **sujet non valorisant**. Il s'agit de 1 (10%) internes, de 1 (10%) chefs de clinique et de 1 (20%) PU-PH. Il y a 1 (7%) des médecins qui travaillent en médecine interne et 2 (20%) en réanimation.

Enfin, **2** (5%) médecins pensent **que les soignants sont gênés pour en parler**. Il s'agit de 2 (20%) chefs de clinique travaillent en chirurgie.

⇒ Pour les infirmiers

Parmi les 37 infirmiers ayant participé à ce questionnaire, 86% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés :

Pour **11** (29%) infirmières, car les soignants sont trop centrés sur **le diagnostic principal** et qu'il existe donc une sous estimation de la prise en charge de l'élimination intestinale.

Ils sont diplômés depuis 12 ans en moyenne. Il s'agit de 5 (41%) d'infirmiers travaillant en médecine, 4 (30%) en chirurgie orthopédique et en réanimation.

Pour **10** (27%) c'est **un soin non valorisant**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (33%) d'infirmiers travaillant en médecine, 3 (23%) en chirurgie orthopédique et en réanimation.

Pour **10** (27%) c'est lié au fait que **les patients sont gênés pour en parler**. Ils sont diplômés depuis 15 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (25%) d'infirmiers travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 5 (38%) en réanimation.

Pour **10** (27%) infirmiers c'est **un soin « tabou »**. Ils sont diplômés depuis 17 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (25%) d'infirmiers travaillant en médecine, 1 (7%) en chirurgie orthopédique et 2 (15%) en réanimation.

Pour **6** (16%) d'infirmiers c'est **lié au manque de temps**. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (16%) infirmiers travaillant en médecine, et 4 (30%) en chirurgie orthopédique.

Pour **3** (15%) c'est **un manque d'intérêt pour ce soin**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (15%) d'infirmiers travaillant en chirurgie orthopédique et 1 (7%) en réanimation.

Pour **2** (5%) c'est lié à **un manque de formation**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (15%) d'infirmiers travaillant en réanimation.

Enfin **2** (5%) infirmiers pensent que c'est lié à **un manque de coordination entre les soignants**. Ils sont diplômés depuis 17 ans en moyenne. Il s'agit de 1 (7%) d'infirmiers travaillant en chirurgie orthopédique et 1 en réanimation.

⇒ Pour les aides-soignants

Parmi les 30 questionnaires émanant d'aides soignants, 83% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés :

Pour **8** (26%) des aides-soignants, cette difficulté est liée au **fait que les patients sont gênés pour en parler**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 4 (40%) aides soignants travaillant en médecine, 2 (15%) en chirurgie orthopédique et 2 (28%) en réanimation.

Pour **7** (23%), car les soignants sont trop centrés sur **le diagnostic principal**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) aides-soignants travaillant en médecine, 3 (23%) en chirurgie orthopédique et 2 (28%) en réanimation.

Pour 7 (23%) c'est **lié à un manque de coordination entre les soignants**. Ils sont diplômés depuis 9 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (30%) aides-soignants travaillant en médecine et 4 en chirurgie orthopédique.

Pour 5 (16%) aides-soignants, c'est **un soin non valorisant**. Ils sont diplômés depuis 17 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) aides soignants travaillant en médecine et 3 (23%) en chirurgie orthopédique.

Pour 5 (16%) aides-soignants, c'est **lié à un manque de prescription médicale**. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) aides soignants travaillant en médecine et 3 (23%) en chirurgie orthopédique.

Pour 4 (13%) c'est lié au **manque de prescription médicale**. Ils sont diplômés depuis 10 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) aides-soignants travaillant en réanimation et 2 (15%) en chirurgie orthopédique.

Pour 4 (13%) c'est lié au **fait que les soignants sont gênés pour en parler**. Ils sont diplômés depuis 11 ans en moyenne. Il s'agit de 2 (20%) aides-soignants travaillant en médecine et 2 (15%) en chirurgie orthopédique.

Pour 3 (10%) c'est **un sujet « tabou »**. Ils sont diplômés depuis 17 ans en moyenne. Il s'agit de 3 (30%) aides-soignants travaillant en médecine.

Enfin 2 (6%) pensent que c'est **lié à un manque de formation** et qu'il existe donc une sous estimation de la prise en charge de l'élimination intestinale.

Ils sont diplômés depuis 7 ans en moyenne et travaillent en chirurgie orthopédique.

⇒ **Pour les étudiants en soins infirmiers**

Parmi les 25 questionnaires émanant d'étudiants en soins infirmiers, 80% ont répondu à cette question. Plusieurs thèmes ont été abordés :

Pour **9** (36%) étudiants, ils pensent que c'est **lié au fait que le malade est trop gêné pour en parler et que ce soin rencontre peu d'intérêt**. Il existe donc une sous estimation de la prise en charge de l'élimination intestinale.

Pour **8** (32%) **ce soin n'est pas valorisant** et il existe donc une sous-estimation de la prise en charge de l'élimination intestinale.

Pour **6** (24%) les soignants sont trop centrés sur le diagnostic principal et qu'il existe un manque de coordination entre les soignants.

Pour **5** (20%) c'est un soin « tabou ».

Pour **4** (16%) étudiants **les soignants sont gênés pour en parler**.

Enfin, **3** (12%) étudiants pensent que c'est lié au **manque de temps**.

12- DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE

12-1 Choix et critique de la méthodologie

Les avantages

Il s'agit d'une étude de repérage élaborée à partir d'un questionnaire anonyme à administration directe, permettant le débroussaillage de la problématique plus qu'un développement exhaustif de l'ensemble des raisons qui font que les soignants ont des difficultés à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés.

Ce choix nous semble d'autant plus justifié qu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder lors d'un entretien, comme l'ont montré les résultats de notre enquête. En effet, il n'est pas facile de discuter d'un sujet sur lequel on n'est pas à l'aise.

D'autre part le questionnaire a permis d'avoir un échantillon beaucoup plus important en un temps très limité, et avec un groupe de professionnels géographiquement dispersés.

Cette méthodologie est une façon simple d'explorer une pratique et la perception que s'en font les professionnels. Le taux de répondants mais aussi leur participation notamment dans la rédaction des questions ouvertes a montré un réel intérêt pour ce sujet peu « attrayant ».

L'ensemble des répondants a pu remplir le même outil. Ainsi les réponses sont uniformisées ce qui écarte la possibilité de biais lié au questionnaire en lui-même puisque l'ensemble des participants ont bénéficié du même outil.

Nous avons choisi de réaliser cette enquête à partir d'un échantillon de médecins, infirmiers, aides-soignants et étudiants en soins infirmiers. Car, ces professionnels de santé sont très impliqués dans la prise en charge de l'élimination intestinale ce qui a enrichi les résultats. L'anonymat du questionnaire donne plus de liberté dans l'expression des répondants.

En ce qui concerne les questions ouvertes, une grille a été préalablement établie à partir des entretiens semi-directifs réalisés lors de la pré-enquête. Cela a permis d'analyser les sentiments des soignants.

Nous avons réalisé, une analyse quantitative enrichie du test statistique « $\alpha 2$ », ainsi qu'une analyse qualitative qui a structuré les éléments de la discussion..

Les inconvénients

La méthode par questionnaire fait également l'objet de critique : certaines réponses peuvent être induites par l'intitulé même de la question.

On peut aussi critiquer le fait que l'échantillon n'ait pas été réalisé en tenant compte d'un échantillon statistiquement représentatif. Le choix a été aléatoire au sein de professionnels d'un même établissement public dans trois spécialités différentes.

D'autre part des entretiens préalables à l'enquête avec les chefs de service et les cadres infirmiers a rencontré un réel succès mais a peut-être aussi rendu obligatoire la participation des soignants. Il s'agit probablement d'un biais par rapport au nombre de répondants.

Pour le questionnaire : les questions font essentiellement appel à de la subjectivité, il n'existe pas de corrélation avec la pratique réelle. Ainsi cette enquête ne permet pas d'appréhender la pratique sur le terrain, une d'observation en complément aurait probablement enrichi ce travail.

L'analyse des questionnaires aurait mérité un traitement statistique pour l'ensemble des questions afin d'affiner les résultats. Pour l'expérience professionnelle nous aurions dû également, pour les médecins, poser la question en terme d'années d'expérience afin de réaliser une comparaison entre les populations.

Le choix de ne pas inclure des services de gériatrie ou de pédiatrie, etc. n'a pas permis de repérer si des spécialités qui publient plus dans ce domaine ont des résultats différents et s'il existe une incidence. Cependant, compte tenu du temps disponible nous avons pris le parti d'une enquête plus facile d'accès pour les répondants.

13- DISCUSSION DES RESULTATS

En commençant ce travail, nous voulions comprendre pourquoi les soignants ont tant de difficultés à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés. Nous posions alors comme hypothèse que l'élimination intestinale est un tabou partagé par les soignants, entraînant une prise en charge technique de ce besoin fondamental.

De plus, il nous semblait évident que le développement de la médecine a bouleversé les pratiques des soignants. Une médecine centrée sur le corps, devenue une médecine plus « technicisée », s'éloignant de la personne. Didier Sicard dans son ouvrage « La médecine sans le corps »⁵⁹, montre les dangers d'une technicisation accrue des soins qui réduit le corps aux images radiographiques etc., les avantages sont si évidents qu'on en oublierait presque que la médecine est un art et doit le demeurer. « Le siècle des lumières a donné naissance à une profonde sensibilité face au corps, de plus en plus perçu comme lui-même de l'existence de la personne. Cette sensibilité s'exprimera d'une manière assez évidente, dans le dégoût sans cesse grandissant. »⁶⁰

Il faut cependant reconnaître que l'évolution de la médecine a apporté de nombreux progrès pour la santé, mais elle a aussi entraîné une certaine déshumanisation des soins. Les soignants étant plus attirés par la pathologie, l'organe, les soins plus techniques, domaines plus valorisants que de s'occuper des besoins fondamentaux de la personne soignée.

Nous avons toutefois, au cours de notre enquête, pu observer que l'expérience entraîne des comportements différents et que le problème de prise en charge de l'élimination intestinale par les soignants est induite par des déterminants qui les amènent à éviter ce rapport au corps.

Plusieurs points importants se sont donc dégagés de cette enquête :

- 1) La prise en charge de l'élimination intestinale est curative, elle ne s'inscrit pas dans une logique humaniste.
- 2) Plusieurs déterminants font que les soignants ne sont pas dans une démarche de « prendre soin », du fait de sentiments : dévalorisants, honteux.
- 3) L'expérience modifie le comportement des soignants dans la prise en charge de l'élimination intestinale.
- 4) La formation reçue ne prépare pas le soignant à la prise en charge globale de la personne soignée.

⁵⁹ SICARD D., La médecine sans le corps, Edition Plon, 2002, 280 p.

⁶⁰ HERVE C., THAMASMA D., WEISSTUB D., Vision Ethique de la personne, Edition L'Harmattan, 2001, p 96.

La prise en charge de l'élimination intestinale est curative, elle ne s'inscrit pas dans une logique humaniste.

Comme l'a montré notre enquête, le comportement des soignants, qu'ils soient médecins, infirmiers, aides-soignants, face à la prise en charge de l'élimination intestinale des patients hospitalisés, est lié au domaine curatif. En effet, nous avons relevés au travers de notre enquête que plus de 56% des répondants n'abordent le problème d'élimination intestinale qu'à la plainte du malade. La prise en charge de cette problématique se situe le plus souvent dès la plainte du malade pour 90% des professionnels interrogés. C'est-à-dire lorsqu'il existe un symptôme, un trouble déjà installé. Cette action de soin n'est pour plus de 53%, qu'une prise en charge ponctuelle, une réponse à un symptôme.

Chez les étudiants, nous avons noté que 56% disent s'en occuper avant la plainte du patient. Or ce sont eux qui sont les moins impliqués dans la prise en charge. Nous constatons qu'ils ont une vision beaucoup plus théorique d'un idéal à atteindre, centrée sur la personne soignée. Les soins aux corps sont depuis la fin du XIX siècle, et particulièrement depuis Claude Bernard, devenus secondaires pour les soignants. Le corps humain a été dissocié en organes et en fonctions. Comme l'ont dit 20% des répondants, il existe chez les soignants une préférence donnée au diagnostic principal et donc aux soins techniques en découlant. Comme le dit P. Svandra, « La médecine serait alors passée de l'art à la science »⁶¹

Ainsi la prise en charge des malades est devenue de plus en plus scientifique, technique incitant les soignants à se désintéresser des besoins fondamentaux de la personne soignée, comme l'élimination intestinale. Comme le dit Svandra, « la technique finit par annihiler le rapport soignant. Le risque pour les soignants serait d'être totalement instrumentalisés par la technique. »⁶²

« Dans la naissance de la Clinique, Foucault suit la piste de la médicalisation du corps-objet, sa réduction à une entité médicale et leurs conséquences sur l'ordre social »⁶³

Cet intérêt pour la médicalisation du corps se confirme dans les résultats de notre enquête concernant les connaissances nécessaires pour prendre en charge l'élimination intestinale.

Nous remarquons qu'elles s'inscrivent dans une logique médicale comme l'anatomie et la physiopathologie, la diététique. Nous constatons en effet, que 50% des enquêtés pensent qu'il

⁶¹ SVANDRA P., Pour une éthique soignante, L'approche par l'agir compassionnel, Revue Perspective soignante, Avril 2003, n° 16, Edition Seli Arslan. p 74.

⁶² Op.cit p.75.

⁶³ LAWLER J., La face cachée des soins, Ed Seli Arslan, 2002, p 71.

est nécessaire d'avoir des connaissances en anatomie et en physiopathologie. Ensuite, cela concerne des domaines plus techniques comme les examens cliniques pour 11% de médecins et 13% d'infirmières, alors que pour 23% d'aides-soignants et 36% d'étudiants on retrouve des connaissances qui ont trait aux moyens physiques de prendre en charge les problèmes intestinaux, comme le massage abdominal.

Nous avons également constaté que seuls 20% des aides-soignants et 36% des étudiants disent qu'il est nécessaire de connaître les moyens préventifs. En effet, on peut considérer que ce sont eux qui prennent en charge ce besoin particulier, d'une manière très pragmatique comme mettre le bassin, installer aux toilettes. C'est pourquoi, les médecins et infirmières se sentent probablement moins impliqués dans ce domaine préventif, s'intéressant moins aux aspects essentiels du corps humain, à son fonctionnement de base. Pourtant, plus de 63% des répondants ont signalé que c'est un soin dominé par la prévention. Nous pouvons donc supposer que les connaissances dont parlent les répondants sont directement liées à leur pratique. Il y a donc les médecins et les infirmiers centrés sur la pathologie, et les aides-soignants et étudiants intéressés aux aspects plus pragmatiques de cette prise en charge. Comme le dit W. Hesbeen : « La place centrale accordée à la maladie explique la faiblesse, certains diraient l'échec, de telles mesures préventives ».⁶⁴ Cela traduit une prise en charge moins humaniste parce que moins bienveillante ne tenant pas compte de la dignité de la personne soignée. Pourtant, la raison d'être de la pratique infirmière demeure le malade, mais en tant que porteur de la maladie. Celle-ci est organisée autour de différentes tâches : celles prescrites par le médecin pour investiguer, traiter, surveiller la maladie et celles concernant son rôle propre comme notamment l'éducation de la santé.

D. Blondeau, infirmière et docteur en philosophie explique : « Les docteurs...ne font qu'appliquer leur savoir s'intéressant uniquement à la maladie en cause, mais jamais au patient comme individu comme personne entière... »⁶⁵ Ainsi, la pratique s'est déshumanisée car « le vieil art de la médecine s'est perdu, a été oublié »⁶⁶ On peut dire aussi que la médecine si technicisée a fait perdre aux soignants la réalité des soins et le sens de prendre soin qu'elle finit par déshumaniser.

Toutefois, les soignants devraient accorder de l'importance aux besoins quotidiens de la personne soignée alors qu'elle-même ne peut y faire face. Comme dit Kant : « Ce n'est pas la pitié, ni la sympathie qui me lie à l'autre mais seulement la raison ». Car l'élimination

⁶⁴ HESBEEN W., La qualité du soin infirmier, Masson, 1998, p 14.

⁶⁵ BLONDEAU D., Ethique et soins infirmiers, Presses Universitaires de Montréal, p 94.

⁶⁶ Op.cit p.94.

intestinale est un besoin fondamental et d'absolue nécessité. C'est pourquoi le soignant se doit de porter une attention particulière à l'autre en faisant preuve d'obligeance et d'attention. Car la pratique soignante ne se résume pas seulement à la réalisation d'actes techniques, mais relève aussi d'un agir qui s'adresse à une personne, avec une réelle relation de confiance. Kant pense « altruisme comme souci de l'autre ». Il est à noter que le code de déontologie médicale, les textes réglementant les professions para-médicales insistent sur la prise en charge globale de la personne soignée et sur l'aspect préventif. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades renforce ce principe, qui est aujourd'hui plus qu'hier un droit du malade pour que l'on prenne soin de lui avec comme principe fondamental que tout être humain a droit à la vie et à la santé.

Comme l'explique W. Hesbeen : « Il n'y a pas d'acte banal, ni geste anodin. Qu'elle soit technique ou pas, la complexité de la pratique réside dans l'attention et l'aide portée à autrui et dans la quête du sens que cela implique. C'est prendre soin ⁶⁷ ». L'expression prendre soin concerne tous les professionnels de santé qui doivent être attentifs à la personne pour lui venir en aide dans sa situation singulière.

Il ne s'agit pas de jeter une pierre, mais plutôt essayer de comprendre pourquoi les soignants ne sont pas dans cette logique de prendre soin de l'autre et restent dans une dimension curative. L'enquête a dégagé plusieurs déterminants responsables de ce constat, c'est ce que nous allons tenter de mettre en avant dans la partie suivante.

Plusieurs déterminants font que les soignants ne sont pas dans une démarche bienveillante de prendre soin.

Nous avons donc mis en évidence que ce sont les aides-soignants et les étudiants qui ont le plus en charge l'aspect pragmatique de l'élimination intestinale, les médecins et les infirmiers sont dans une logique médicale s'intéressant plus au diagnostic principal qu'aux besoins essentiels du corps humain.

Notre enquête a également montré que 13% des aides-soignants enquêtés se plaignent du manque de prescriptions médicales. Pour eux, leurs actions ne sont pas suivies d'effet, il s'agit

d'un manque d'intérêt pour leur travail. Comme l'a précisé notre enquête, la prise en charge de l'élimination intestinale rencontre **peu d'intérêt** pour 27% des médecins, 15% des infirmiers et 36% des étudiants. Car le médecin et l'infirmier se posent plus en tant que spécialistes des soins valorisants alors que les soins liés à l'élimination intestinale sont délégués aux aides soignants. Comme le dit B. Hoerni, avec l'évolution de la médecine où l'examen clinique a été réduit à des simulacres « après sa naissance et un premier âge d'or, l'examen clinique va connaître une profonde régression.⁶⁸ », « les médecins n'étaient guère non plus tentés d'accéder à une intimité d'abord caractérisée par la saleté et les mauvaises odeurs⁶⁹ ». C'est pourquoi, comme le dit J. Lawler : « Le soin de base est tombé dans le discrédit parce qu'il sous-entend une dévalorisation et un manque d'expertise. »⁷⁰ Pourtant, C. Hervé, explique : « La finalité médicale, qui était de soigner, a évolué. De curative, la médecine s'est affirmée préventive, s'attachant essentiellement aux complications des maladies, désormais mieux connues⁷¹ ».

Cette prise en charge est déléguée aux aides-soignants car il s'agit d'un soin **dévalorisant** pour 20% des professionnels enquêtés. Pour eux, une des manières d'éviter ce travail, est finalement de le laisser faire à des personnes moins diplômées, exécutant des soins uniquement par délégation. L'enquête a d'ailleurs mis en évidence chez 74% de répondants, que la prise en charge dépend du médecin, de l'infirmière et de l'aide-soignant. Cela peut laisser entendre qu'il existe des zones de compétences dans un rapport de dépendance. Ainsi, ceux qui ont la formation jugée socialement la plus prestigieuse définissent leur territoire, puis la catégorie suivante s'approprie la partie la moins dévalorisée du reliquat, et ainsi de suite. Le médecin délègue à l'infirmière des actes techniques et l'infirmière délègue à l'aide-soignant et aux étudiants les soins d'hygiène et de confort. Cette conception débouche sur des comportements de castes dans lequel chacun finit par s'enfermer dans son poste, et prend de moins en moins l'initiative de s'adapter. L'enquête a d'ailleurs mis en évidence que les répondants disent s'intéresser prioritairement aux diagnostics principaux plus gratifiants et non pas aux problèmes annexes. Pourtant, comme le dit P. Bagros : « Quiconque a passé quelques jours à l'hôpital sait que les activités simples du corps y sont une préoccupation à de nombreux moments de chaque jour, et une humiliation particulière pour les alités face aux « debouts », qui ont leur vie ailleurs. Il ajoute : « Aussi, le non-respect du corps au niveau le

⁶⁷ HESBEEN W., La qualité du soin infirmier, Masson, 1998, p19.

⁶⁸ HOERNI B., L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours, 2^{ème} édition, Imothep/Maloine, 2000, p47. 238P

⁶⁹ Op.cit p.61.

⁷⁰ LAWLER J., La face cachée des soins, Ed Seli Arslan, 2002, p 38.

⁷¹ HERVE C., Ethique politique, Collection Puf, médecine et société, 1^o édition, 2000, p11.

plus trivial paraît un comble de l'exclusion.⁷² » Umberto Eco s'exprime sur le respect du corps : « On peut constituer une éthique sur le respect des activités du corps : manger, boire, pisser, chier, dormir, faire l'amour, parler, entendre... Toutes les formes de racisme et d'exclusion sont finalement des manières de nier le corps de l'autre. On pourrait relire toute l'histoire de l'éthique sous l'angle des droits du corps et des rapports de notre corps aux autres.⁷³ »

Nous pouvons observer que les soignants sont de plus en plus dans une logique d'action de faire du soin plutôt que de « prendre soin. » Comme le dit P. Svandra : « Les soins s'adressent au corps-objet en oubliant le corps-sujet.⁷⁴ »

Nous notons que J. Habermas, lorsqu'il nomme la morale cite : « toutes les intuitions qui nous informent sur la question de savoir comment nous devons nous comporter au mieux afin de contrecarrer l'extrême vulnérabilité des personnes, en la protégeant et en l'épargnant⁷⁵ ».

Ainsi, ce sentiment de dévalorisation nuit à la prise en charge. D'après le dictionnaire le Petit Larousse, le terme dévalorisant signifie « Diminuer la valeur de. » La prise en charge de l'élimination intestinale a un rapport si étroit avec le corps que les soignants sont gênés pour s'en occuper, car ils sont eux aussi des membres de la société avec des croyances, des normes influençant leur comportement social. Prendre en charge l'élimination intestinale n'est pas valorisant aux yeux de la société et ne représente pas un domaine scientifique reconnu et valorisé. Ainsi, cette fonction rend mal à l'aise les soignants, c'est pourquoi ils n'y accordent pas le même intérêt, préférant la confier systématiquement à d'autres professionnels.

C. Mercadier dans son ouvrage : le travail émotionnel des soignants à l'hôpital explique « qu'il existe chez le soignant différents types de honte, notamment celle ressentie par certains infirmiers : effectuer des tâches vécues à leurs yeux comme dégradantes, par exemple vider des bassins, nettoyer une personne souillée par ses excréments »⁷⁶

Mary Douglas dans son ouvrage « La Souillure », a observé que le contact avec les excréments inspire une attitude de dégoût pour les Hindous. Ainsi, ce sont les personnes de castes inférieures qui nettoient les toilettes. « Nous avons vu que les excréments sont des

⁷² BAGROS P., de TOFFOL B., Introduction aux sciences humaines en médecine, Edition Ellipses, 2001, p 120.

⁷³ ECO U., in Introduction aux sciences humaines en médecine, Edition Ellipses, Paris, 2001, p 120.

⁷⁴ SVANDRA P., Pour une éthique soignante, L'approche par l'agir compassionnel, Revue Perspective soignante, Avril 2003, n° 16, Edition Seli Arslan. p75.

⁷⁵ HABERMAS J., in , Pour une éthique soignante, L'approche par l'agir compassionnel, Revue Perspective soignante, Avril 2003, n° 16, Edition Seli Arslan. p 77.

⁷⁶ MERCADIER C., Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, Seli Arslan, 2002, p 49.

agents de pollution rituelle et que le nettoyage des latrines est réservé aux castes inférieures.⁷⁷ »

Notre enquête a identifié qu'un certain nombre de répondants justifient leur difficulté à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés par des **difficultés institutionnelles**, comme le manque de coordination des soignants pour plus de 16% des répondants et le manque de temps pour plus de 11%. Toutefois on se rend aussi compte que même si le sens du soin doit être centré sur la personne soignée, le tabou de l'élimination intestinale l'éloigne de la relation soignant-soigné.

Nous avons en effet mis en évidence que 17% des répondants expriment aussi que cette difficulté est un sujet **tabou** et que la relation soignant-soigné est entravée car chacun a des difficultés pour en parler. Comme le dit J. Lawler : « Les données concernant les aspects très triviaux de l'existence humaine, tels que les excréments, ne sont pas considérés comme des sujets de conversation convenable dans la plupart des milieux. ⁷⁸ »

C'est pourquoi plus de 32% de répondants expliquent que les malades ont des difficultés pour aborder ce sujet, ce pourcentage passe à 8% lorsqu'il s'agit de la difficulté des soignants. Depuis longtemps, le corps et les éléments du corps ont été refoulés au domaine privé. Norbert Elias, dans son ouvrage « La civilisation des mœurs »⁷⁹ explique que c'est depuis le 16^{ème} siècle que les individus doivent se cacher pour éliminer leur déchets de l'organisme dans des endroits spécifiques et loin des regards. Selon N. Elias, cette évolution est liée à la transformation des sentiments de la société où le seuil de la pudeur et de la sensibilité des hommes et des femmes a progressé. « Hippocrate regrette la pudeur qui empêche les femmes de parler, même si elles savent, et elles regardent cela comme honteux par inexpérience et par ignorance⁸⁰ ».

Ainsi, nous pouvons comprendre que l'hôpital n'est pas un lieu isolé du reste de la société, et le fait d'être hospitalisé n'est pas en soi une rupture avec le monde extérieur : les mêmes valeurs, les mêmes normes et les mêmes comportements y sont véhiculés. La notion de gêne est donc importante et fondamentale pour aborder la prise en charge de l'élimination intestinale et d'autant plus dans notre société où elle reste du domaine privé, comme le rappelle N. Elias.

⁷⁷ DOUGLAS M., De la souillure, La Découverte/ Poche, Sciences Humaines et Sociales, p 140.

⁷⁸ LAWLER J., La face cachée des soins, Ed Seli Arslan, 2002, p 33.

⁷⁹ ELIAS N., La civilisation des mœurs, 1^o édition 1939, 2^o édition 1696, Collection Agora, Calmann-Levy, Pocket, 1976, 342p.

⁸⁰ HOERNI B., L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours, 2^{ème} édition, Imothep/Maloine, 2000, p 114.

Nous avons pu observer également au cours de notre enquête que l'expérience modifie le comportement des soignants.

L'expérience modifie le comportement des soignants dans la prise en charge de l'élimination intestinale.

Notre enquête a permis de mettre en évidence que **l'expérience** n'est pas un élément favorisant la qualité de la prise en charge de l'élimination intestinale. En effet, nous pouvions penser que celle-ci apporterait au soignant un meilleur savoir-faire, lui permettant de se sentir plus à l'aise tant techniquement que relationnellement. Cette hypothèse semble effectivement se confirmer, puisque les résultats ont montré chez plus de 37% de répondants, que ce sont les soignants ayant une certaine expérience, comme les médecins chefs de clinique, les infirmiers et aides-soignants avec au moins 14 ans d'ancienneté qui disent prendre en charge l'élimination intestinale **avant la plainte** du malade et que cette prise en charge est facile, alors que ce soin est dit difficile pour des professionnels ayant moins d'expérience.

Or, nous avons découvert certaines contradictions à propos de ces réponses. En effet, les professionnels qui ont le plus d'expérience disent aussi ne s'occuper de l'élimination intestinale que **ponctuellement**, et que ce soin serait facile pour 53%. Mais ils disent aussi que la difficulté de prise en charge de ce besoin existe car il s'agit d'un sujet **tabou** et peu **valorisant**. Ils expriment pour 36%, la nécessité d'avoir des **capacités relationnelles** et de communication pour prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés, et être plus à l'aise. Pourtant, nous avons noté que ce sont les répondants qui ont le moins d'expérience soit 43% qui disent s'en occuper **systématiquement**, bien que ce soin ne soit pas valorisant pour eux et que ce soit un sujet tabou. Nous pouvons donc conclure que plus les soignants ont une expérience professionnelle plus ils diffèrent la prise en charge et plus la gêne se fait ressentir. Cette gêne qu'Edelmanne définit comme : « Une expérience courante et souvent poignante consistant en un état psychologique très désagréable, qui peut avoir un effet profondément perturbateur sur l'interaction sociale⁸¹ ». C'est pourquoi, il nous semble nécessaire que le soignant puisse lui-même gérer cette gêne afin d'aider les patients avec leur

⁸¹ LAWLER J., La face cachée des soins, Ed Seli Arslan, 2002, p 149.

corps pendant leur maladie ou durant leur situation de dépendance. Comme le dit M. Douglas : « Les déchets corporels sont symboles de danger et de pouvoir⁸² ».

Aujourd'hui, parler de l'élimination intestinale reste un sujet tabou. On n'en parle pas car on a honte. « La honte ne se dit pas, ne se montre pas, ne se représente pas⁸³ ». C'est en fait un sentiment moral, une sorte de culpabilité d'aborder un sujet tabou. Pour Erickson, « la honte est liée à l'impuissance et à la perte de contrôle de soi et à la tentative de la cacher⁸⁴ ». Selon S. Tisseron psychiatre et psychanalyste, elle est toujours un sentiment social et se manifeste par l'humiliation, le repli sur soi, le silence. La honte sociale, c'est la honte du corps, c'est l'image du corps que la société nous renvoie.

J. Lawer pense « qu'une personne qui est gênée a des difficultés à se montrer aidante ». Cette problématique montre de la part des soignants une certaine irresponsabilité qui est d'autant plus dommageable que cela touche à un besoin fondamental de la personne soignée et que ce sont ceux ayant le plus d'expérience qui ont le plus une attitude de rejet. Mais prendre réellement soin de la personne demande d'entrer en intelligence avec l'autre et d'identifier ce qui est important pour cette personne particulière. Comme le dit P. Helardot : « La responsabilité morale du soignant envers le soigné s'étend au respect de tous les droits fondamentaux de l'individu adulte en cette manière⁸⁵ ».

Ainsi, la notion de responsabilité doit pour le soignant être considérée comme la relation qu'il entretient vis-à-vis des conséquences pour autrui de ses actions. Ainsi, ne pas prendre en charge l'élimination intestinale des patients de façon systématique avec une logique préventive, revient à délaissier les intentions bienveillantes et à ne pas envisager les conséquences. Pour Aristote, il faut rechercher en permanence un bien-être compassionnel « L'éthique en matière de soin consiste à rechercher en permanence et au quotidien le bien agir compassionnel⁸⁶ ».

Pour Virginia Henderson : « Le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade ou en bonne santé au maintien ou au recouvrement de la santé par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté, ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible »⁸⁷

⁸² DOUGLAS M., in *Le travail émotionnel des soignants* p 49.

⁸³ TISSERON S. *La honte, psychanalyse d'un lien social*, Dunod, 1992, p 1.

⁸⁴ ERICKSONin, *La honte psychanalyse d'un lien sociale*, Dunod, 1992, p1.

⁸⁵ HERVE C., *Ethique et pratique médicale*, Doin, 1995, p110.

⁸⁶ SVANDRA P., *Pour une éthique soignante, L'approche par l'agir compassionnel*, *Revue Perspective soignante*, Avril 2003, n° 16, Edition Seli Arslan. p 26.

⁸⁷ HENDERSON V., *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, CII, Genève, 1960, édition révisée 1969, p 4.

Les soignants doivent donc laisser de côté leurs jugements de valeur, pour se centrer sur la personne soignée, et écouter ce qu'elle a besoin d'exprimer, pour l'encourager, l'accompagner, la soutenir. « Kant n'accorde que peu d'intérêt pour des sentiments comme la pitié ou la sympathie lui préférant le respect, seul sentiment produit spontanément par la raison ⁸⁸ ». Le respect « est un sentiment de considération ressenti à l'égard de quelqu'un, de quelque chose indépendamment de la situation sociale⁸⁹ ». La loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain précise : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme précise dans son préambule : « La reconnaissance de la dignité inhérente à tous les hommes de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde. Chacun ayant droit à une dignité et au respect de celle-ci ».

La raison des soignants dans la prise en charge de l'élimination intestinale c'est avant tout le respect de la personne soignée dans sa dignité et son intégrité. Cependant, l'enquête a mis en évidence que la formation reçue par les soignants n'aide pas les professionnels à aller dans ce sens.

La formation reçue ne prépare pas les soignants au savoir-être nécessaire à cette prise en charge.

La plupart des répondants, soit 61%, ayant participé à l'enquête disent avoir bénéficié d'une formation concernant la prise en charge de l'élimination intestinale. Ils expliquent que certaines difficultés sont induites par le manque de savoir-être des professionnels, comme la gêne à parler de ce besoin particulier. Car, pour eux, cette prise en charge nécessite tact et respect de l'individu mais leur formation ne les prépare pas à ce soin complexe.

Les savoirs et savoir-être permettent d'acquérir des capacités relationnelles, d'écoute, de communication, de respect de l'intimité et de la pudeur du malade. Comme le dit un répondant : « Savoir banaliser cette prise en charge afin que le malade ne souffre pas dans sa pudeur ».

⁸⁸ SVANDRA P., discours recueillis lors du Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Montpellier, du 25 au 28 mai 2003.

Il existe donc une grande lucidité de la part de ces soignants au sujet des capacités nécessaires pour une meilleure prise en charge des patients prenant en compte l'ensemble des besoins fondamentaux de la personne soignée dans une attitude de bienveillance. Comme le dit P. Ricoeur : « Ethique c'est la visée de la vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes. »

En effet, la formation permet aux professionnels d'acquérir deux aspects essentiels de la relation soignant-soigné : **le savoir et le savoir-être.**

Le **savoir** englobe les connaissances médicales et psychosociales, il incite les soignants à être attentifs aux aspects sociaux et culturels propres aux patients. Ainsi le langage, base de la communication doit être adapté au mieux au malade en fonction de ses connaissances, de son stress, etc. Cette attitude empathique permet d'aider le patient à verbaliser ses problèmes auprès des soignants.

Le **savoir-être** exige que les soignants réfléchissent seuls et en équipe pour répondre aux questions qu'ils se posent pour améliorer leurs capacités de relation et de communication.

Comme nous l'avons déjà abordé, les résultats montrent qu'il existe des difficultés pour les soignés mais aussi pour les soignants à communiquer sur ce thème. Les professionnels ne se rendent pas toujours compte de l'importance de prévenir des signes avant-coureurs de pathologies beaucoup plus graves comme l'occlusion intestinale et donc d'interroger le patient. Les malades et les soignants sont gênés pour aborder ce sujet. Pourtant, ces problèmes de communication peuvent être corrigés en s'efforçant d'améliorer la qualité des échanges, en interrogeant mieux et plus longtemps le malade et en préservant une ambiance de confiance. Comme le dit Lawler : « la situation de prendre soin du corps d'autrui que connaissent les infirmières demeure non seulement totalement méconnue par rapport à ses exigences mais reste encore en marge de la formation et continue d'être ignorée⁹⁰ ». En effet, les différentes formations des professionnels qu'ils soient médecins, infirmiers, aides-soignants n'intègrent pas ces différents concepts. Les soignants doivent apprendre à gérer leur propre gêne, car comme nous l'avons déjà souligné, l'expérience ne signifie pas forcément pour le soignant moins de difficulté à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés. Comme le rappelle le Professeur Hervé « Les progrès de la médecine ont permis de mieux connaître l'homme, mais en oubliant tout l'aspect des sciences humaines et sociales⁹¹ ».

⁸⁹ Dictionnaire, Le Petit Larousse, édition Larousse, 1996, p 342.

⁹⁰ LAWLER J., La face cachée des soins, Ed Seli Arslan, 2002, p 9.

⁹¹ HERVE C., Ethique politique, Collection Puf, médecine et société, 1^o édition, 2000, p21.

Ainsi, la formation doit être centrée sur l'ensemble des besoins de santé. Dans les soins infirmiers on parle de soins et d'approche relationnelle. L'infirmière n'est pas simplement formée à exécuter, elle se doit de « panser » et de « penser ». Le décret du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'état d'infirmière a pour but de rendre l'infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans les domaines curatifs et préventifs. Pour les aides-soignants le programme émane de l'arrêté du 22 juillet 1994. Il a pour but de permettre une prise en charge globale des personnes et de répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne.

Les soignants doivent donc assurer l'ensemble de leurs rôles en prenant en compte les aspects éthiques et juridiques de leurs engagements professionnels, cela dans le respect des règles professionnelles. Il existe donc une responsabilité de la formation qui doit préparer les futurs professionnels à assurer l'ensemble de leurs rôles, en formalisant un peu plus les pratiques, en favorisant le développement d'une pensée professionnelle et en disposant d'un langage commun, objectifs louables et utiles pour améliorer la prise en charge de l'élimination intestinale. Ainsi, développer des savoirs permet d'acquérir des connaissances solides en médecine comme la physiopathologie, ce qu'a démontré l'enquête, mais aussi permettre de disposer d'un savoir-être aidant les soignants dans leurs mécanismes intellectuels de réflexion, d'avoir des capacités d'écoute et de relation. « La formation des professionnels doit en plus des savoirs techniques et scientifiques, intégrer aussi les aspects psychologiques et spirituels ⁹² ».

Comme le dit W. Hesbeen : « Entrer en intelligence avec l'autre c'est aussi tisser des liens et identifier ce qui est important pour une personne particulière ⁹³ »

Le Professeur B. Hoerni dans son ouvrage intitulé : les nouvelles alliances médicales explique : « Les droits auxquels peuvent prétendre les patients sont à respecter d'autant plus que leur état d'affaiblissement physique ou mental les prive de moyens pour les faire respecter eux-mêmes ⁹⁴ ».

L'ensemble des résultats de cette enquête nous a donc amenés à mieux comprendre pourquoi les soignants ont des difficultés dans la prise en charge de l'élimination intestinale des patients hospitalisés. Nous avons pu mettre en évidence quelques difficultés qui ne sont

⁹² HERVE C., Ethique politique, Collection Puf, médecine et société, 1^o édition, 2000, p 76.

⁹³ HESBEEN W., discours recueillis lors du Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Montpellier, du 25 au 28 mai 2003.

⁹⁴ HOERNI B., Les nouvelles alliances médicales explique, Edition Flammarion, 2003, p162.

probablement pas exhaustives et qui montrent à quel point cette fonction entraîne chez les soignants un comportement peu éthique qui est, selon E. Lévinas, « Exigence permanente vis-à-vis d'autrui ⁹⁵ ».

14- CONCLUSION

Ce travail confirme la difficulté des soignants à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés. L'élimination intestinale apparaît comme un « tabou » partagé par

⁹⁵ LEVINAS E., in Ethique et politique Collection Puf, médecine et société, 1^o édition, 2000, p 88.

l'ensemble des professionnels de santé, entraînant une prise en charge technique de ce besoin fondamental. Le mot « tabou » est pris dans le sens d'un soin non valorisant, qui suscite peu d'intérêt pour les soignants.

Nous avons vu qu'effectivement, les soignants sont davantage centrés sur le diagnostic principal. Ainsi, la prise en charge de cette fonction n'intervient pas en préventif mais le plus souvent du fait de la plainte du malade, malgré leurs connaissances concernant les causes des troubles de l'élimination intestinale.

Nous avons également montré que la formation ne prépare pas ces professionnels à cette prise en charge complexe touchant à l'intimité de la personne soignée sujet difficile à aborder pour le malade mais aussi pour le soignant dans ce rapport au corps.

L'objectif de ce travail était de mener une réflexion éthique sur la prise en charge de l'élimination intestinale par les soignants pour en comprendre le sens. Comme le souligne Spinoza : « Ne pas rire, ne pas désespérer, ne pas maudire, mais comprendre. »⁹⁶

BIBLIOGRAPHIE

ARTHUR C. GUYTON., Traité de physiologie médicale (traduit de l'américain par J. GONTHIER) édition DOIN, 1980, 2^{ème} tirage, 1986, 1105 p.

AUBERT L., ECCI R., RENAULT M-H., VALETTE T., Législation, éthique et déontologie, Nouveaux cahiers de l'infirmière n°4, Masson, 2^o édition, 2000, 141 p.

BAGROS P., de TOFFOL B., Introduction aux sciences humaines en médecine, Edition Ellipses, 2001, 264 p.

⁹⁶ SPINOZA, in Vision Ethique de la personne, Edition L'Harmattan, 2001, p 26.

- BLONDEAU D., Ethique et soins infirmiers, Presser Universitaire de Montréal, 1999, 336 p.
- BOURKE J-G. , Les rites scatologiques, PUF, Philosophie d'aujourd'hui, Paris, 1981, 314 p.
- BRETIN M.M., La prévention des constipations, vers un protocole infirmier, Maloine, 1995, 75 p.
- CHEVALIER T., MIGNON M., Motricité de l'estomac et de l'intestin grêle, Encyclopédie Médecine Chirurgie Paris, 1988.p 6.
- DOUGLAS M., De la souillure, La Découverte/ Poche, Sciences Humaines et Sociales, 205p.
- ECO U., in Introduction aux sciences humaines en médecine, Edition Ellipses, Paris, 2001, 264 p.
- ELIAS N., La civilisation des mœurs, 1^o édition 1939, 2^o édition 1696, Collection Agora, Calmann-Levy, Pocket, 1976, 342 p.
- ERICKSONin, La honte psychanalyse d'un lien sociale, Dunod, 1992, 162 p.
- FREXINOS J., Les ventres serrés, Histoire naturelle et sociale de la constipation et des constipés, Louis Pariente, Paris, 1992, 223 p.
- FREXINOS J., L'art de purger, Histoire générale et anecdotique des laxatifs, éditions Louis Pariente, 1997, 215 p.
- GUIMBAUD R., PERMEMUTER G., Soins aux personnes atteintes d'affections digestives, 3^{ème} édition, Nouveaux cahiers de l'infirmière, édition Masson, Paris, 2001, 252 p.
- GUYTON A, Traité de physiologie médicale, traduit de l'américain par GONTHIER J.édition Doin, 1980, 2^{ème} tirage, 1986, p 814.
- HENDERSON V., Principes fondamentaux des soins infirmiers, CII, Genève, 1960, édition révisée 1969, p 4.
- HERVE C., Ethique et pratique médicale, Doin, 1995, 223 p.
- HERVE C., Ethique politique et santé, Médecine et société, PUF, 1^o édition, décembre 2000, 150 p.
- HERVE C., THAMASMA D., WEISSTUB D., Vision Ethique de la personne, Edition L'Harmattan, 2001, 255p.
- HESBEEN W., La qualité du soin infirmier, Masson, 1998, 207 p.
- HOERNI B., L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours, 2^{ème} édition, Imothep/Maloine, 2000, 238 p.
- HOERNI B.,Les nouvelles alliances médicales explique, Edition Flammarion, 2003, 243 p.
- LACOMBE M., Précis d'anatomie et de physiologie humaines, 267^{ème} édition, Lamarre-Poinat, Paris, 1989, 202 p.
- LASSAUNIERE J-M., Guide pratique de soins palliatifs : aspects médicaux. John Libbey Eurotext, 2000, Paris, 106 p.
- LAWLER J., La face cachée des soins, Ed Seli Arslan, 2002, p 71. 288 p.

LE BRETON D. De l'excréta en anthropologie, Voyage sans transit, Editions Medigone pour les laboratoires Beaufour, Paris, 1997, pp 8-15.

LE BRETON D., Anthropologie du corps et modernité, PUF, Paris, 3^{ème} édition, 2003, 263 p.

MERCADIER C., Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, Seli Arslan, 2002, 287 p.

MURPHY R. F., Vivre à corps perdu, édition Pocket, Plon, 1990, pour la traduction française, 374 p.

PONCHON F., Les droits des patients à l'hôpital, PUF, Que sais-je, Paris, 1999, 127 p.

RIOPELLE L., GRONDIN L., PHANEUF M., Soins Infirmiers un modele centré sur les besoins de la personne, ed McGraw-hill, 1984, 354 p.

SICARD D., La médecine sans le corps, Edition Plon, 2002, 280 p.

SPINOZA, in Vision Ethique de la personne, C. Herve, D. THAMASMA, D. WEISSTUB, Edition L'Harmattan, 2001, 255 p.

TISSERON S. La honte, psychanalyse d'un lien social, Dunod, 1992, 196 P.

VEGA A., Une ethnologue à l'hôpital, L'ambiguïté du quotidien infirmier, Ed des archives contemporaines, 2000, 212 p.

VIGARELLO G., Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen Age, Points Histoire, Seuil, Paris, 1985, 282 p.

Dictionnaire, Le Petit Larousse, édition Larousse, 1996, 1784 p.

REVUES

BENEYTOUT J.L., A propos des fibres alimentaires, Le mensuel de la formation pharmaceutique continue, Actualités pharmaceutiques, n°396, Avril 2001, pp59-61.

CHASSAGNE P., La constipation: un problème gériatrique de santé publique, Revue pluridisciplinaire en gériatrie, mars/avril 2000, n°19, pp 18.

DAPOIGNY M., Troubles fonctionnels intestinaux, diagnostic et traitement, revue du praticien, n° 14, Tome 49,.

DENIS P., Trouble de la motricité et de la sensibilité anorectale, La revue du praticien n°20, Tome 48, p 2262.

DENIS P, FREXINOS J., D'une évaluation de l'efficacité des fibres alimentaires à l'abord psychosociologique du constipé : un travail d'accompagnement, Information Diététique, Avril, 1996, pp 20-23.

FALLON M., Morphine, constipation and performance status in advanced cancer patients, Palliative Medicine, 1999, vol. 13, n°2, p.159-160.

FREXINOS J., DELVAUX M., LAGIER E., Syndrome de l'intestin irritable, revue du praticien, 15 déc. 1998, n°20, tome 48, page 2257.

HABERMAS J., in , Pour une éthique soignante, L'approche par l'agir compassionnel, Revue Perspective soignante, Avril 2003, n° 16, Edition Seli Arslan. p 77.

LONZIEME N., Prise en charge du colostomisé en pratique, le rôle du stomathérapeute., Gériatries, janvier 2002, n°23, pp 33-38.

NAZARKO L. , Prof Nurse, 1996, Septembre ; 11(12) :816-8.

NOUVEAU S., Prise en charge des patients souffrant de constipation chronique en service de longue durée, Le mensuel pratique du kinésithérapeute n° 397, février 2000, pp 36-40.

ROBINSON C., et all, Clinical Journal Oncologie Nursing, 2000, Mars-Avril ; 4(2) : 79-84.

SVANDRA P., Pour une éthique soignante, L'approche par l'agir compassionnel, Revue Perspective soignante, Avril 2003, n° 16, Edition Seli Arslan. p 74.

SYKES N., Relationship between opioide use and laxative use in terminally ill cancer patients, Palliative Medicine, 1998, volume 12, n°5, pp 375-383.

WINNEY J., Nurs Stand 1998, Décembre 2-8 ; 13(11) : 49-53 ; quiz 55-6.

Auteurs anonymes :

Réflexion sur la constipation en soins palliatifs, Objectif soins, avril 1996, pp.34-35.

La constipation à tout âge, revue Santé Magazine, avril 2001, pp. 114-117.

Comment lutter contre la constipation, revue Top Santé, septembre 2002.

CAPET C. , La constipation fonctionnelle, comment l'évaluer ? Comment la traiter ? Gériatries, revue pluridisciplinaire en gériatrie, mars/avril 2000, n°19, pp 17-25.

CONFERENCES

HESBEEN W., discours recueillis lors du Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Montpellier, du 25 au 28 mai 2003.

SVANDRA P., discours recueillis lors du Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Montpellier, du 25 au 28 mai 2003.

ANNEXES

Annexe n° 1

Etude de la presse médicale
La revue du Praticien

Revue	Mois/année	N°	Titre article	Auteurs	pages
Revue du Praticien	2 MARS 1989	N°7	Une constipation Orientation diagnostique et conduite à tenir	G.BOMMELAER O. MICHELLAND	625-630
Revue du Praticien	15 MAI 1996	N° 10	Troubles fonctionnels intestinaux	M. DAPOIGNY	1265-1270
Revue du Praticien	15 Décembre 1988	N° 20 Tome 48	Syndrome de l'intestin irritable	J. FREXINOS M. DELVAUX E. LAGIER	2257-2260
Revue du Praticien	15 Décembre 1988	N° 20 Tome 48	Trouble de la motricité et de la sensibilité anorectale	P. DENIS	2262-2265
Revue du Praticien	15 Décembre 1998	N° 20 Tome 48	Troubles de la motricité et de la sensibilité digestives	m. DAPOIGNY	2205-2330 2251-2256
Revue du Praticien	15 Septembre 1999	N° 14 Tome 49	Troubles fonctionnels intestinaux Diagnostic et traitement	M. DAPOIGNY	1559-1564

Annexe n° 2

Etude de la presse paramédicale

Revue	Mois/année	N°	Titre article	Auteurs	Pages
Infirmière Magazine	Sept 1995	N° 97	La constipation	Anonyme	77-78
Infirmière Magazine	Mai 1997	N° 116	La constipation	Anonyme	61-62
Revue de l'infirmière	Janvier 2000	N°56	Pathologies gastro-intestinales : les troubles fonctionnels intestinaux	Dr A. Le SIDANER	30-31
La revue de référence infirmière SOINS	Juillet/août 2001	N° 657	Soins et actions de prévention Prévention de la constipation	M-O. RIOUFOL	57-58
La revue de référence infirmière SOINS	Septembre 2002	N°668	Validation d'un système de cotation des selles en neurologie	J.M. CHENNEVELLE	43-46
Soins gériatrie	Aout/ septembre 1999	N° 19	Diététique : Accélérer, freiner ou réguler un transit intestinal	Anonyme	21-24
Gériatries : Revue pluridisciplinaire en gériatrie	Mars/avril 2000	N° 19	Constipation du sujet âgé	PR P. CHASSAGNE DR C. CAPET	17-25
Objectif soins	Avril 1996	N° 42	Réflexion sur la constipation en soins palliatifs	I.ROYER G. COUIC	34-35
Revue de l'Aide-soignante	11 décembre 1995	N° 11	La constipation occasionnelle ou chronique un problème au quotidien	A. HARLY	21-27
Revue de l'Aide-soignante	Février 2001	N°24	L'aide-soignante et la diététique Régime contre la constipation	anonyme	19-20
Revue de l'Aide-soignante	Octobre 2001	N° 30	Hygiène alimentaire solution à la constipation	P. MACREZ	23-24

Annexe n° 3

Construction du modèle d'analyse

Tabou	Critères	indicateurs
	Rejets /exclusions	Attendre la plainte du malade Eviter le sujet Soins non valorisants Manque de connaissance Sujet tabou
	Délégations	Travail d'un autre professionnel
	Préférence donnée à l'aspect technique instrumentalisé	Réaliser des prescriptions Attendre que le patient demande un traitement
	Formation	Manque de formation Formation technique essentiellement

Annexe 4 : LE QUESTIONNAIRE

Etudiante en D.E.A d'éthique médicale et biologique, j'effectue un travail de recherche relatif à la prise en charge de l'élimination intestinale du patient hospitalisé.

C'est pourquoi, je vous demande de bien vouloir compléter ce questionnaire qui va me permettre de poursuivre ma réflexion .

Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration.

.....

1-Vous êtes médecin ? : oui non

Si oui quelle(s) discipline(s) ?.....
.....
avec quel statut professionnel exercez-vous ?
.....

2-Vous êtes infirmier(e) ? : oui non

Si oui depuis quelle année ?.....
.....
Vous exercez actuellement dans quelle spécialité ?
.....

3-Vous êtes aide-soignant(e) ? : oui non

Si oui depuis quelle année ?.....
.....
Vous exercez actuellement dans quelle spécialité ?
.....

4-Vous êtes étudiant(e) en soins infirmiers (en 3^{ème} année de formation) oui non

.....

5- Durant vos études avez-vous bénéficié d'une formation concernant la prise en charge de l'élimination intestinale ?

oui non

6-Selon vous, la prise en charge de l'élimination intestinale du patient hospitalisé relève (cocher la ou les cases correspondante(s)) :

du médecin

de l'infirmière

de l'aide-soignante

7-Selon vous, la prise en charge de l'élimination intestinale du patient hospitalisé est un soin dominé par : (numéroter par ordre d'importance de 1 à 3) :

- la technique (prescriptions...)
- le relationnel
- la prévention
- éducatif

8-Selon vous, par qui est identifié un problème d'élimination intestinale(constipation) chez un patient hospitalisé ?.....

.....
.....
.....

9- Selon vous, à quel moment les problèmes d'élimination intestinale sont-ils abordés le plus souvent avec le patient ?

Avant la plainte du patient,? oui non

Du fait de la plainte du patient ? oui non

10- Abordez-vous les problèmes d'élimination intestinale avec le patient ? (cocher la case correspondante)

Systématiquement

Ponctuellement

Rarement

11- Pour vous, est-ce (cocher la case correspondante) ?

- facile

- difficile

- compliqué

- complexe

12-Selon vous la difficulté qu'ont les professionnels de santé (médecins, infirmières, aide-soignants) à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés est liée à : (cocher la case correspondante)?

- un manque de formation
- un sujet tabou
- un soin non valorisant
- un comportement du malade qui n'en parle pas
- un manque de coordination des soignants
- un manque de temps

13-Selon vous, la prise en charge de l'élimination intestinale du patient hospitalisé nécessite quelle(s) connaissance(s) théorique(s) et pratique(s) ?

.....

.....

.....

.....

14-Selon vous, la prise en charge de l'élimination intestinale du patient hospitalisé nécessite quel(s) savoir(s) faire (attitude – tact etc.) ?

.....

.....

.....

.....

15-Selon vous, dans quel(s) cas est-il nécessaire de prendre en charge l'élimination intestinale du patient hospitalisé ?

.....

.....

.....

.....

16- Selon vous, comment expliquez-vous la difficulté qu'ont les professionnels de santé (médecins, infirmières, aide-soignants) à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés ?

.....

.....

.....

.....

Annexe n° 5

Grille d'analyse

Termes	Fréquence	Mots associés	Fréquence	Total
« tabou »				
Valorisant				
Organisation				
Gêne				
Formation				

Elimination intestinale à l'hôpital Réflexion éthique sur sa prise en charge par les soignants

RESUME

L'élimination intestinale des patients hospitalisés est une fonction insuffisamment prise en compte par les soignants d'un point de vue préventif. Pourtant, de nombreux patients ont des troubles du transit se traduisant le plus souvent par un diagnostic de constipation nécessitant des prescriptions thérapeutiques et parfois même des examens médicaux agressifs et coûteux.

L'objectif de ce travail est de mener une réflexion éthique sur la prise en charge de l'élimination intestinale par les soignants. Au travers d'un questionnaire nous souhaitons répondre à 3 questions : Qu'est ce qui fait que les soignants ont des difficultés à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés ? Quels sont les déterminants qui influencent la prise en charge de l'élimination intestinale par les soignants ? La formation prépare-t-elle les soignants à prendre en charge l'élimination intestinale des patients hospitalisés ?

A partir de 4 entretiens semi-directifs réalisés auprès de médecins et d'infirmiers un questionnaire anonyme à administration directe a été élaboré et testé. Il s'attache à repérer les déterminants qui font que les soignants ont des difficultés à prendre en charge cette fonction à partir de 12 questions fermées et 4 questions ouvertes. Ce questionnaire a été distribué auprès de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'étudiants en soins infirmiers.

Cette enquête a permis d'interroger 130 personnes dont 36 médecins, 37 infirmiers, 30 aides-soignants et 27 étudiants. Nous avons pu confirmer que la prise en charge de l'élimination intestinale est insuffisamment prise en compte d'une façon préventive, puisque 56% des répondants expliquent que le problème d'élimination intestinale n'est pas abordé avant la plainte du malade. Plusieurs déterminants font que les soignants ne sont pas dans une démarche préventive, car cette prise en charge rencontre peu d'intérêt pour 27% de médecins, 15% d'infirmiers et 36% d'étudiants. Elle est souvent déléguée aux aides-soignants car il s'agit d'un soin dévalorisant pour 20% des répondants. Les soignants étant plus attirés par la pathologie, l'organe, les soins plus techniques qui représentent des domaines d'activité plus valorisants que de s'occuper des besoins fondamentaux de la personne soignée. Des difficultés institutionnelles sont également évoquées par 16% des répondants, comme le manque de coordination des soignants et le manque de temps. Nous avons également mis en évidence que 17% des répondants expriment que cette difficulté est liée au fait qu'il s'agit d'un sujet tabou et que la relation soignant-soigné est entravée car chacun a des difficultés pour en parler. Nous avons aussi pu mettre en avant que l'expérience n'est pas un élément favorisant la qualité de la prise en charge de l'élimination intestinale, plus les soignants ont de l'expérience plus ils diffèrent la prise en charge et plus la gêne se fait ressentir. Enfin, la formation reçue ne prépare pas le soignant à la prise en charge globale de la personne soignée, en effet, 61% des répondants expliquent que certaines difficultés sont induites par le manque de savoir-être des professionnels, comme la gêne à parler de ce besoin particulier pour le malade mais aussi pour le soignant dans ce rapport au corps.

Ce travail a donc permis de mener cette réflexion sur la prise en charge de l'élimination intestinale et d'en comprendre le sens. Comme le dit Spinoza : « Ne pas rire, ne pas désespérer, ne pas maudire, mais comprendre ».

Mots-clés : « Elimination intestinale », « Prise en charge », « Soignant », « Constipation », « transit », « Ethique ».

