

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE
ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

ÉLIMINATION

INCONTINENCE URINAIRE



Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications**.**

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-64618-1 (version PDF) (2^e version, avril 2012)

ISBN : 978-2-550-60952-0 (version PDF) (1^e version, février 2011)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2012

INCONTINENCE URINAIRE

DÉFINITIONS

L'INCONTINENCE URINAIRE

L'incontinence urinaire peut se définir comme étant toute perte d'urine involontaire. Elle ne fait pas partie du vieillissement normal.

La prévalence de l'incontinence urinaire chez la personne âgée varie selon les études, mais la majorité des auteurs s'entendent sur les résultats suivants :

- **De 10 à 30 %** des personnes âgées vivant à **domicile** souffrent d'incontinence;
- **De 30 à 35 %** des personnes âgées admises en **centre hospitalier** présentent des problèmes d'incontinence à plus ou moins brève échéance;
- **De 50 à 60 %** des personnes âgées hébergées **en soins de longue durée** en sont atteintes.

L'attitude souvent défaitiste des soignants, les fausses croyances, les préjugés et une approche palliative des soins d'incontinence sont considérés non seulement comme des facteurs précipitants dans l'apparition de l'incontinence chez la personne âgée en milieu hospitalier, mais encore comme des facteurs déterminants dans le traitement de celle-ci. L'utilisation systématique de produits d'incontinence (ex. : culottes, serviettes, etc.) par les soignants augmente la dépendance de la personne âgée, diminue son estime d'elle-même et, finalement, contribue à chroniciser le problème.

L'incontinence mictionnelle peut être **aiguë ou chronique**.

- L'incontinence **aiguë** se manifeste soudainement. Elle est souvent associée à l'apparition d'un problème de santé, à l'action des médicaments ou aux suites d'une chirurgie. Elle disparaît dès qu'on a éliminé la cause.
- L'incontinence **chronique** survient à la suite d'une maladie et s'installe insidieusement. Elle est attribuable à une atteinte du système vésico-sphinctérien, sauf dans le cas de l'incontinence fonctionnelle, laquelle est plutôt due à des facteurs externes. Elle s'aggrave avec le temps.

L'incontinence urinaire chez la personne âgée peut être classée selon cinq types d'incontinence :

- **Associée à de l'impériosité** (avec une sensation urgente d'uriner);
- **Associée à un effort** (tel que la toux, le rire, l'éternuement, l'exercice avec impact au sol, etc.);
- **Vessie ayant atteint sa capacité de remplissage** (incontinence par regorgement);
- **Fonctionnelle** (problème d'accès à la toilette : troubles de mobilité ou trouble cognitif);
- **Mixte** (à la fois de type urgence et d'effort).

Le plus souvent, l'incontinence de la personne âgée est d'origine **multifactorielle**.

PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DE L'INCONTINENCE URINAIRE

- Maladie dégénérative chronique;
- Accident vasculaire cérébral, diabète;
- Delirium, altération des fonctions cognitives (démence);
- Consommation importante d'irritants de la vessie (caféine, alcool, chocolat, thé, cola);
- Diminution de la mobilité physique (aide à la marche non disponible/manque d'assistance de la part du personnel soignant);
- Faiblesse du plancher pelvien, plusieurs grossesses, obésité morbide;
- Constipation;
- Chirurgie liée à la fonction urinaire;
- Effets de certains médicaments (ex. : diurétiques, sédatifs, anticholinergiques, etc.);
- Obstacles environnementaux (encombrement du corridor, toilette trop éloignée, etc.).

ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Dépistage et prévention de l'incontinence urinaire chez l'ensemble de la clientèle âgée.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Dresser le profil d'élimination urinaire, avant et depuis l'hospitalisation**
 - » Nombre de mictions le jour, le soir et la nuit (nycturies);
 - » Mode d'élimination : toilette, urinal la nuit, chaise d'aisance, bassine au lit, etc.;
 - » Épisodes d'incontinence avant ou depuis l'hospitalisation (aiguë ou chronique);
 - » Port de produits de protection à la maison;
 - » Présence d'un œdème important des membres inférieurs.
- **Déterminer le degré d'autonomie (seul, avec supervision, aide partielle, aide totale) pour utiliser la toilette avant et depuis l'hospitalisation**
 - » Pour se déplacer jusqu'à la toilette, effectuer les transferts à la toilette, baisser et relever les vêtements, s'essuyer, etc.;
 - » Pour les personnes alitées : se mobiliser au lit, etc.
- **Vérifier si les déplacements sont sécuritaires lorsque la personne se rend jusqu'à la toilette**
 - » Besoin de ses lunettes : vérifier si lunettes sont à sa portée;
 - » Démarche sécuritaire : vérifier l'équilibre en statique et en dynamique;
 - » Tolérance à la marche : vérifier la distance à parcourir, s'il y a des signes d'essoufflement.
- **Établir le profil d'hydratation de la personne, avant et depuis l'hospitalisation**
 - » Besoin d'aide pour s'hydrater (seul, avec supervision, aide partielle, aide totale);
 - » Quantité de l'apport liquidien journalier, signaler si elle dépasse 2 litres/j;
 - » Consommation de boissons irritantes pour la vessie : café, thé, chocolat, alcool fort, bière, vin, cola, etc.
- **Vérifier la possibilité d'une incontinence urinaire fonctionnelle**
 - » Présence d'au moins une de ces conditions : déficits cognitifs, difficultés à communiquer ou problème de mobilité physique.
- **Déterminer si la médication en cours peut contribuer à l'incontinence urinaire**
 - » Observation des effets secondaires de certains médicaments, ex. : diurétique, antihistaminique, antiparkinsonien, anticholinergique, β -adrénergique, relaxant musculaire, bloqueur des canaux calciques, etc.
- **Vérifier la possibilité d'une infection urinaire**
 - » Augmentation de la fréquence urinaire (plus de 8 mictions le jour et plus de 2 mictions la nuit);
 - » Douleur ou brûlure mictionnelle;
 - » Urine trouble et malodorante avec ou sans présence de sang.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Vérifier les éléments psychosociaux pouvant avoir un impact sur la continence urinaire**
 - » Degré de motivation à demeurer ou à redevenir continent et capacité cognitive.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Vérifier les éléments de l'environnement pouvant avoir un impact sur la continence urinaire**
 - » Obstacles environnementaux pour se rendre aux toilettes : encombrement, lit trop haut, ridelles de lit montées, etc.;
 - » Adaptation de la toilette : barre d'appui, siège surélevé, etc.;
 - » Présence d'une toilette à proximité;
 - » Aides techniques à sa portée (ex. : canne, fauteuil roulant, etc.) ainsi que des chaussures convenant à la marche;
 - » Stratégies utilisées pour la nuit : veilleuse, chaise d'aisance à proximité, etc.;
 - » Disponibilité des soignants pour accompagner la personne à la toilette.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Assistance, habitudes et mode d'élimination**
 - » Procurer l'aide nécessaire à la personne pour qu'elle puisse aller uriner à la toilette;
 - » Établir un horaire d'élimination qui repose sur les habitudes urinaires de la personne (plutôt que sur les routines de travail dans l'unité de soins), encourager toutefois à uriner au lever et avant le coucher;
 - » Éviter d'utiliser une culotte d'incontinence à la première incontinence urinaire (considérer cette incontinence comme un incident de parcours);
 - » Profiter des levers de la personne alitée pour l'amener à la toilette;
 - » Lever le plus tôt possible (après la chirurgie) pour se rendre à la toilette;
 - » Diminuer le plus rapidement possible les divers cathéters afin de faciliter la mobilisation pour se rendre à la toilette;
 - » Rappeler à la personne ayant des déficits cognitifs de se rendre à la toilette, l'accompagner si nécessaire;
 - » Envisager comme première hypothèse l'envie d'uriner lorsqu'une personne se lève la nuit et répondre à ce besoin;
 - » Dès le matin, mettre les bas de soutien,
 - » En cas d'œdème, surélever les jambes au coucher, pour éviter ou réduire les nycturies.
- **Habitude d'hydratation**
 - » Assurer en tout temps un accès à de l'eau fraîche;
 - » Maintenir un apport de liquides (eau, lait, jus, boissons, soupes) de 1,5 à 2,0 L/jour; si la personne est à risque d'incontinence un apport trop restreint ou excessif exacerbera les symptômes d'incontinence;
 - » Éviter une consommation excessive de caféine (>400 mg/jour); le café, le thé, les boissons gazeuses de type cola, les boissons « énergie » et le chocolat noir constituent les principales sources de caféine;
 - » Le plus possible, éviter la consommation de liquides dans les 3 heures qui précèdent l'heure du coucher afin de contrôler la nycturie.
- **Réduire les risques d'infection urinaire**
 - » Nettoyer la peau des zones de contact, avec de l'eau et du savon doux, après chaque incontinence urinaire;
 - » Rappeler régulièrement à la personne de vider complètement sa vessie lors de la miction;
 - » Enseigner à la personne à s'essuyer de l'avant vers l'arrière (pour réduire les risques d'infection);
 - » Surveiller l'évolution des manifestations cliniques d'une infection urinaire et les signaler au médecin traitant, le cas échéant, et après ordonnance de sa part, prélever un échantillon d'urine pour une analyse et une culture.
- **Médication**
 - » Le médecin verra à substituer ou à cesser les médicaments pouvant contribuer à l'incontinence (ex. : ajuster l'horaire, la posologie, procéder à une substitution de médicaments, etc.).

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Expression des émotions (personne lucide)**
 - » Permettre l'expression des émotions concernant son problème d'incontinence urinaire, démontrer de l'empathie et encourager les efforts pour le corriger;
 - » Privilégier l'utilisation de la toilette pour faciliter l'élimination et préserver la dignité de la personne.
- **Expression des comportements (personne avec atteintes cognitives)**
 - » Décoder chez la personne atteinte de déficits cognitifs, les manifestations comportementales qui indiquent un besoin d'uriner (pour la femme → bouge d'une jambe à l'autre, se tortille, etc. et chez l'homme → essaie de défaire sa ceinture, sa fermeture à glissière, touche à ses organes génitaux, etc.) et alors, l'amener à la toilette;
 - » Établir un horaire mictionnel selon les moments habituels d'incontinence urinaire ou les manifestations d'agitation psychomotrice indiquant un besoin d'uriner;
 - » Envisager l'hypothèse suivante : lorsqu'une personne ayant des déficits cognitifs se lève la nuit, c'est souvent par besoin d'uriner. Dans cette situation, assurer l'aide nécessaire pour qu'elle puisse se rendre à la toilette.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Environnement sécuritaire qui facilite les déplacements à la toilette**
 - » Dans la mesure du possible, offrir à la personne à risque, le lit dans la chambre qui est situé le plus près de la toilette;
 - » Ajuster la hauteur du lit au plus bas niveau afin de faciliter les levers pour aller à la toilette;
 - » Désencombrer la chambre et le passage vers la toilette;
 - » Placer à la hauteur des yeux des points de repère indiquant le trajet pour se rendre à la toilette et veiller à ce que les lieux soient suffisamment éclairés;
 - » Placer, au besoin, une chaise d'aisance près du lit ou un siège surélevé sur la toilette;
 - » Disposer à portée de main les lunettes, la cloche d'appel, les souliers et les aides techniques;
 - » Assurer un accès facile et sécuritaire à la toilette, répondre rapidement à la cloche d'appel, surtout la nuit.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

RÉDUCTION DES ÉPISODES D'INCONTINENCE OU DE L'UTILISATION DES MOYENS DE PROTECTION?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

ALERTE : faire appel à l'équipe multiprofessionnelle et passer au **PALIER SPÉCIFIQUE**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Déterminer et analyser les caractéristiques de l'incontinence urinaire en remplissant une grille ou un journal mictionnel pendant 24 à 48 heures (cf. annexe 1)**
 - » Durée et moment des mictions;
 - » Début d'apparition soudaine ou graduelle, et indication s'il s'agit d'une première fois;
 - » Fréquence des mictions diurnes et nocturnes;
 - » Éléments déclencheurs, circonstances, symptômes associés;
 - » Recherche d'une douleur à la miction : abdominale, sus-pubienne ou périnéale;
 - » Difficulté à amorcer ou arrêter le jet, interruption du jet;
 - » Hématurie, urine trouble, malodorante (apparence et couleur de l'urine);
 - » Intervalle mictionnel moyen;
 - » Utilisation de produits d'incontinence : occasionnellement, régulièrement ou seulement la nuit ou lors des sorties;
 - » Présence de constipation, fécalome.
- **Identifier les diagnostics actuels et les antécédents médicaux qui ont un lien avec l'incontinence urinaire**
 - » AVC, démence vasculaire, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson;
 - » Blessure à la moelle épinière, sclérose en plaques;
 - » Neuropathie diabétique;
 - » Hypertrophie de la prostate, sténose urétrale, fécalome;
 - » Relâchement du plancher pelvien;
 - » Problèmes fonctionnels : trouble de la mobilité, déficits cognitifs et contentions physiques;
 - » Antécédents chirurgicaux et manipulations urologiques : dans la région de la vessie, de la prostate ou du plancher pelvien.
- **Procéder à l'examen physique pour préciser le type d'incontinence urinaire en vérifiant**
 - » Les manifestations cliniques liées à un type d'incontinence;
 - » La capacité de se rendre à la toilette sans perte d'urine;
 - » La résistance à l'effort en demandant à la personne de pousser ou de forcer en position debout (manœuvre de Valsalva);
 - » S'il y a perte d'urine lorsque la personne tousse (épreuve de la toux);
 - » La présence d'un globe vésical (palpation, appareil à ultrasons au chevet (scan vésical));
 - » La présence d'atteintes neurologiques soit au niveau sacré ou ailleurs;
 - » La présence d'un prolapsus utérin, rectal ou urétral ou toute autre lésion au périnée;
 - » Le volume post-mictionnel en utilisant le scan vésical : moins de 50 ml → normal, 100 ml et plus → à surveiller régulièrement, plus de 400 ml → problématique);
 - » La présence d'un fécalome : au toucher rectal, selles abondantes accompagnées souvent de glaires visqueuses;
 - » La capacité de contracter sur demande le sphincter anal et d'arrêter la miction.
- **Effectuer l'évaluation de la mobilité et du rendement fonctionnel avec le physiothérapeute et l'ergothérapeute**

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Faire intervenir au besoin un psychologue ou un psychiatre**

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Déterminer les aides techniques à offrir à la personne selon ses besoins (ergothérapeute, physiothérapeute)**
- **Évaluer la nécessité d'adapter la salle de bain, à l'hôpital ou à domicile avec l'ergothérapeute**

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **S'il y a une incontinence urinaire d'urgence ou une urgence mictionnelle**
 - » Rappels programmés;
 - » Horaire mictionnel (cf. annexe 1);
 - » Entraînement vésical et déclenchement de la vessie;
 - » Exercices pelviens ou de Kegel (cf. annexe 2);
 - » Traitement pharmacologique à envisager (cf. annexe 3).
- **S'il y a une incontinence urinaire à l'effort**
 - » Exercice de Kegel ou rééducation périnéale.
- **S'il y a une incontinence urinaire par regorgement**
 - » Appuyer fermement sur le bas-ventre lors de la miction sur la toilette (manœuvre de Crédé);
 - » Cathétérismes intermittents avec surveillance du résidu post-mictionnel par ultrasons (scan vésical).

2 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Adapter la salle de bain de manière à favoriser l'autonomie de la personne et à faciliter ses fonctions d'élimination (faire intervenir l'ergothérapeute).**
 - » Entraîner la personne à utiliser le matériel adapté;
 - » Enseigner à la famille l'utilisation du matériel adapté afin de soutenir le proche;
 - » Penser à communiquer cette information aux ressources du CSSS, lors du congé;
 - » Conseiller la famille sur l'achat d'aides techniques pour faciliter la marche et la manipulation (baisser et lever les sous-vêtements) ou suggérer l'adaptation des vêtements.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

RÉDUCTION DES ÉPISODES D'INCONTINENCE OU DE L'UTILISATION DES MOYENS DE PROTECTION?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

- » CE PROBLÈME S'INSCRIT-IL DANS UNE PLURIPATHOLOGIE?
 - » Y A-T-IL UNE COMPLEXITÉ ÉLEVÉE?
 - » EST-CE LE MOMENT DE FAIRE APPEL À L'EXPERTISE DE LA GÉRIATRIE?
-
- » **ALERTE** : faire appel à l'équipe spécialisée et passer au **PALIER SPÉCIALISÉ**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Évaluation par les membres de l'équipe spécialisée, en présence d'incontinence urinaire (urologue, gynécologie, neurologue, psychiatre, autre professionnel), en collaboration avec l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe soignante.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments pertinents de l'intervention spécifique, entreprendre les actions suivantes et appliquer les recommandations formulées par les membres de l'équipe spécialisée.

- **Exercer la surveillance nécessaire aux investigations et aux traitements proposés**
- **Assurer le suivi régulier des résultats des traitements recommandés ou entrepris par le spécialiste**

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

RÉDUCTION DES ÉPISODES D'INCONTINENCE OU DE
L'UTILISATION DES MOYENS DE PROTECTION?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats.
Si la situation s'améliore grandement, réajuster au
besoin les interventions de soins.



NON

ALERTE : Le médecin traitant, les consultants
et les intervenants concernés de près devront
envisager des mesures palliatives adaptées pour
le long terme (PII).

AUTEURS

LINDA THIBEAULT, INF., M.SC.

Diplôme de deuxième cycle en études interdisciplinaires sur la mort
Conseillère en soins spécialisés en gérontopsychiatrie
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ

Géiatre
Chef du Département de médecine spécialisée
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec
Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal
Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

CARA TANNENBAUM, M.D, M.SC.

Géiatre
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
La Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement
Professeur associé, Faculté de médecine, Université de Montréal
Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

SUZANNE GILBERT, B.PHARM., M.SC., MAP

Chef du département de pharmacie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Clinicienne associée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

DIANE BOYER, M.SC. (PS-ÉD), MAP

Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »,
Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Coordonnatrice promotion de la santé et transfert des connaissances,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur le risque d'incontinence urinaire.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche...).

La recherche de données probantes a été privilégiée.

Addison, R. (1999). Nocturia, nocturnal polyuria and secondary nocturnal voiding. *British Journal of Nursing*, 8(13), 877-880.

Bender, B. S. (2003). Infectious disease risk in the elderly. *Immunology & Allergy Clinics of North America*, 23(1), 57-64.

Berghmans, L. C., Hendriks, H. J., De Bie, R. A., van Waalwijk van Doorn, E. S., Bo, K., & van Kerrebroeck, P. E. (2000). Conservative treatment of urge urinary incontinence in women : a systematic review of randomized clinical trials. *BJU International*, 85(3), 254-263.

Berni, K. C., & Cummings, J. M. (2004). Urodynamic evaluation of the older adult : bench to bedside. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(3), 477-487.

Bogner, H. R., Gallo, J. J., Sammel, M. D., Ford, D. E., Armenian, H. K., & Eaton, W. W. (2002). Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 489-495.

Brûlé, M., Cloutier, L., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 676 p.

Bryant, C. M., Dowell, C. J., & Fairbrother, G. (2002). Caffeine reduction education to improve urinary symptoms. *British Journal of Nursing*, 11(8), 560-565.

Buteau, R.-A. (2006). L'élimination vésicale. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (p. 205-216). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.

Chevalier, M., & Morin, M. (1994). L'incontinence urinaire en gériatrie. *Le Clinicien*, 9(8), 29-48.

Desgagné, A., & LeLorier, J. (1999). Incontinence drug utilization patterns in Québec, Canada. *Value in Health*, 2(6), 452-458.

Dugan, E., Roberts, C. P., Cohen, S. J., Preisser, J. S., Davis, C. C., Bland, D. R., et al. (2001). Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(4), 462-465.

Fondation d'aide aux personnes incontinentes. (s.d.). *La Source : votre guide pour un meilleur contrôle de la vessie*. En ligne. Peterborough: FAPI, 40 p. <http://www.continence-fdn.ca/pdf/La-Source.pdf> (Consulté le 21 juillet 2010)

Gnanadesigan, N., Saliba, D., Roth, C. P., Solomon, D. H., Chang, J. T., Schnelle, J., et al. (2004). The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(3), 141-146.

Hooton, T. M. (2003). The current management strategies for community-acquired urinary tract infection. *Infectious Disease Clinics of North America*, 17(2), 303-332.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 1 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré ... et al.* (Vol. 1). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 915 p.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 2 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré et la collaboration de Hugo Laplante* (Vol. 2). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 1707 p.

Langa, K. M., Fultz, N. H., Saint, S., Kabeto, M. U., & Herzog, A. R. (2002). Informal caregiving time and costs for urinary incontinence in older individuals in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(4), 733-737.

Locher, J. L., Burgio, K. L., Goode, P. S., Roth, D. L., & Rodriguez, E. (2002). Effects of age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women. *Gerontologist*, 42(4), 515-521.

Locher, J. L., Goode, P. S., Roth, D. L., Worrell, R. L., & Burgio, K. L. (2001). Reliability assessment of the bladder diary for urinary incontinence in older women. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 56(1), M32-35.

Lose, G., Alling-Moller, L., & Jennum, P. (2001). Nocturia in women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 185(2), 514-521.

Lyons, S. S., & Specht, J. K. (2000). Prompted voiding protocol for individuals with urinary incontinence. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(6), 5-13.

Martinez, L., & Duhot, D. (2004). Incontinence urinaire de la femme. *La revue du praticien, médecine générale*, 18(672/673), 1403-1412.

Mather, K. F., & Bakas, T. (2002). Nursing assistants' perceptions of their ability to provide continence care. *Geriatric Nursing*, 23(2), 76-81.

Miller, C. A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gérontologiques / Carol A. Miller; adapté de l'anglais par Ivan L. Simoneau*. Montréal: Beauchemin.

Miller, M. (2000). Nocturnal polyuria in older people : pathophysiology and clinical implications. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(10), 1321-1329.

Mueller, C., & Cain, H. (2002). Comprehensive management of urinary incontinence through quality improvement efforts. *Geriatric Nursing*, 23(2), 82-87.

Ostbye, T., Seim, A., Krause, K. M., Feightner, J., Hachinski, V., Sykes, E., et al. (2004). A 10-year follow-up of urinary and fecal incontinence among the oldest old in the community : the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23(4), 319-331.

Ouslander, J. G., Ai-Samarrai, N., & Schnelle, J. F. (2001). Prompted voiding for nighttime incontinence in nursing homes : is it effective? *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(6), 706-709.

Registered Nurses Association of Ontario. (2005). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : favoriser la continence par le déclenchement de la miction*. En ligne. Toronto: RNAO, 56 p. http://www.rnao.org/Storage/47/4173_BPG_Continence_-_Final.pdf (Consulté le 21 juillet 2010)

Reensburg, R. E., Palmer, M. H., Langford, A. M., & Mendelson, G. F. (1999). Staff compliance with and ratings of effectiveness of a prompted voiding program in a long-term care facility. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*, 26(5), 261-269.

Resnick, N. M., & Yalla, S. V. (2007). Geriatric incontinence and voiding dysfunction. In A. J. Wein, L. R. Kavoussi, A. C. Novick, A. W. Partin & C. A. Peters (Eds.), *Campbell-Walsh urology* (9 ed., p. 2305-2321). Philadelphia: WB Saunders Elsevier.

Rigby, D. (2001). Integrated continence services. *Nursing Standard*, 16(8), 46-52; quiz 54.

Schnelle, J. F., & Smith, R. L. (2001). Quality indicators for the management of urinary incontinence in vulnerable community-dwelling elders. *Annals of Internal Medicine*, 135(8 Pt 2), 752-758.

Stanley, M., Blair, K. A., & Beare, P. G. (2005). *Gerontological nursing : promoting successful aging with older adults* (3 ed.). Philadelphia: F.A. Davis, 387 p.

Stanley, M., & Gauntlett Beare, P. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie : vieillissement normal et pathologique / Mickey Stanley; traduit de l'américain par Françoise Hallet* (2 ed.). Bruxelles: De Boeck Université, 507 p.

Teunissen, T. A. M., de Jonge, A., van Weel, C., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2004). Treating urinary incontinence in the elderly--conservative therapies that work : a systematic review. *Journal of Family Practice*, 53(1), 25-30.

Valiquette, L., & McCormack, M. (2007). Incontinence urinaire et autres problèmes urologiques. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (p. 417-437). Acton Vale; Paris: Edisem; Maloine.

Wallace, S. A., Roe, B., Williams, K., & Palmer, M. (2009). Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD001308. DOI: 10.1002/14651858.CD001308.pub2.

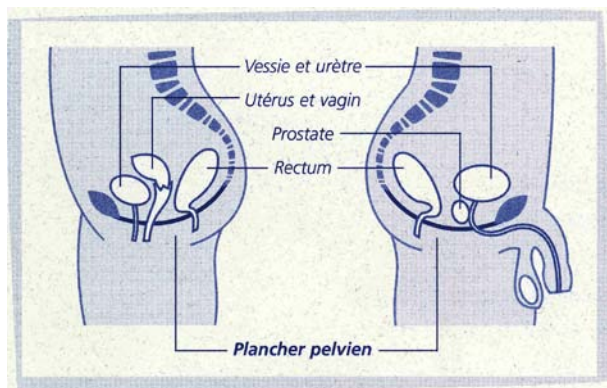
Yoshikawa, T. T. (2000). Urinary tract infections. In M. H. Beers, R. Berkow, R. M. Bogin, A. J. Fletcher & M. I. Rahman (Eds.), *The Merck manual of geriatrics* (3 ed., p. 980-987). Whitehouse Station: Merck Research Laboratories.

ANNEXE 2

LES EXERCICES POUR RENFORCER LES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN

Peut-être entendez-vous parler des muscles du plancher pelvien pour la première fois? Sachez qu'il n'est jamais trop tard pour commencer à les faire travailler! Les exercices de renforcement du plancher pelvien aident à réduire les pertes d'urine involontaires.

Les muscles du plancher pelvien sont constitués de trois épaisseurs musculaires qui ferment la base du bassin. S'étendant comme un hamac entre le pubis et le coccyx, ces muscles jouent un rôle primordial dans le contrôle de l'urine, des gaz et des selles. Ils participent également, chez les femmes, au soutien des viscères comme l'utérus et la vessie.



COMMENT EFFECTUER UNE BONNE CONTRACTION DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN?

Assis confortablement sur une chaise, les muscles des fesses, des cuisses et de l'abdomen bien relâchés, resserrez les muscles du plancher pelvien comme si vous vouliez retenir l'urine et les gaz. Si vous contractez correctement, vous devriez sentir que ces muscles sont aspirés vers l'intérieur. La contraction des muscles du plancher pelvien est alors efficace. Si vous sentez que les muscles du plancher pelvien font pression comme pour aller à la selle, c'est que l'exercice n'est pas fait adéquatement.

Les trois exercices suivants devraient être faits tous les jours pendant douze semaines. Ils pourraient vous paraître difficiles au début, mais ils deviendront faciles avec le temps et la pratique.

Afin de faire chaque jour votre séance d'exercices, identifiez un moment de la journée où vous aurez **10 à 15 minutes** pour les exécuter. Ne faites pas une autre activité pendant vos exercices (regarder la télévision, lire, etc.). Mettez sur la qualité des exercices plutôt que sur leur quantité!

En position couchée : Couchez-vous sur le dos, avec les genoux fléchis, les pieds légèrement écartés et les bras de chaque côté du corps. Pour ces trois exercices, relâchez tous les muscles, surtout ceux des fesses et de l'intérieur des cuisses.

Exercice 1 : la force

- Expirez lentement par la bouche.
- Contractez les muscles du plancher pelvien aussi fort que possible comme pour retenir l'urine et les gaz, et aspirez le plancher pelvien vers l'intérieur.
- Maintenez la contraction pendant six secondes. Comptez lentement jusqu'à « 6 » à haute voix. Respirez pendant que vous comptez à haute voix, mais ne relâchez pas la contraction.
- Relâchez le plancher pelvien pendant douze secondes.
- Faites trois séries de dix contractions-relaxations pour un total de 30 contractions. Prenez une minute de repos entre chaque série.

Exercice 2 : la coordination

- Expirez lentement par la bouche puis contractez les muscles du plancher pelvien le plus fort possible.
- Faites la contraction pendant une seconde puis tousssez vigoureusement en gardant la contraction du plancher pelvien.
- Reposez-vous deux secondes puis répétez la contraction, la toux et le repos deux fois de suite.
- Faites une pause de trente secondes.
- Faites deux autres séries comme celle-ci.

Exercice 3 : les contractions rapides

- Expirez lentement par la bouche puis contractez les muscles du plancher pelvien aussi fortement et aussi rapidement que possible, comme pour retenir l'urine et les gaz.
- Maintenez la contraction pendant une seconde.
- Relâchez le plancher pelvien pendant une seconde.
- Faites trois séries de six contractions-relaxations rapides pour un total de 18 contractions rapides. Prenez 20 secondes de repos entre chaque série.

Pour optimiser l'effet du programme d'exercices, augmentez le niveau de difficulté après 6 semaines en faisant les 3 exercices du programme en position assise plutôt que couchée sur le dos.

Source : Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Dumoulin, C., & Tannenbaum, C. (2009).

L'incontinence : brisons le silence : trucs et astuces pour les aînés. En ligne. Québec:

Gouvernement du Québec. Ministère de la Famille et des Aînés.

http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/F-5179_incontinence_WEB.pdf

(Consulté le 22 novembre 2010)

ANNEXE 3

TABLEAU INFORMATIF SUR LES ANTIMUSCARINIQUES UTILISÉS POUR LE TRAITEMENT DE LA VESSIE HYPERACTIVE

ANTIMUSCARINIQUE	SATUT RAMQ MÉDICAMENT	POSOLOGIE QUOTIDIENNE	MÉTABOLISME EXCRÉTION	INTERACTIONS POSSIBLES	REMARQUES
OXYBUTININE RÉGULIER	Régulier	2,5 mg à 5 mg qid Max : 20 mg	Hépatique	Substrat mineur CYP3A4	Éviter chez p. âgées. Approprié si nocturie
OXYBUTININE LA (DITROPAN XL^{MD})	Exception		Hépatique		Moins effets secondaires que co. libération immédiate
5 mg		5 mg die			
10 mg		Max : 30 mg die			
10 mg (UROMAX ^{MD})					
15 mg (UROMAX ^{MD})					
OXYBUTININE TIMBRE (OXYTROL^{MD})	Exception	1 timbre 2x/sem.	Hépatique		Moins de risque interactions Rx P. âgées @ polypharmacie
36 mg/TIMBRE					
TOLTÉRODINE RÉGULIER (DÉTROL^{MD})*	Exception		Hépatique	Substrat majeur CYP3A4 CYP2D6	
1 mg		2 mg die			Approprié si nocturie
2 mg		Max : 2mg bid		Mineur CYP2C9 et 2C19	
TOLTÉRODINE LA (DÉTROL LA^{MD})*	Exception		Hépatique		Moins effets secondaires que co. à libération immédiate
2 mg		2 mg die			
4 mg		Max : 4mg die			
DARIFÉNACINE (ENABLEX^{MD})	Refus		Hépatique	Substrat majeur CYP3A4 mineur CYP2D6	Constipation fréquente comparativement autres antimuscariniques
7,5 mg		7,5 à 15 mg die			
15 mg		max:15mg/jour			
SOLFÉNACINE (VÉSICARE^{MD})*	Exception		Hépatique		
5 mg		5 à 10 mg die		Substrat majeur CYP3A4	
10 mg		Max : 10 mg/jour			
TROSPIMUM (TROSEC^{MD})*	Exception	20 mg bid	Excrétion rénale	Peut interférer avec les composés cationiques excrétés par les reins	Fardeau des effets secondaires comparable oxybutinine et toltérodine longue action. Pas interaction
20 mg		Max : 40mg/jour	60-80 % composé mère		

*: ajuster dose en présence d'insuffisance rénale

ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
ÉLÉMENTS PHYSIQUES			
<p>Élimination avant et depuis l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de mictions le jour, le soir et la nuit • Mode d'élimination : toilette, urinal, chaise d'aisance, etc. • Incontinence aiguë ou chronique 		<p>Préciser le type d'incontinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grille mictionnelle pendant 24 à 48 h pour connaître les caractéristiques de l'incontinence • Problèmes associés : perd de l'urine lorsque tousse, est incapable de se rendre à la toilette, etc. • Impact de la médication sur la fonction vésicale 	<p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins
<p>Hydratation avant et depuis l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité et répartition de l'apport liquidien durant 24 h • Boissons irritantes pour la vessie 			
<p>Problèmes associés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection urinaire (signes et symptômes) • Globe vésical (scan vésical), constipation 			
<p>Assistance et soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horaire d'élimination selon les habitudes urinaires • Soins réguliers d'hygiène périnéale • Culotte d'incontinence : en dernier recours (pas première incontinence) • Pertinence de sonde à l'arrivée dans l'unité 			
ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE			
<p>Degré d'autonomie pour utiliser la toilette</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se rendre à la toilette, effectuer les transferts • Baisser, lever et s'essuyer • Favoriser des déplacements sécuritaires et adopter des stratégies la nuit • ↓ des cathéters dès que possible (facilite la mobilité) 	<p>Ergothérapie et physiothérapie si jugé nécessaire</p>	<p>Entamer une rééducation vésicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivation et capacité cognitive • Selon le type d'incontinence : <ul style="list-style-type: none"> » d'urgence : rappels programmés, exercices de Kegel, horaire mictionnel, entraînement vésical et déclenchement de la vessie » à l'effort : exercices de Kegel » par regorgement : manœuvre de Crédé, cathétérismes intermittents et surveillance avec scan vésical. 	
<p>Assistance à la personne avec atteinte cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappels réguliers et accompagnement à la toilette • Première hypothèse lorsque la personne se lève la nuit : envie d'uriner 			
ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX			
<p>Obstacles environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encombrement, ridelles de lit levées, etc. • Manque de repères, de signalisation • Salle de toilette non adaptée 	<p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p>	<p>Communiquer l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de la salle de bain à domicile • Aide technique 	