

RECHERCHE

L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie : est-ce vraiment une priorité pour les infirmières ?

Urinary incontinence in aged hospitalised geriatric patients : is it really a priority for nurses ?

Chantal REGAT-BIKOÏ

Inf, MSc, Infirmière clinicienne spécialisée, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

Hubert VUAGNAT

MD, Médecin chef, Département de réadaptation et médecine palliative, Service de Réadaptation Médicale, Hôpitaux universitaires de Genève, (HUG) Suisse

Diane MORIN

Inf, PhD, Professeure ordinaire, Directrice, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, Suisse

RÉSUMÉ

Introduction : l'incontinence urinaire est un phénomène de haute prévalence chez les personnes âgées hospitalisées, s'élevant même jusqu'à 70 % dans les services de long séjour. Toutefois, malgré l'inconfort qu'elle cause et son association avec un déclin fonctionnel, il semble qu'elle reste trop peu considérée par les infirmières en soins gériatriques.

Objectifs : mesurer la prévalence de l'incontinence urinaire lors de l'admission chez des patients en âge gériatrique et évaluer le niveau d'implication infirmière, niveau caractérisé par la présence explicite dans le dossier-patient d'un diagnostic, d'une prescription ou d'une intervention infirmière relatifs à l'IU.

Méthode : étude transversale rétrospective sur dossier. Cent dossiers ont été sélectionnés au hasard parmi ceux des personnes de plus de 65 ans admises dans un service gériatrique d'un centre hospitalier universitaire. Les variables utilisées sont : scores total et score de continence à l'échelle de mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF), les variables sociodémographiques, présence au dossier indiquant diagnostic infirmier, prescription infirmière ou intervention infirmière relatifs à l'IU.

Résultats : la prévalence de l'incontinence urinaire est de 72 % et elle est corrélée positivement avec un bas score MIF global, l'âge et le fait d'être en attente de placement. Les faits marquants de cette étude sont qu'il est seulement trouvé 1,4 % de diagnostic infirmier dans les dossiers analysés, une prescription infirmière dans 54 % des cas, et au moins une intervention infirmière dans 72 % des cas. La grande majorité des interventions sont de type palliatif.

Discussion : les résultats de prévalence reflètent ceux de plusieurs autres études. C'est aussi le cas au niveau des interventions infirmières. Dans cette étude, les personnes souffrant d'incontinence ont la même prise en soins quel que soit leur score à l'échelle MIF, leur âge ou leur genre. Une des limites de l'étude est qu'elle est rétrospective et ainsi, tributaire de la qualité des notes infirmières.

Conclusion : cette étude innove en proposant l'examen de l'incontinence en relation avec les interventions infirmières. Elle démontre que malgré une prévalence élevée d'incontinence, les le niveau général de préoccupation des infirmières reste relativement faible. Une individualisation des soins serait souhaitable et des innovations cliniques doivent être développées en faveur de la prévention primaire et secondaire de l'incontinence lors d'hospitalisation.

Mots clés : Incontinence urinaire, mesure d'indépendance fonctionnelle, MIF, intervention infirmière, classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé.

Pour citer l'article :

REGAT-BIKOÏ C, VUAGNAT H, MORIN D. L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie : est-ce vraiment une priorité pour les infirmières ? décembre 2013 ; 115 : 57-65.

Adresse de correspondance :

Chantal REGAT-BIKOÏ : mch.regat@wanadoo.fr

ABSTRACT

Introduction : urinary incontinence (UI) is a phenomenon with high prevalence in hospitalized elderly patients, affecting up to 70% of patients requiring long term care. However, despite the discomfort it causes and its association with functional decline, it seems to be given insufficient attention by nurses in geriatric care.

Objectives : to assess the prevalence of urinary incontinence in geriatric patients at admission and the level of nurse involvement as characterized by the explicit documentation of UI diagnosis in the patient's record, prescription of nursing intervention, or nursing actions related to UI.

Methods : cross-sectional retrospective chart review. One hundred cases were randomly selected from those patients 65 years or older admitted to the geriatric ward of a university hospital. The variables examined included: total and continence scores on the Measure of Functional Independence (MIF), socio-demographic variables, presence of a nursing diagnosis in the medical record, prescription of or documentation of a nursing intervention related to UI.

Results : the prevalence of urinary incontinence was 72 % and UI was positively correlated with a low MIF score, age and status of awaiting placement. Of the examined cases, nursing diagnosis of UI was only documented in 1.4 % of cases, nursing interventions were prescribed in 54 % of cases, and at least one nursing intervention was performed in 72 % of cases. The vast majority of the interventions were palliative.

Discussion : the results on the prevalence of IU are similar to those reported in several other studies. This is also the case in relation to nursing interventions. In this study, people with UI were given the same care regardless of their MIF score MIF, age or gender. One limitation of this study is that it is retrospective and therefore dependent on the quality of the nursing documentation.

Conclusions : this study is novel because it examines UI in relation to nursing interventions. It demonstrates that despite a high prevalence of UI, the general level of concern for nurses remains relatively low. Individualized care is desirable and clinical innovations must be developed for primary and secondary prevention of UI during hospitalization.

Key words : Urinary incontinence, Functional independence measure, FIM, nursing interventions, International classification of functioning, disability and health.

INTRODUCTION

Selon la société internationale de la continence, l'incontinence urinaire (IU) se définit très largement comme toute plainte de perte involontaire d'urine (Abrams, Cardozo, Fall, Griffiths, Rosier, & Ulmsten, 2002) [1]. Quoique sa prévalence reste difficile à établir précisément, cette dernière est estimée à environ 5 % dans la population générale. Elle est donc considérée aujourd'hui comme un problème de santé publique à travers le monde (*Canadian Continence Foundation*, 2007 ; Dowling-Castronovo & Specht, 2009 ; Feki, Faltin, Lei, Dubuisson, Jacob, & Irion, 2007 ; et Loh Ky & Sivalingam, 2006) [2] [5]. Étant associée au vieillissement et à l'institutionnalisation, la prévalence de l'IU est largement supérieure chez les personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées ou vivant en établissement médico-social, chez lesquelles elle est estimée entre 49 % et 77 %. La prévalence chez les femmes âgées est plus élevée que celle chez les hommes âgés, mais il faut noter que cet écart tend à s'estomper avec l'âge (Saxer, Halfens, De Bie, & Dassen, 2008) [6].

Selon les prévisions de tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), les segments des personnes de 65 ans et plus et des 80 ans et plus, s'accroîtront de manière marquée dans les prochaines décennies (OCDE, 2011) [7]. Conséquemment, la prévalence et l'impact de l'IU s'accroîtront si rien n'est fait pour la prévenir, la reconnaître,

la soigner, la contrôler, et en réduire les effets non seulement pour les personnes touchées, mais aussi pour leurs proches. Au-delà de l'inconfort et des risques de détérioration de la peau, des auteurs concluent que c'est l'une des premières causes d'institutionnalisation des personnes âgées (Cassells & Watt, 2003) [8]. D'autres auteurs suggèrent que les personnes âgées qui souffrent d'IU vivent un sentiment d'invalidité, d'humiliation, d'isolement et de perte d'estime de soi (Farage, Miller, Berardesca, & Maibach, 2008) [9]. De plus, la littérature souligne que l'IU a non seulement un coût individuel ou social, elle a aussi un coût financier pour les personnes et pour les systèmes de soins. Selon Denis (2005) [10], les coûts de l'incontinence « ... dans quinze états de l'Union Européenne, seraient de 20 milliards d'euros par an seulement en terme de traitement palliatif (p.18) ». En 2003, en France le coût global de l'IU serait estimé à 4,5 milliards d'euros (Denis, 2005) [10] et aux États Unis d'Amérique, ils sont estimés à 14 milliards de dollars (Faltin, 2009) [11]. Ces coûts seraient comparables à ceux d'autres affections comme l'arthrose et seraient supérieurs à ceux des pneumonies ou du cancer du sein (Faltin, 2009) [11]. Malgré de nombreuses publications ces dernières années sur l'IU, les personnes concernées souffrent encore en silence et craignent même d'en parler avec leur médecin traitant car, selon certains auteurs, elles ont peur d'être jugées (Farage et al, 2008) [9].

Les infirmières ont, de par la position qu'elles occupent dans tous les services et de par leurs interventions quotidiennes, une

L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie : est-ce vraiment une priorité pour les infirmières ?

place privilégiée pour intervenir sur l'information, la prévention, la reconnaissance du problème et le traitement de l'incontinence. D'ailleurs dans plusieurs milieux de soins gériatriques aigus ou de longue durée, on introduit maintenant des mesures d'autonomie dont la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) qui permettent de détecter précocement la présence d'IU, le niveau d'indépendance ou/et d'assistance requise. Mais malgré ces informations, il semble que l'implication des infirmières face à l'IU reste sous optimale. Cette préoccupation est à la base de cette recherche qui tente de répondre à la question suivante : quel est le niveau d'implication infirmière face à l'IU chez les personnes identifiées comme incontinentes lors de leur admission en soins gériatriques ?

ANALYSE DES ÉCRITS EN LIEN AVEC L'INCONTINENCE URINAIRE ET LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES

L'IU comme déficience-handicap

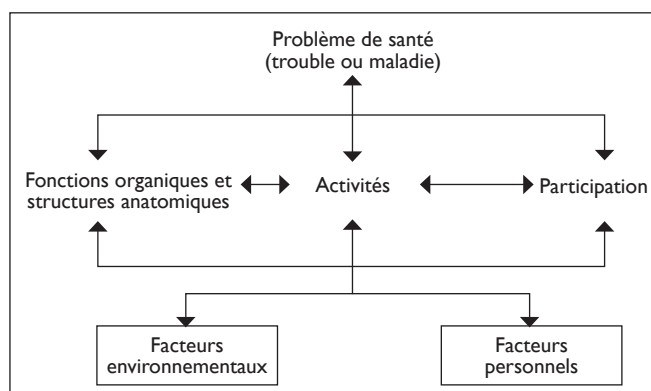
Selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'organisation mondiale de la santé, l'IU correspond à la notion de déficience-handicap car elle est considérée comme : (1) une altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique, ou anatomique, (2) qui occasionne des limitations d'activités, (3) qui restreint la participation aux rôles sociaux que la personne souhaite jouer et qu'on s'attend à ce qu'elle joue et (4) qui est influencée par différents facteurs, non exclusifs, présents dans l'environnement humain et socio-économique dans lequel elle évolue (CTNERHI, 2005) [12].

L'IU doit être considérée comme un problème physiopathologique qui peut être classé en différents types et pour lequel, il existe plusieurs formes de traitement. La plupart des recherches infirmières qui s'intéressent à l'IU considèrent aussi qu'il faille tenir compte des facteurs qui la favorisent ou la limitent. Dans le tableau qui suit, largement

basé sur les travaux de Voyer (2006) [13] et Haab (2007) [14], les six principaux types d'IU, les six principaux facteurs la favorisant et les quatre principales formes de traitements possibles sont passés en revue.

Compréhension systémique et ancrage du rôle infirmier.

Avec les travaux de Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St-Michel (1998) [15], une Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé a pu voir le jour. Elle est adoptée par l'OMS en 2005 [15] et permet de considérer l'IU comme un handicap. Il s'agit d'un cadre conceptuel dans lequel, l'altération de l'autonomie fonctionnelle est influencée par des facteurs personnels et environnementaux. Elle intègre la réponse biologique liée aux fonctions et structures corporelles touchées par la déficience, les limitations que cela impose à la personne et la façon dont la personne participe à son expérience. Mettant l'accent sur les conséquences, elle place toutes les situations de santé sur un pied d'égalité commun sous l'angle social, personnel et institutionnel. La figure qui suit illustre le cadre de l'OMS.



Source : Centre collaborateur de l'OMS pour la Famille des Classifications Internationales en langue française.

Figure 1. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS (CIF).

| Types IU | Facteurs favorisants | Traitements |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> D'urgence ou par besoin impérieux. À l'effort. Mixte : d'urgence et à l'effort. De rengorgement. Fonctionnelle : par exemple, personnes se trouvant en état confusionnel. Réflexe : associée à des troubles neurologiques. | <ul style="list-style-type: none"> Vieillesse physique ou psychique. Polypathologies telles obésité morbide, diabète. Effets secondaires de traitements tels que : diurétiques, psychotropes. Hospitalisation avec diminution de la mobilité. Malformations. Pathologies neurologiques de type AVC. | <ul style="list-style-type: none"> Traitement comportemental : changement alimentaire, miction programmée et hydratation. Rééducation du plancher pelvien : renforcement de la musculature supportant les organes internes. Traitements médicamenteux. Traitements chirurgicaux. |

Tableau 1. Incontinence urinaire : types, facteurs favorisant et principales formes de traitements.

Ce cadre de l'OMS permet de développer le rôle infirmier en cohérence directe avec les quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier proposé par Fawcett (1984) [16] que sont : la personne, la santé, l'environnement et le soin. Il est aussi en lien de cohérence avec des principales compétences génériques de la pratique infirmière avancée telles que proposées par Hamric, Spross & Hanson (2009) [17] : la pratique clinique experte, la recherche, les rôles conseils, l'éducation et la collaboration. L'infirmière qui base sa pratique professionnelle sur ce cadre vise également des soins infirmiers culturellement cohérents avec les valeurs et croyances de la personne, dans la mesure où cette personne interagit avec son environnement, et ce, dans le but de promouvoir, de préserver et de maintenir son bien-être.

■ Les études empiriques en faveur de l'intervention infirmière.

Les infirmières qui œuvrent en pratique experte face à l'IU travaillent avec des guides nationaux et internationaux sur les bonnes pratiques infirmières en matière d'IU (Hägglund, 2010 ; RNAO, 2011 ; Roe, Ostaszkiwicz, Milne, & Wallace, 2007) [18-20]. Ces guides soulignent que, de par sa proximité avec le patient âgé, l'infirmière est la mieux à même de dépister rapidement la présence d'IU. Dans son rôle propre, l'infirmière doit également discuter avec le patient et mettre en place, avec sa participation, des interventions pour diminuer l'incontinence ou ses effets et qui sont largement basées sur la mobilisation, l'alimentation, l'hygiène. Elle doit bien sûr informer le médecin de la présence ou de la détérioration de l'IU pour qu'on procède à un examen clinique plus approfondi au besoin, sachant que 81 % des IU sont réversibles (Roe, Flanagan, Jack, Barrett, Chung, Shaw, et al, 2011) [21]. Parmi les recommandations d'actions infirmières à entreprendre de manière systématique face à l'IU, celle qui semble être supportée par le plus haut niveau de preuve parce qu'elle est issue de méta-analyses d'études randomisées est la suivante : « établir un horaire personnalisé de déclenchement de la miction en fonction des besoins d'élimination du patient et selon les habitudes de miction du patient pendant 3 jours » (RNAO, 2011 : p. 9) [19].

Mais, même si les guides de bonnes pratiques existent depuis longtemps, les recherches mettent en évidence encore que, comme de nombreux professionnels de la santé travaillant avec la personne âgée, les infirmières s'intéressent peu à l'IU et manquent de connaissances dans la prise en soins de celle-ci (Coffey, McCarthy, McCormack, Wright & Slater, 2007; Dumoulin, Korner-Bitensky & Tannenbaum, 2007 ; Hancock, Bender, Dayhoff & Nyhuis, 1996 ; Wagg, Potter, Peel, Irwin, Lowe, & Pearson, 2008) [22] [25]. Certaines infirmières considèrent que c'est un phénomène normal lié à la vieillesse (Haslam, 2004) [26], mais conviennent néanmoins qu'elle a de sérieuses conséquences sur la santé des personnes âgées, (Dumoulin, Hamers, Ambergen & Halfens 2009) [27] ; notamment au niveau de l'altération de l'autonomie fonctionnelle dans ses dimensions physique et psychologique

(Faltin, 2009 ; Farage et al, 2008) [9, 11]. D'autres indiquent que, bien qu'il existe de nombreuses échelles d'évaluation de l'IU et des guides de soins utilisables dans la pratique quotidienne, les infirmières y ont peu recours (Deruelle, Houfflin-Debarge, Nayama, Vinatier, Crepin & Cosson, 2003) [28].

Pour Graf (2006) [29], la prévention de l'IU fait partie d'une préoccupation infirmière plus large qui inclut la prévention du déclin de l'autonomie fonctionnelle. Elle considère que cette prévention doit être mise en place comme un standard de pratique et cela dès l'admission d'une personne âgée à l'hôpital. Des auteurs ont démontré qu'en intégrant systématiquement des programmes de maintien fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne effectuées à l'hôpital telles que la marche, la toilette, l'habillage, les repas, les déplacements, les infirmières contribuent non seulement à réduire le déclin fonctionnel en général, mais aussi contribuent à diminuer l'IU en particulier (Bachmann, Finger, Huss, Egger, Stuck & Clough-Gorr, 2010) [30].

Plusieurs études (Albers-Heibners et al, 2010 ; Ganz, Koretz, Bail, McCreath, Wenger, Roth & Reuben, 2010 ; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010 ; Thomas, Barrett, Cross, French, Leathley, Sutton & Watkins, 2005) [31-34] démontrent d'ailleurs l'efficacité de la pratique infirmière préventive de l'IU. Plus spécifiquement, dans leur méta-analyse, Thomas et al. (2005) [34] comparent différentes méthodes de prévention et de traitement de l'IU après un accident vasculaire cérébral chez d'adulte. Les auteurs concluent que l'évaluation étouffée du processus de récurrence de l'IU chez une personne, serait à même de la réduire. Cela est aussi confirmé dans l'étude d'Herr-Wilbert et al. [32]. Dans une autre étude d'intervention avec groupe contrôle, Ganz et al. (2010) [39] ont mis en avant que les soins des infirmières expertes travaillant en co-référence avec un gériatre dans la prise en soins de cinq problématiques chroniques : la démence, la dépression, les chutes, l'insuffisance cardiaque ou l'IU ont démontré que ce programme collaboratif coordonné par des infirmières influençait positivement les symptômes et la perception de la qualité de vie de personnes âgées vulnérables au niveau de toutes les problématiques comparées, incluant l'IU. Voulant examiner dans quelle mesure l'implication des infirmières avait non seulement un effet clinique mais aussi un effet sur les coûts, Albers-Heibners et al. [31] ont examiné les coûts engendrés par l'IU en Allemagne. Ils ont comparé les coûts de la prise en soins faite par les médecins généralistes à ceux associés aux interventions infirmières spécialisées en incontinence. Les six infirmières spécialistes avaient reçu une formation spéciale afin de pouvoir planifier, implémenter et effectuer des interventions spécifiques. Les auteurs ont conclu que l'intervention des infirmières spécialisées était tout au moins aussi efficace tout en étant la moins coûteuse.

Pour Dumoulin et al (2007) [27], l'absence de programme institutionnel de prise en charge de l'IU peut être considérée comme un frein à l'intervention précoce. Les infirmières, bien qu'ayant un rôle important à jouer, sont influencées par les

L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie : est-ce vraiment une priorité pour les infirmières ?

directives institutionnelles Tannenbaum & DuBeau (2004) [35]. D'ailleurs, ces auteurs ont démontré, qu'en plus du leadership infirmier, plusieurs autres facteurs notamment externes tels que la charge de travail, le type de patients, l'environnement, la formation, le soutien des autres soignants et le caractère de l'institution, sont aussi des déterminants dans la prise en soins de l'IU.

■ Ce qu'il reste à démontrer

Les recherches confirment donc que, de par leurs connaissances et les positions qu'elles occupent dans les systèmes de soins, les infirmières en se basant sur des guides de bonnes pratiques ont des interventions efficaces et efficaces face à la problématique de l'IU. Néanmoins, l'ampleur de même que les préoccupations infirmières face au phénomène croissant de l'IU ne sont pas connues dans tous les milieux, notamment en Suisse romande. Au vu de ce constat et de la question de recherche de départ, le dispositif de la présente étude a comme objectif de mesurer la prévalence de l'IU lors de l'admission en service universitaire de gériatrie et d'évaluer le niveau d'implication infirmière, niveau caractérisé par la présence explicite dans le dossier-patient d'un diagnostic, d'une prescription ou d'une intervention infirmière relatifs à l'IU.

MÉTHODE

■ Devis

Il s'agit d'une étude quantitative transversale et corrélacionnelle, utilisant des données secondaires à partir de dossiers sélectionnés de manière aléatoire.

■ Échantillon, échantillonnage

L'échantillon a été défini à l'aide d'un test de puissance qui permettait d'observer des corrélations de petite à moyenne envergure donc d'au moins $r=0.40$. La taille d'échantillon suggérée étant de 97, un total de 100 dossiers a finalement été tiré au hasard parmi les 620 dossiers de personnes admissibles. La clé d'allocation aléatoire était le numéro de dossier et la liste aléatoire a été générée avec l'application « *Research Randomizer* » (www.randomizer.org). Pour être admissible à la randomisation, toute personne devait : (1) avoir été admise en gériatrie de long séjour entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010, (2) avoir été enregistrée dans le dossier-patient intégré informatisé, (3) avoir 65 ans ou plus et, (4) avoir été évaluée à l'admission avec la MIF. Les dossiers des personnes ne répondant pas à ces quatre critères ont été exclus.

■ Mesures, variables et analyses

La MIF utilisée dans cette étude est une échelle de mesure qui a été abondamment documentée. Elle est jugée valide et apte à détecter différents niveaux d'incontinence (Campbell, Seymour,

& Primore, 2004 ; Inouye, Peduzzi, Robison, Hughes, Horwitz & Concato, 1998) [36-37]. Cette mesure a été développée par Granger et Gresham en 1984 (cité par Buia, Carlier & Belkacemi, 1995) [38]. Elle est fondée sur la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS présentée précédemment (cité par Buia, Carlier & Belkacemi, 1995) [38], ainsi que sur une vision fonctionnelle du handicap. La MIF présente une bonne consistance interne avec des coefficients alpha de Cronbach variant autour de 0,90. Elle est relativement facile d'utilisation. Elle se compose de 18 énoncés divisés en six dimensions : les soins personnels, le contrôle des sphincters, la mobilité des transferts, la locomotion, le comportement social et la résolution de problèmes courant de la vie quotidienne. Elle est utilisée de routine à l'admission de toute personne âgée à l'hôpital où cette étude s'est tenue. La capacité dans chaque dimension est notée sur une échelle ordinaire de dépendance/indépendance allant de 1 à 7. Le score total va de 18 (dépendance totale) à 126 (indépendance totale). Chaque énoncé est noté de 1 à 7 et les scores sont regroupés en 3 classes. La classe I comprend les scores 1 et 2 qui caractérisent une dépendance complète. La classe II comprend les scores 3 à 5 qui caractérisent une dépendance et un besoin gradé d'assistance et finalement la classe III comprend les scores 6 et 7 qui caractérisent une indépendance fonctionnelle. Dans cette recherche, bien que le score MIF total soit pris en compte, la catégorie : « contrôle des sphincters » est utilisée de manière plus approfondie. La dimension « vessie » offre différents énoncés dans les trois classes, toutefois dans cette recherche, pour la mesure de prévalence, le choix a été fait de considérer comme incontinentes toutes les personnes ayant un score de moins de 7/7 caractérisant l'indépendance fonctionnelle totale. Il s'agit donc d'une approche large car toute personne ayant des pertes d'urine a été jugée incontinente. Les autres instruments utilisés dans l'étude ont été : une grille de collecte pour les données où l'on a noté les interventions infirmières effectuées relevées au dossier-patient. Cette grille comprenait d'abord une échelle nominale de 3 niveaux pour le type de préoccupations infirmières : (1) présence de diagnostic infirmier, (2) présence de prescription infirmière, et (3) présence de d'intervention infirmière. Les diagnostics infirmiers recherchés étaient ceux-ci ou les libellés qui s'en rapprochent : (1.a) altération de l'élimination urinaire ; (1.b) incontinence urinaire à l'effort ; (1.c) incontinence urinaire réflexe ; (1.d) incontinence urinaire par réduction du temps d'alerte ; (1.e) incontinence urinaire fonctionnelle ; (1.f) incontinence urinaire complète ou encore, (1.g) rétention urinaire. Les prescriptions infirmières recherchées au dossier concernaient tous les dispositifs pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital inscrits aux procédés ou techniques de soins et considérés être sous la responsabilité infirmière dans l'hôpital où s'est déroulé l'étude. Puis, lorsqu'une intervention infirmière était présente, une échelle nominale de trois niveaux était utilisée pour classer le type d'intervention selon qu'elle était jugée : (3.a) palliative, (3.b) préventive ou (3.c) curative. Finalement, les variables sociodémographiques et de santé suivantes ont aussi été mesurées à partir du dossier-patient : âge, sexe, but

de l'admission. Dans cette étude, la prévalence a été définie comme une mesure du nombre de cas d'IU présents dans l'échantillon. Elle a été exprimée par une proportion. Puis, des analyses descriptives et de tendance centrale ont été utilisées pour décrire l'échantillon. Pour comparer le groupe avec IU et le groupe sans incontinence, un t-test a été appliqué pour les variables continues ou ordinales. Pour comparer les variables dichotomiques ou catégoriques nominales, un test du χ^2 a été préféré.

■ Déroutement

L'étude a eu lieu dans un des sites hospitaliers de moyen et long séjour d'un hôpital romand. La récolte des données a débuté après avoir reçu l'autorisation médicale et l'accord de la Commission d'éthique de la recherche sur l'être humain. La collecte des données a été effectuée par l'auteure à partir du dossier-patient intégré informatisé, dans la section des notes médicales et dans la section des notes infirmières. Toutes les informations ont été recueillies de manière à préserver l'anonymat. Elles ont été saisies avec le logiciel Excel® et analysées avec le logiciel STATA®.

RÉSULTATS

Au tableau 2 ci-dessous, les résultats sont présentés pour l'ensemble des 100 personnes dont les dossiers ont été choisis aléatoirement. Ils sont aussi présentés distinctement pour le groupe sans ou avec incontinence et un test de comparaison a été fait entre les deux groupes. D'abord et avant tout, il faut noter que la prévalence de l'incontinence est estimée à 72 %. Si la moyenne d'âge de l'ensemble des répondants est élevée, elle l'est significativement plus chez les personnes avec IU. On note qu'il n'y a pas de différence entre les sexes. Également, compte tenu du score de cette mesure (plus haut est le score, meilleure est

l'indépendance fonctionnelle), le score à la MIF reste moyen pour l'ensemble et est statistiquement moins élevé, pouvant même être considéré inférieur à la moyenne chez les personnes présentant une IU, signifiant une plus grande altération de l'indépendance fonctionnelle globale. La proportion des personnes incontinentes est statistiquement plus élevée chez les personnes venant pour une attente de placement en établissement médico-social.

Aux tableaux 3 et 4 (p. 63), on peut voir que la majorité des interventions retrouvées au dossier-patient sont de nature palliative. Il est à noter que dans environ 30 % des dossiers de patients incontinents, aucune intervention infirmière ciblée sur l'IU n'a été retrouvée.

Au tableau 5 (p. 63), le niveau global de préoccupation infirmière a été corrélé avec les caractéristiques suivantes : le score MIF global, le score MIF spécifique à l'incontinence, l'âge et le sexe. Rappelons que les préoccupations ont été définies de 1 à 3 comme la somme d'une présence au dossier-patient intégré informatisé d'un diagnostic, d'une prescription ou d'une intervention. On s'aperçoit avec étonnement que ni les scores MIF, ni les caractéristiques des patients connues comme étant potentiellement associées à l'IU ne présentent un seuil de corrélation d'au moins de moyenne envergure donc plus élevé que 0.40 avec le niveau de préoccupation infirmière.

DISCUSSION

La prévalence de l'IU retrouvée dans la présente étude reflète celles établies antérieurement par plusieurs recherches la situant dans la fourchette de 45 % et 77 % (Saxer, 2008) [6]. La moyenne d'âge de 83,7 ans est aussi comparable à celle des échantillons d'études de prévalence chez des populations âgées hospitalisées (Roe, 2011 et Ganz, 2010) [21, 32]. Cette recherche montre que sur cette population, le score de la

| Variables | Total N=100 | Continence n=28 | Incontinence n=72 | Prob |
|----------------------------|----------------|--------------------|----------------------|-----------|
| Prévalence | | | 72 % | |
| Age (moyenne - écart type) | 83.7 (8.0) | 79.4 (1.6) | 85.4 (7.3) | 0.002 |
| Sexe (%) | 100 % | 100 % | 100 % | 0.533 |
| Femme | 62 % | 57.1 % | 63.9 % | |
| Homme | 38 % | 42.9 % | 36.6 % | |
| MIF (moyenne - écart type) | 63.4 (28.7) | 97.3 (2.2) | 50.3 (21.7) | < 0.00001 |
| But de l'admission (%) | 100 % | 100 % | 100 % | 0.015 |
| Attente de placement | 65 % | 46.4 % | 72.2 % | |
| Suite de soins | 35 % | 53.6 % | 27.8 % | |

Tableau 2.
Variables sociodémographiques et de santé.

L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie : est-ce vraiment une priorité pour les infirmières ?

| Niveaux de préoccupation infirmière retrouvée | Incontinence (n=72) | % |
|--|---------------------|-------|
| Au moins un diagnostic infirmier retrouvé | 1 | 1,38 |
| Au moins une prescription infirmière retrouvée | 39 | 54,16 |
| Au moins une intervention infirmière retrouvée | 52 | 72,22 |

Tableau 3.
Niveaux de préoccupations infirmières documentées au dossier-patient chez les personnes incontinentes

| Type d'intervention infirmière | Incontinence (n=72) | % | % Cumulé |
|-----------------------------------|---------------------|-------|----------|
| Intervention de nature préventive | 13 | 18.06 | 18.06 |
| Intervention de nature curative | 6 | 8.33 | 26.39 |
| Intervention de nature palliative | 33 | 45.83 | 72.22 |
| Aucune indication | 20 | 27.78 | 100.00 |

Tableau 4.
Les types d'interventions infirmières documentées au dossier-patient chez les personnes incontinentes

| Variables | Niveau global de préoccupation infirmière | |
|--------------------------|---|-----------|
| Score MIF | r = 0.035 | p = 0.764 |
| Score MIF – incontinence | r = -0.008 | p = 0.949 |
| Age | r = -0.118 | p = 0.322 |
| Sexe | r = 0.115 | p = 0.192 |

Tableau 5.
Matrice de corrélation l'ampleur des préoccupations infirmières (test de Pearson) et quatre caractéristiques des patients

MIF est inversement corrélé au niveau d'incontinence, plus le score MIF global est élevé signifiant une meilleure autonomie fonctionnelle, moins il y a de troubles de la continence. La moyenne du score MIF se situe à 63,44 avec un intervalle de confiance à 95 %, compris entre [57,74 - 69,13]. Cette moyenne exprime une forte dépendance générale qui est un prédicteur habituellement reconnu d'incontinence et de placement (Cassells et al., 2003) [8]. Les résultats de la présente étude montrent aussi que le score MIF et la prévalence de l'IU sont effectivement plus élevés chez les personnes en attente de placement comparativement à celles en suite de soins.

Dans la présente étude, il ne fait aucun doute que les interventions infirmières sont peu nombreuses. Elles sont pour la plus grand part de type palliatif. En effet, les interventions palliatives représentent plus de 45 %, de celles mises en place par les infirmières, alors que les interventions préventives et curatives ne totalisent que 28 %. Cela concorde avec les résultats d'études précédentes (Cheater, 1993 [40] ; Coffey, et al, 2007 [22] ; Dowling-Castronovo et al 2009 [2] ; Dumoulin et al, 2009 [23] et de Roe et al, 2011 [21]) qui précisent que la prise en soins de l'IU se fait en majorité avec des traitements palliatifs. Il est néanmoins possible que, comme pour d'autres problématiques de soins, les infirmières ne mettent peut être pas par écrit l'ensemble de leur processus réflexif.

Cette étude montre quand même que les infirmières ont une prise en charge identique pour toutes les personnes souffrant d'IU, car les caractéristiques personnelles ne sont pas différemment associées au volume de préoccupations infirmières. Ces résultats sont différents de ceux de Cheater [40] qui démontre que les infirmières identifient davantage l'IU comme un problème dans les services de moyen séjour que dans les autres services. Les infirmières, de par leur formation, connaissent les conséquences physiques liées à l'incontinence, telles les problèmes de peau, les chutes et les risques de complications aux niveaux des plaies (Dowling-Castronovo et al, 2009) [2]. Cependant Cheater (1993) [40] affirme que le coté psychologique tel que la perte d'estime, l'altération de l'image de soi, la culpabilité, la honte et la dépression (Dingwall, 2008) [41] n'est absolument pas pris en compte. Ces éléments pourraient expliquer cette absence de corrélation entre les préoccupations infirmières et les données sociodémographiques et le fait que la majorité des interventions notées par les infirmières soient de nature palliative et non préventive ou curative. Il est finalement raisonnable de conclure que les interventions infirmières retrouvées dans cette étude ne semblent pas en conformité avec les *guidelines* et cela, même si le niveau global de préoccupation infirmière reste élevé à 72,2 %.

Le cadre théorique utilisé permet une compréhension multidimensionnelle de la personne et une vision de la santé comme étant composée d'un ensemble contextuel équilibré. Ce cadre considère que la santé est influencée par le contexte physique et idéologique dans lequel vit la personne. Il précise que les facteurs d'amélioration de l'activité sont à la fois personnels et environnementaux. La problématique de l'IU, bien que d'apparence banale, est centrale dans la vie des personnes âgées hospitalisées. Elle reste néanmoins trop peu prise en compte par les infirmières alors qu'elles peuvent compter sur une compréhension unifiée du phénomène et sur des guides de bonne pratique, des procédés de soins ou encore des méthodes de soins.

Il n'a pas été démontré dans cette étude, que l'IU est significativement corrélée au niveau de préoccupation

infirmière. Une mise en parallèle des deux sous-groupes (personnes incontinentes versus continentes), aurait pu être faite au niveau de l'intervention et au niveau des préoccupations infirmières. Cette comparaison aurait peut-être pu permettre d'enrichir la discussion tout en offrant une autre perspective des interventions infirmières.

De cette étude, on peut déduire que l'IU n'est pas nécessairement considérée comme une déficience pour laquelle un large spectre d'interventions doit être mises en place (Dumoulin et al., 2007) [23] car ce sont les interventions palliatives qu'on retrouve le plus souvent. Cette étude confirme que le savoir empirique (Carper, 1978) [42] semble être davantage utilisé que le savoir scientifique élargi. Dans ce cadre, il est d'abord impératif de continuer à sensibiliser les soignants sur l'IU et ses conséquences. Dans un second temps, l'utilisation de *guidelines* actualisés s'appuyant sur des études scientifiques reconnues est préconisée, l'usage d'instruments validés doit devenir la norme. Ces *guidelines* adaptés aux milieux institutionnels concourraient à l'efficacité de l'institution. Les écrits scientifiques recommandent aux institutions d'avoir des infirmières spécialisées en incontinence. Une autre recommandation serait de favoriser la transversalité des infirmières spécialistes en incontinence afin qu'elles consolident et enrichissent les connaissances théoriques, qu'elles développent et transmettent davantage la pratique basée sur les meilleures preuves aux différentes équipes. Différentes pistes de recherche peuvent être également exploitées. Premièrement, il serait utile de mieux comprendre comment les différents items de la MIF sont utilisés pour poser un jugement clinique par rapport aux interventions mises en place par les infirmières. Deuxièmement, il serait judicieux de déterminer avec davantage de précision les interventions infirmières spécifiques à l'IU.

CONCLUSION

La présente étude avait pour but général de faire un état des lieux sur l'ampleur de la situation de l'IU en gériatrie et sur les préoccupations infirmières face à l'IU. Elle démontre que, malgré les preuves et les guides de pratique exemplaire qui s'accumulent, les préoccupations des infirmières autour de l'IU restent trop peu nombreuses, trop axées sur une orientation palliative et ne sont corrélées avec aucune variable sociodémographique, dénotant un manque de soins axés sur les besoins personnalisés. Au vu de ces résultats et de ceux d'études antérieures ayant démontré la possibilité d'amélioration de l'IU en milieu hospitalier, la marge d'amélioration de la prise en soins semble large, notamment afin de favoriser la capacité fonctionnelle globale.

Afin d'y arriver, il semble utile que les infirmières soient soutenues par la structure, permettant d'améliorer non seulement la continence, mais également, de manière générale la qualité des soins et ainsi répondre aux mieux aux besoins des personnes.

ÉTHIQUE ET CONFLITS D'INTÉRÊT

Cette étude a été approuvée par la Commission d'éthique de la recherche sur l'être humain des Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse. Aucun des auteurs ne déclare de conflit d'intérêt.

REMERCIEMENTS

L'auteure principale tient à remercier la Fondation Leenaards pour son appui financier.

Références bibliographiques

1. ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function : report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002 ; 21(2) : 167-78.
2. DOWLING-CASTRONOVO A, SPECHT JK. How to try this : Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *Am J Nurs*. 2009 Feb ; 109(2) : 62-71 ; quiz 2.
3. THE CANADIAN CONTINENCE FOUNDATION. Incontinence : une perspective canadienne. Canada : Fondation d'aide aux personnes incontinentes ; 2007 [cited 2012 8.02] ; Available from : <http://www.canadiancontinence.ca/francais/index.html>. Feki A, Faltin DL,
4. LEI T, DUBUISSON JB, JACOB S, IRION O. Sphincter incontinence : is regenerative medicine the best alternative to restore urinary or anal sphincter function ? *Int J Biochem Cell Biol*. 2007 ; 39(4) : 678-84.
5. LOH KY, SIVALINGAM N. Urinary incontinence in the elderly population. *The Medical journal of Malaysia*. [Review]. 2006 Oct ; 61(4) : 506-10 ; quiz 11.
6. SAXER S, HALFENS, R.J., DE BIE, R.A., DASSEN, T. Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months. *Journal of clinical nursing*. 2008 Sep ; 17(18) : 2490-6.
7. OCDE. Social policies and data. 2011 [cited 2013 mars] ; Available from : www.oecd.org/els/social/indicators/SAG, <http://www.oecd.org/els/soc/societyataglance2011-oecd-social-indicators.htm>.
8. Cassells C, Watt E. The impact of incontinence on older spousal caregivers. *Journal of advanced nursing*. [Review]. 2003 Jun ; 42(6) : 607-16.
9. FARAGE MA, MILLER, K. W., BERARDESCA, E., MAIBACH, H. I. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population : a review. *Archives of gynecology and obstetrics*. [Review]. 2008 Apr ; 277(4) : 285-90.
10. DENIS P. Epidémiologie et conséquences médico-économiques de l'incontinence anale de l'adulte. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie [serial on the Internet]. 2005 ; 4 : Available from : http://www.biusante.parisdescartes.fr/acad-chirurgie/ememoires/005_2005_4_2_15x20.pdf.
11. FALTIN DL. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*. [recherche]. 2009 ; 38 : 146-52.
12. CTNERHI. Classification Internationale du Fonctionnement, du

L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie : est-ce vraiment une priorité pour les infirmières ?

- Handicap et de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Paris2005 [cited 2010 28/01] ; pdf cif]. Available from : http://www.ctnerhi.com.fr/ccoms/pagint/2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf.
13. VOYER P. Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Quebec ERPI ; 2006.
 14. HAAB F. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire In : solidarités MdIsed, editor. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; 2007. p. 64.
 15. FOUGEYROLLAS P, CLOUTIER R., BERGERON, H., CÔTÉ, J., SAINT-MICHEL, G. Classification québécoise Processus de production du handicap. Actes du colloque ; Recherche Defi 1998 ; Quebec1998.
 16. FAWCETT J. The metaradigm of nursing : present status and future refinement The journal of Nursing scholarship. 1984 ; 16 (3) : 84-9.
 17. HAMRIC A, B., SPROSS, A, J., HANSON, C, M. Advanced Practice Nursing. 2009.
 18. HAGGLUND D. A systematic literature review of incontinence care for persons with dementia : the research evidence. J Clin Nurs. 2010 Feb ; 19(3-4) : 303-12.
 19. RNAO. Favoriser la continence par le déclenchement de la miction (avec supplément sur les révisions 2011). Ontario : RNAO ; 2005 [cited 2012 8/02] ; lignes directrices pour la pratique clinique [Available from : <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=1386>].
 20. ROE B, OSTASZKIEWICZ, J., MILNE, J., WALLACE, S. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults : a synopsis of findings from data analysis and outcomes using metastudy techniques. Journal of advanced nursing. [Meta-AnalysisReview]. 2007 Jan ; 57(1) : 15-31.
 21. ROE B, FLANAGAN L, JACK B, BARRETT J, CHUNG A, SHAW C, et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes : descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. J Adv Nurs. 2011 Feb ; 67(2) : 228-50.
 22. COFFEY A, MCCARTHY G, MCCORMACK B, WRIGHT J, SLATER P. Incontinence : assessment, diagnosis, and management in two rehabilitation units for older people. Worldviews Evid Based Nurs. 2007 ; 4(4) : 179-86.
 23. DUMOULIN C, KORNER-BITENSKY, N., TANNENBAUM, C. Urinary incontinence after stroke : identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. Stroke ; a journal of cerebral circulation. [Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. 2007 Oct ; 38(10) : 2745-51.
 24. HANCOCK R, BENDER P, DAYHOFF N, NYHUIS A. Factors associated with nursing interventions to reduce incontinence in hospitalized older adults. Urol Nurs. 1996 Sep ; 16(3) : 79-85.
 25. WAGG A, POTTER, J., PEEL, P., IRWIN, P., LOWE, D., PEARSON, M. National audit of continence care for older people : management of urinary incontinence. Age and ageing. [Historical Article, Multicenter Study]. 2008 Jan ; 37(1) : 39-44.
 26. HASLAM J. Nursing management of stress urinary incontinence in women. Br J Nurs. 2004 Jan 8-21 ; 13(1) : 32-40.
 27. DU MOULIN MFMT, HAMERS JPH, AMBERGEN AW, HALFENS RJG. Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2009 ; 23(2) : 222-30.
 28. DERUELLE P, HOUFFLIN-DEBARGE V, NAYAMA M, VINATIER D, CREPIN G, COSSON M. [Comparative analysis of rate scales of urinary incontinence in women]. Gynecol Obstet Fertil. 2003 Jun ; 31(6) : 516-20.
 29. GRAF C. Functional decline in hospitalized older adults. Am J Nurs. 2006 Jan ; 106(1) : 58-67, quiz - 8.
 30. BACHMANN S, FINGER C, HUSS A, EGGER M, STUCK AE, CLOUGH-GORR KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients : systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2010 ; 340 (apr20 2) : c1718-c.
 31. ALBERS-HEITNERS P, JOORE, B., WINKENS, R., LAGRO-JANSSEN, T., SEVERENS, J., BERGHMANS, B. Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adult patients with urinary incontinence in primary care compared to care-as-usual : An economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial. Neurourol Urodyn. 2012 Jan 24.
 32. GANZ DA, KORETZ BK, BAIL JK, MCCREATH HE, WENGER NS, ROTH CP, et al. Nurse practitioner comanagement for patients in an academic geriatric practice. The American journal of managed care. [Research Support, N.I.H., Extramural, Research Support, Non-U.S. Gov't, Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. 2010 ; 16(12) : e343-55.31. Albers-Heitners P, Joore, B., Winkens, R., Lagro-Janssen, T., Severens, J., Berghmans, B. Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adult patients with urinary incontinence in primary care compared to care-as-usual : An economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial. Neurourol Urodyn. 2012 Jan 24.
 33. HERR-WILBERT IS, IMHOF, L., HUND-GEORGIADIS, M., WILBERT, D. M. Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke. Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 2010 Nov-Dec ; 35(6) : 248-53.
 34. THOMAS LH, BARRETT J, CROSS S, FRENCH B, LEATHLEY M, Sutton C, et al. Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. Cochrane database of systematic reviews. [Meta-Analysis, Review]. 2005(3) : CD004462.
 35. TANNENBAUM C, DUBEAU CE. Urinary incontinence in the nursing home : practical approach to evaluation and management. Clin Geriatr Med. 2004 Aug ; 20(3) : 437-52, vi.
 36. CAMPBELL SE, SEYMOUR DG, PRIMROSE WR. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. Age Ageing. 2004 Mar ; 33(2) : 110-5.
 37. INOUE SK, PEDUZZI PN, ROBISON JT, HUGHES JS, HORWITZ RI, CONCATO J. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. JAMA. 1998 Apr 15 ; 279(15) : 1187-93.
 38. HAMILTON BB, LAUGHLIN JA, FIEDLER RC, GRANGER CV. Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). Scand J Rehabil Med. 1994 Sep ; 26(3) : 115-9.
 39. BUJA J, CARLIER P, BELKACEMI A. Intérêt de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) dans un service de rééducation et de réadaptation gériatriques. Ann Readaptation Med Phys. 1995 ; 38 : 453-41.
 40. CHEATER FM. Retrospective document survey : identification, assessment and management of urinary incontinence in medical and care of the elderly wards. J Adv Nurs. 1993 Nov ; 18(11) : 1734-46.
 41. DINGWALL L. Promoting effective continence care for older people : a literature review. Br J Nurs. 2008 Feb 14-27 ; 17(3) : 166-72.
 42. CARPER BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in Nursing Science. 1978 ; 1(1) : 13-23.