

Master ès Sciences en sciences infirmières

Master conjoint
UNIVERSITE DE LAUSANNE
Faculté de biologie et de médecine, Ecole de médecine
et
HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE
Domaine santé

LA MESURE D'INDEPENDANCE FONCTIONNELLE ET LES INTERVENTIONS
INFIRMIERES SUR L'INCONTINENCE URINAIRE EN
GERIATRIE AUX HUG :
UNE ETUDE DESCRIPTIVE CORRELATIONNELLE

PAR
MARIE CHANTAL BIKOI-REGAT

CO-DIRECTRICE DE MÉMOIRE : Prof D. MORIN

CO-DIRECTEUR DE MÉMOIRE : Dr H. VUAGNAT

Juin 2012

Composition du Jury

Professeure Diane MORIN, Infirmière, Ph D, Co-directrice de mémoire

Directrice de l'Institut universitaire de recherche en soins
Faculté de biologie et de médecine,
Université de Lausanne

Docteur Hubert VUAGNAT, Co-directeur de mémoire

Médecin chef, du département de réadaptation et médecine palliative
Service de Réadaptation Médicale
Hôpital universitaire de Genève

Professeur Philippe DELMAS, Infirmier, Ph.D, Membre expert,

Professeur invité à l'Institut universitaire de recherche en soins
Faculté de biologie et de médecine,
Université de Lausanne
Professeur à la Haute école de santé La Source

Professeur Michel FONTAINE, Infirmier, Ph.D, Membre expert et Président du jury

Professeur invité à l'Institut universitaire de recherche en soins
Faculté de biologie et de médecine,
Université de Lausanne
Professeur à la Haute école de santé La Source

Mémoire déposé le 29 juin 2012

Mémoire défendu le 10 septembre 2012

Sommaire

L'incontinence urinaire (IU) se définit comme une élimination involontaire d'urine. Le programme transverse des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) sur la prévention et les traitements de l'IU avance l'hypothèse qu'environ 400'000 personnes, en Suisse en souffrent. Parmi les personnes hospitalisées en réhabilitation et gériatrie, la proportion d'IU atteindrait même 56%. Cette proportion s'élève encore dans des services de long séjour pour atteindre 70%. Malgré l'inconfort causé par l'IU et son lien avec un déclin fonctionnel, la littérature démontre que l'IU reste trop peu reconnue par les infirmières en soins gériatriques. Cette étude de type quantitatif descriptif corrélationnel vise à mesurer la prévalence de l'IU lors d'une admission en gériatrie et à évaluer le niveau d'implication infirmière dans la prise en compte de celle-ci. Le modèle de Classification Internationale du fonctionnement du handicap de la santé de l'Organisation mondiale de la santé est utilisé. L'implication infirmière est caractérisée par la présence explicite dans les dossiers patients d'un diagnostic infirmier, d'une prescription infirmière ou d'une intervention infirmière relatifs à l'IU. Après analyse de 100 dossiers sélectionnés au hasard au sein d'un département gériatrique d'un hôpital universitaire, les résultats indiquent une prévalence de 72% d'incontinence. La majorité des personnes touchées sont des femmes (64%). Dans l'ensemble des dossiers de personnes présentant IU, on retrouve que 1,4% ont un diagnostic infirmier, 54% une prescription infirmière, et 72%, une intervention infirmière. La grande majorité des interventions sont de type palliatif. Des corrélations montrent une association entre l'IU et l'âge et entre les préoccupations infirmières et la raison principale d'admission. Ces résultats sont discutés en lien avec la littérature et des recommandations sont proposées pour améliorer la pratique clinique et favoriser la poursuite de la recherche infirmière dans ce domaine.

Summary

Urinary incontinence (UI) is defined as an involuntary urine elimination. The transversal program on the prevention and treatment of UI within the University Hospitals of Geneva (HUG), states that about 400'000 people in Switzerland have UI, a majority are elderly persons who suffer from UI. Furthermore, for those specifically hospitalized in rehabilitation or geriatrics, the proportion of UI reaches 56% and in long term services it even raises to 70%. Despite the discomfort of the UI and its relationship to functional decline, the literature shows that UI is still too rarely recognized by the nurses working in geriatric care. This quantitative descriptive and correlational study is designed to measure the prevalence of UI in a geriatric department in a university hospital and to assess the level of involvement of nurses regarding UI. The International Classification of Functioning, Disability & Health model of the World Health Organization is used. The nurse involvement is measured by the explicit presence in patient records of a nursing diagnosis, nursing prescription or a nursing intervention regarding UI. After analysis of 100 randomly selected records, results indicate a UI prevalence of 72%. The majority of those affected are women (64%). In 1.4% of cases, there is a nursing diagnosis, in 54% a nurse prescribing in 72%, a nursing intervention. The vast majority of interventions are of palliative type. Correlations show an association between UI and age. They also show a correlation between nursing involvement and the main reason for admission. These results are discussed in relation to the literature. Recommendations to improve nursing practice and research are suggested.

Remerciements

- Avant de vous présenter le fruit de cette magnifique aventure, je tiens à remercier de nombreuses personnes et institutions qui, de près ou de loin ont participé à ce mémoire de master : aboutissement de cette riche expérience de formation.

- Tout d'abord, des remerciements indispensables aux personnes qui ont contribué à la réalisation en Suisse de ce cursus de formation, ouvrant aux infirmières des horizons nouveaux.

- Mes plus vifs remerciements à l'Association Suisse des Infirmières (ASI) pour sa confiance, en m'octroyant une bourse en début de formation, à la Fondation Leenaards, pour l'intérêt donné à ce sujet de recherche en m'offrant l'oxygène manquant en fin de formation, et à mon employeur, les HUG, d'avoir accepté les conditions de la bourse Leenaards.

- Ma profonde gratitude à Mme Diane Morin professeure et directrice de l'Institut universitaire de recherche en soins (IUFRS) et à Mr Hubert Vuagnat médecin chef du département de réadaptation et médecine palliative aux HUG, pour leur co-direction respectueuse, exigeante, et généreuse. Leur expertise respective, leur goût du partage et leur ouverture ont renforcé mon goût pour la recherche. De m'avoir hissé sur vos épaules est et restera une contribution inestimable à la qualité de ce projet.

- Mes sincères remerciements à Mme Roulin, directrice adjointe des soins aux HUG, et à Mme Séraphin, infirmière spécialiste clinique en soins de réhabilitation, pour m'avoir ouvert grandement les portes. Et par la même occasion je n'oublie pas de remercier les ca-

dres du département de réhabilitation et médecine palliative qui ont accepté que l'étude se fasse dans leurs services.

- Ma reconnaissance à Mr François Hermann, médecin adjoint agrégé au Département de Réhabilitation et Gériatrie aux HUG pour sa précieuse aide en statistique.

- Mes chaleureux remerciements à mes collègues de travail du 3DK aux HUG, pour leur compréhension et à mes collègues de volée 2010-2012 pour leur présence.

- Merci du fond du cœur à Georges, mon mari qui m'a soutenue et encouragée dans ce projet depuis le premier jour, a supporté patiemment tempêtes et absences au quotidien tout en lisant page par page mes écrits.

- Durant ces deux années de formation, l'aventure a été riche, intense, les rencontres humaines denses, et vous qui avez répondu présent, je vous remercie du fond du cœur.

- J'offre ce travail à mes parents et amis qui m'ont accompagnée par la pensée, et dont la fierté de me voir au début d'une nouvelle aventure est sans égale.

Table des matières

Composition du jury	ii
Sommaire.....	ii
Summary.....	iii
Remerciements	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux	x
Liste des figures.....	x
Introduction	1
Problématique	5
L'incontinence dans la population mondiale et en Suisse	6
Le vieillissement, statut fonctionnel et incontinence	7
L'incontinence, l'impact économique.	10
L'incontinence : l'impact sur les personnes qui en souffrent.....	12
L'incontinence : impact sur les soins.	14
L'implantation de la MIF aux HUG dans les services de moyens et longs séjours.....	15
Les interventions infirmières.	16
La question de recherche.....	18
Les objectifs de la recherche.....	19
Analyse critique des écrits	20
La stratégie de recherche.....	21
Les thématiques retenues dans l'analyse de la littérature.....	23
Les problématiques physiopathologiques de l'IU.	23

Définition.....	23
Les facteurs favorisant l'IU.....	24
Les différents types d'IU.....	25
Les traitements actuels.....	27
Le contexte de la pratique infirmière dans la prise en charge de l'IU	32
Les pratiques infirmières probantes : les obstacles	32
La pratique infirmière probante : Les besoins	33
La pratique infirmière exemplaire spécifique à l'IU	34
Cadre de référence.....	37
Le concept de l'autonomie fonctionnelle	38
La présentation du modèle de l'OMS	39
Les concepts de la CIF : fonctionnement et handicap.....	39
Les concepts infirmiers : Adaptation du modèle au métaparadigme.....	40
Le cadre de référence choisi	43
Méthodologie.....	47
Le devis de recherche : justification	48
La population et l'échantillon de l'étude.	49
L'échantillon : Taille	49
L'échantillon : méthode	50
Les critères d'inclusions et exclusions.....	50
La description de l'instrument : la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle	51
Le déroulement de l'étude.....	52
La description du lieu de l'étude.	53
La procédure de collecte de données.	53
Les instruments de mesure de l'étude et les variables mesurées.....	54

Le plan d'analyse	55
Les considérations éthiques	56
Résultats	59
L'analyse descriptive	60
La description de l'échantillon	60
La description de l'incontinence	64
La description des préoccupations infirmières	65
Les analyses exploratoires des corrélations	67
Niveau de préoccupation et les types intervention en lien avec le score MIF, l'âge et le sexe	67
La relation entre score MIF et le sexe	68
Discussion	69
Le lien entre les réponses aux questions de recherche et la littérature	70
Les interventions infirmières relatives à l'IU mises en place	72
Les préoccupations infirmières sont-elles corrélées avec certaines caractéristiques des personnes souffrant de d'IU ?	75
Le lien avec le cadre de référence	77
Les limites méthodologiques de la recherche	78
Les limites en relation avec la validité	78
Les recommandations pour la pratique, l'enseignement et la recherche	79
Les recommandations pour la pratique	80
Les recommandations pour l'enseignement	81
Les recommandations pour la recherche	82
Conclusion	83
Reference	85
Appendices	102

Appendice A et A bis : La grille d'évaluation de la MIF avec 18 items.....	103
et son interprétation.....	103
Appendice B : Le profil de la continence.....	103
Appendice C : Les instruments d'évaluation fonctionnelle	105
Les instruments d'évaluation fonctionnelle (Graf, 2006)	106
Appendice D : Le formulaire de recueil des données	107
Appendice E : L'appareil urinaire de la femme et de l'homme	109
Appendice F : Un exemple de grilles mictionnelle.....	111
Appendice G : Les exercices de Kegel.....	113
Appendice H : Les exercices du plancher pelvien, proposés par la société suisse d'aide aux personnes incontinentes.....	115
Appendice I : Traitements proposés par L'association Canadienne d'Urologie	122
Appendice J : Acceptation de la commission centrale d'éthique de la recherche sur l'être humain des HUG	128
Appendice K: Bourse d'étude Leenaards.....	131

Liste des tableaux

Tableau	
Tableau 1 Les liens entre les concepts de la CIF, l'OMS et Fawcett.....	41
Tableau 2 Les six dimensions de la MIF.....	52
Tableau 3 Le tableau des variables.....	55
Tableau 4 Les variables sociodémographiques des participants.....	61
Tableau 5 Les 10 catégories principales de diagnostic à l'admission.....	62
Tableau 6 La part des niveaux d'incontinence.....	63
Tableau 7 La: comparaison du score MIF entre le groupe continent et le groupe incontinent	63
Tableau 8 Les raisons d'admission chez les incontinents.....	65
Tableau 9 Les interventions infirmière tels qu'inscrits au DP des personnes incontinentes .	65
Tableau 10 Les types d'interventions infirmières telles qu'inscrites au DPI des personnes incontinentes.....	66
Tableau 11 L'indice global de préoccupation infirmière selon inscription au DPI des personnes incontinentes.....	66
Tableau 12 La matrice de corrélation entre les types interventions et les préoccupations infirmière (Test de Pearson).....	67
Tableau 13 La corrélation entre le sexe et score général de la MIF.....	68

Liste des figures

Figure	
Figure 1 : La répartition des journées d'hospitalisation selon le groupe d'âges.....	11
Figure 2:La prise en charge de l'IU chez les PA fragiles selon Abrams et al. (2010).....	1
Figure 3: La prise en charge de l'IU chez les PA fragiles selon Abrams et al. (2010).....	31
Figure 4:Le cadre de l'OMS: Classification Internationale du Fonctionnement.....	40
Figure 5: La distribution du score MIF en fonction de l'âge dans l'échantillon.....	62

Introduction

L'incontinence urinaire (IU) touche des millions de personnes de par le monde. En effet, lors d'une première évaluation en 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1998) dénombrait plus de 200 millions de personnes en souffrance. L'IU n'est pas considérée comme une maladie, mais plutôt comme un symptôme souvent associé au grand âge. Elle concerne cependant toutes les classes d'âge (Haab, 2007). Selon Farage, Miller, Berardesca & Maibach (2008), l'âge avançant, le risque de devenir incontinent s'accroît avec le vieillissement physiologique. De par sa prévalence et ses lourdes conséquences sur l'autonomie fonctionnelle et sur le plan socio-économique, ce phénomène est considéré aujourd'hui comme un problème de santé publique selon Feki, Faltin, Lei, Dubuisson, Jacob, & Irion, (2007).

Les services hospitaliers sont au plus haut point concernés par l'IU, tout spécialement celle des personnes âgées, étant donné le nombre croissant de cette population. Les infirmières¹ ont, de par leur position et leurs interventions quotidiennes, une influence sur l'information, la prévention, le diagnostic et le traitement de l'incontinence.

Dans les HUG, la clinique de rééducation en 1990, puis le département de réhabilitation et gériatrie en 1996 ont introduit la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF), qui détermine l'autonomie de la personne, afin de bien établir le profil de capacité à l'admission et de mieux définir à terme, le devenir des patients. Une évaluation est effectuée par l'équipe infirmière à la première et à la dernière semaine d'hospitalisation, ainsi que toute les quatre semaines pour les personnes en long séjour selon Petitpierre, Trombetti, Carroll, Michel & Hermann.(2010)

¹ Dans ce mémoire, le terme infirmière sera utilisé à titre épïcène. Il inclut donc les infirmières et les infirmiers.

Cette mesure inclut une indication sur la présence d'IU et sur le niveau d'indépendance ou d'assistance requise. Néanmoins, différentes questions se posent sur l'utilisation de la MIF dans le quotidien du travail de l'équipe infirmière, par exemple : quel est le niveau d'autonomie fonctionnelle selon le score MIF des personnes âgées hospitalisées lors de leur entrée à l'hôpital et celui-ci est-il en lien avec l'IU ? Que se passe-t-il lorsque l'incontinence est signalée à la MIF ? La connaissance du score de l'incontinence à l'entrée permet-elle aux infirmières d'entreprendre des actions conséquentes et de contribuer à réduire le taux d'incontinence ? Quelles sont les interventions infirmières ? Quel est le niveau de conformité des pratiques infirmières exemplaires en relation avec l'IU ?

Les objectifs de cette étude sont de répondre à certaines de ces questions. Notamment ils visent à déterminer : (1) le score MIF à l'admission ainsi que la proportion de personnes ayant une IU ; (2) la proportion d'interventions infirmières en cas d'IU ; et (3) l'existence d'un lien entre la conformité des pratiques infirmières et les caractéristiques démographiques des patients. Cette étude contribuera donc à nourrir une réflexion sur la façon dont la pratique infirmière avancée oriente les soins infirmiers afin de maintenir ou rétablir la continence des personnes.

Ce présent travail comporte six chapitres. Le premier chapitre expose le problème étudié et sa pertinence, l'ampleur du phénomène, ainsi que les raisons d'agir pour contribuer au changement de cette situation. Il permettra également d'énoncer les questions de recherche. Le deuxième chapitre présente l'analyse des écrits scientifiques traitant de l'incontinence, ainsi que des pratiques infirmières exemplaires. La justification théorique du cadre choisi pour cette étude sera l'objet du troisième chapitre. Le chapitre quatre regroupera l'ensemble de la méthodologie, incluant le choix de la population, les instruments, les interventions infirmières, la collecte des données pour se clore avec les conditions éthiques

qui ont été intégrées à la démarche. Les résultats de l'étude feront l'objet du chapitre cinq. Dans le sixième chapitre, la discussion permettra d'examiner dans quelle mesure l'étude a atteint les objectifs visés, en tenant compte des écrits antérieurs, du cadre théorique et des limites à la validité interne et externe de l'étude. Une conclusion permettra de proposer des recommandations pour la clinique et les recherches futures.

Problématique

L'incontinence est considérée aujourd'hui comme un problème de santé publique en Suisse et dans le monde (Loh Ky, & Sivalingam, 2006). Généralement associée au vieillissement, on entrevoit l'ampleur de la problématique. En effet le vieillissement de la population annoncé de par le monde et en Suisse par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), est en corrélation avec le nombre de personnes incontinentes. La prise en considération du phénomène par les HUG, a entraîné la création de plusieurs groupes transverses: « prévention et traitement de l'incontinence ». Le tout premier groupe a eu un mandat de 1999 et le groupe actuel a été mandaté à la fin 2010 pour promouvoir et améliorer la qualité des soins liée à la prévention, au dépistage et au traitement de l'IU au sein des HUG.

L'incontinence dans la population mondiale et en Suisse

En 2008, les hôpitaux et cliniques genevois ont soigné quotidiennement dans leurs lits, 2'739 personnes dont près de la moitié avaient plus de 65 ans (OCSTAT, 2008). Avoir une population vieillissante aux pathologies multiples, dont la prise en soins devient de plus en plus complexe, pose des défis aux différents services hospitaliers. Il n'est pas rare que les infirmières, les aides-soignants et autres personnels hospitaliers se trouvent contraints à faire des choix prioritaires. Ce qui est considéré comme prioritaire se réduit parfois à ce qui peut questionner le pronostic vital à court terme.

En 1998 les scientifiques ont entamé la procédure pour que l'incontinence soit classifiée parmi les maladies (OMS, 1998), procédure sans résultat jusqu'à ce jour. A cette époque, l'OMS dénombrait plus de 200 millions de personnes souffrant d'IU. En Hollande, cette population représente 800'000 personnes pour Albers-Heitner, Berghmans, Joore, Largro-Jansen, Severens, Nieman et al, (2008), en France, elle est estimée entre 3 et 6 millions en 1995 d'après l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANAES, 2003) et ces chiffres reflètent uniquement la population féminine. En 2008, la Société suisse d'aide aux personnes incontinentes estimait à 400'000 le nombre de personnes souffrant d'IU dans la population. (La Société-suisse d'aide aux personnes incontinentes, 2008).

Tous pays confondus, les chiffres suggèrent une prévalence de 5% dans la population générale. La prévalence de l'incontinence des personnes de 65 ans et plus en long séjour, varie quant à elle entre 49% et 77% (Saxer et al). Ainsi, quand bien même l'IU touche toutes les strates de la population, elle est beaucoup plus importante chez les personnes de 65 ans et plus. D'après Saxer et al (2008), la prévalence serait même de 51.5% pour les personnes en institution en Suisse alémanique. Cette situation serait liée au déclin fonctionnel des personnes âgées selon Farage et al, (2008)

Le vieillissement, statut fonctionnel et incontinence

La population européenne est de plus en plus vieillissante, et la Suisse n'échappe pas à cette réalité. Le progrès scientifique, les conditions sociales et économiques ont permis d'accroître l'espérance de vie. Elle était en Suisse, selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) en 2008, de 84,4 ans pour les femmes et de 79,7 pour les hommes. D'après

l'OFS, au cours du 20^{ème} siècle, «la proportion [...] des personnes âgées de plus de 64 ans a progressé, passant de 5,8% à 16,9% ». A Genève, le constat est le même et, selon les prévisions de l'OFS (2010), la part de la population âgée s'accroîtra et une personne sur cinq sera âgée de 65 ans ou plus en 2030, contre une sur sept actuellement. Dans cette population des plus de 65 ans environ 35% des personnes auront plus de 80 ans (OCSTAT, 2011).

Même si plusieurs scénarii ont été envisagés par les démographes, ces derniers semblent en accord sur le vieillissement de la population genevoise qu'ils prédisent croissant, car pouvant compter jusqu'à 107'000 personnes de 65 ans et plus en 2030, ce qui signifie davantage de personnes souffrant d'incontinence urinaire et davantage de personnes en perte d'autonomie physique ou souffrant de démence. Tel que le cite Bideaud (2004, p. 521) « Vieillir est une banale aventure : nul n'y échappe Mais c'est aussi un processus fortement personnalisé (...) » C'est un phénomène irréversible. Les explications des théories biologiques, psychosociales, développementales ou environnementales ne parviennent pas à arrêter cette aventure humaine.

Tôt ou tard, les personnes ressentent des modifications de leur capacités fonctionnelles : musculaires, auditives, respiratoires, etc., et cela, avant même d'être recensées dans la population des personnes âgées. Ce déclin fonctionnel normal bien que présent dans l'ensemble du corps peut être ralenti avec l'activité (Voyer, 2006). Ainsi l'appareil urinaire, peut chez certaines personnes présenter une perturbation, c'est dire que :

(...) le vieillissement s'accompagne (chez certains) d'une diminution de la capacité vésicale, d'une vidange partielle de la vessie, des contractions lors du remplissage vésical. On observe également un accroissement du volume d'urine résiduelle, une diminution de la capacité des reins à concentrer l'urine. Une diminution de la pression de la fermeture urétrale, par suite de la perte de tonus musculaire périnéal, ainsi qu'une diminution de la capacité de retarder la miction (p.206).

De nombreuses recherches concernant l'hospitalisation des personnes âgées, considèrent l'hospitalisation comme une menace pour celles-ci, car elle serait une variable prédictive du déclin fonctionnel (Marie Boltz, Capezuti, Shabbat, & Hall, 2010), et de l'incontinence (ANAES, 2003). D'autres recherches montrent que la valeur que les personnes âgées accordent à leur indépendance est ancrée dans l'idée que chaque individu devrait être responsable de son bien-être. Pour elles, une vieillesse réussie va avec l'idée d'une autonomie physique et psychique (Beswick, Gooberman-Hill, Smith, Wylde, & Ebrahim, 2010). Afin de favoriser cette autonomie, une attention particulière devrait être portée aux personnes âgées hospitalisées.

Le déclin fonctionnel résulte de divers facteurs et le maintien ou la prévention semblent être plus faciles lorsque une équipe multidisciplinaire est sollicitée (De Morton, Keating, & Jeffs, 2007). Il semblerait toutefois que l'intervention infirmière en soit le premier maillon (Fitzpatrick et al., 2004). S'agissant de l'IU, la littérature suggère que ce problème reste trop peu pris en compte par les équipes infirmières qui ne proposent que des mesures palliatives (Cheater, 1993). De nombreuses infirmières manquent de connaissance à ce sujet (Cheater, 1993) et d'autres pensent que l'incontinence va simplement de pair avec l'âge (Hancock, Bender, Dayhoff, & Nyhuis, 1996). Cette problématique reste donc sous-estimée (Hancock, et al, 1996). L'infirmière est pourtant bien placée pour observer l'IU, et informer les membres de l'équipe afin de prendre des mesures préventives, curatives ou palliatives (Haslam, 2004). Ce type d'évaluation ainsi que les interventions infirmières associées sont essentielles pour la qualité des soins (Hancock, et al., 1996).

Il faut noter toutefois que de manière générale, l'IU est fréquemment cachée par les patients par honte (Loh & Sivalingam, 2006; Newman, 2001), ignorée par les soignants au travers de mesures palliatives protocolisées, car, considérée comme une conséquence normale, inéluctable du vieillissement (Tannenbaum, Labrecque, & Lepage, 2005) et/ou de

l'hospitalisation. Le mutisme des patients, ainsi que la banalisation de l'incontinence en institution a un coût individuel, social et économique.

L'incontinence, l'impact économique.

Tandis que toutes les affections de la santé génèrent un coût, des études récentes montrent que le coût de la santé a une forte corrélation avec le vieillissement. Le même constat a été fait par le département de la solidarité et de l'emploi à Genève (Direction générale de l'action sociale, 2011). Parallèlement, les gouvernements tentent de trouver des solutions afin de limiter les dépenses de santé.

La personne âgée se retrouve fréquemment avec des pathologies multiples, et lorsqu'elle est incontinente, elle devient un fardeau pour les aidants. Si elle présente d'autres risques de santé principalement des chutes, des fractures du col et du bassin, mais aussi des pathologies cardio-vasculaires et respiratoires (Dagneaux 2009, p151), celles-ci l'incitent à pousser la porte des urgences. L'incontinence, l'un des principaux facteurs d'institutionnalisation pousse les aidants aux placements (Cassells & Watt, 2003). En 2008, les hôpitaux et cliniques genevois ont soigné quotidiennement 2'739 personnes, dont 49% avaient plus de 65 ans, sachant que la capacité des HUG est de 1'901 lits (HUG, 2010). Le graphique qui suit permet de visualiser les journées d'hospitalisation occupées par les plus de 65 ans. La moitié des journées de soins aux HUG leur est imputable.

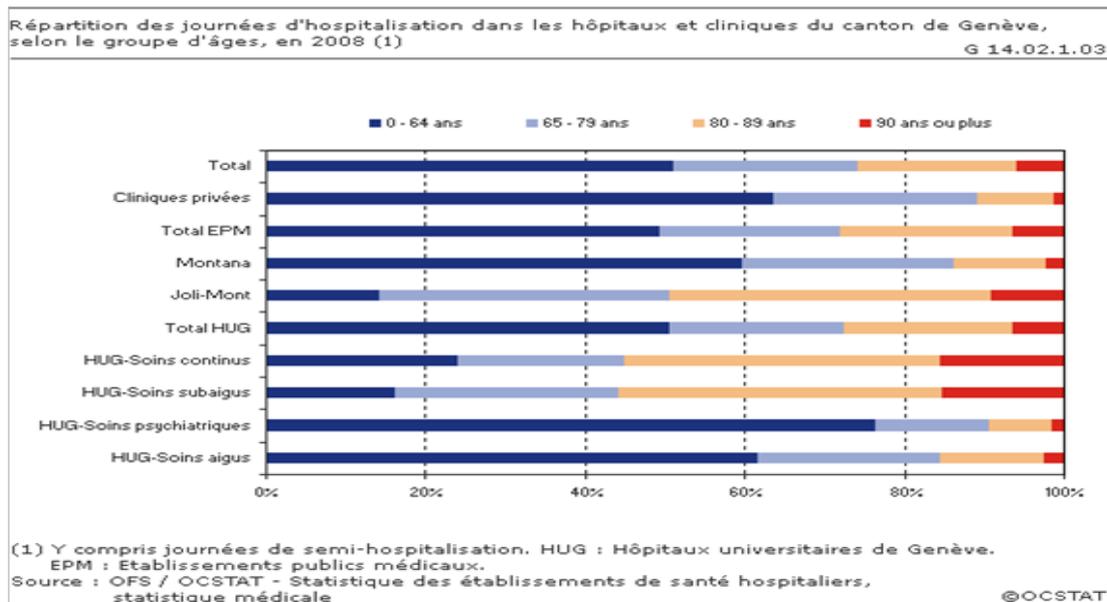


Figure 1 : La répartition des journées d'hospitalisation selon le groupe d'âges

En regardant encore de plus près, on constate que l'IU coûte cher à la société et aux personnes qui en souffrent. Le coût économique de l'IU reste difficile à estimer, dans une grande partie, ce coût est pris en charge par les personnes et leur famille (Haab, 2007). Toutefois, pour les personnes en institution, il est estimé à 3'350 euros par an et par personne (Denis, 2005). Selon Delvaux (2003) cité par Denis (2005) « L'incontinence dans les quinze états de l'Union Européenne serait de 20 milliards d'euros par an seulement en terme de traitement palliatif (p.18) ». Aux USA, le coût de l'incontinence en 1995 pour les personnes âgées s'élevait à 26.3 milliards de dollars par an. En Australie uniquement pour la gent féminine ce coût représentait 710 millions de livres par an en 1998, en France en 1995 il était estimé entre 244 et 300 millions d'Euros pour cette population et de 1,5 milliard pour la population âgée en institutions (Denis, 2005). En 2003, en France le coût global de l'IU est passé à 4,5 milliards d'euros et à 14 milliards de dollars aux USA. Selon Faltin (2009) ces coûts sont comparables à d'autres affections comme l'arthrose, mais ils seraient supérieurs à ceux des pneumonies ou du cancer du sein.

Lors d'une hospitalisation, ce coût s'accroît du fait des comorbidités qui augmentent la durée d'hospitalisation (Denis, 2005). Et, bien que l'IU altère significativement la qualité de

vie (Faltin, 2009; Jung, Faltin, & Rutschmann, 2006; Loh & Sivalingam, 2006), elle a moins d'impact sur les résultats cliniques donc moins d'importance relative que les autres symptômes gériatriques aux yeux des médecins et des infirmières (Lawhorne, Ouslander, Parmelee, Resnick, & Calabrese, 2008).

L'incontinence : l'impact sur les personnes qui en souffrent

Dans son rapport, le groupe transversal du programme de soins sur la prévention et les traitements de l'incontinence des HUG avance le chiffre de 400'000 personnes souffrant d'IU sur l'ensemble de la population Suisse (7,3 millions) (Gogniat, Rae, Seraphin, Rosso, & Herrman, 2011). Cela représente un peu plus de 1 personne sur 20. La réalité pourrait être supérieure à ce chiffre du fait qu'il est difficile d'effectuer un dénombrement des personnes souffrant d'IU. Cette démarche d'analyse de prévalence est plus simple à l'hôpital. Ainsi, parmi les personnes hospitalisées en réhabilitation et gériatrie, la prévalence de l'IU atteindrait 56%. Les personnes âgées hospitalisées avec un déclin fonctionnel (Jung, et al., 2006) ont également pour plus de la moitié une détresse physique, sociale et psychique causée par l'IU (Dingwall, 2008).

Les personnes incontinentes ressentent souvent de l'humiliation et le sentiment de devenir invalides, ce qui leur provoque un important stress selon Farage et al, (2008). Toujours selon ces auteurs, les personnes âgées souffrant d'IU ont plus de dépressions que celles qui n'en souffrent pas, elles multiplient les chutes ainsi que les risques de se voir hospitalisées. Les personnes se sentent limitées par ce handicap dans leur vie quotidienne et cela finit par nuire à leurs relations proches ou plus lointaines, les menant petit à petit dans un repli sur elles et un isolement social (Cassells & Watt, 2003 ; Farage et al, 2008). L'incontinence est un lourd fardeau non seulement pour les personnes qui en souffrent car elles perdent l'estime d'elles-mêmes, mais également pour leurs proches. Pour Cassells &

Watt (2003) le vécu des couples dans cette situation est difficile. Le rôle change pour la personne qui aide son conjoint, les relations d'intimité diminuent, et souvent, le couple en arrive à faire chambre à part. En plus du fardeau de l'incontinence, le proche aidant porte aussi celui de la vigilance qui le mène aussi à un son propre isolement social par peur de la stigmatisation (Cassells & Watt, 2003; The canadian continence foundation, 2009). L'IU est un des principaux facteurs qui pousse les familles à opter pour l'institutionnalisation.

Le vécu de l'IU est d'autant plus difficile que les personnes se sentent seules, elles pensent comme de nombreux soignants que l'IU est une des conséquence de l'âge (Haab et al., 2008) et n'osent pas en parler pour des raisons multiples (Hajjar, 2004). L'incontinence de manière générale reste taboue. Malgré de nombreuses publications ces dernières années, le public reste peu éduqué sur ce sujet. Peu de campagnes d'information sont proposées en comparaison avec les pathologies comme le diabète ou le cancer. Il n'existe pas de journée de la continence ou de l'incontinence en Suisse. Ces éléments font que ce symptôme reste caché et muet. C'est vraisemblablement une des principales raisons pour lesquelles les femmes et les hommes touchés par une incontinence souffrent en silence et craignent même d'en parler avec leur médecin traitant. Ces personnes ont peur d'être considérées comme malpropres, d'être jugées et classées comme des personnes utilisant des couches. Elles tentent par tous les moyens de cacher cette situation honteuse à leurs proches et se retrouvent dans un stress important (The canadian continence foundation, 2009). La Société suisse d'aide aux personnes incontinentes, (2011) a pour objectifs de sensibiliser l'opinion publique sur l'IU, d'informer sur les causes et les possibilités de prévention et de traitement. Sa volonté est de lever le tabou sur l'IU et d'encourager les personnes vivant cette expérience à sortir de leur pudeur et à parler ouvertement de leurs problèmes d'IU (La Société suisse d'aide aux personnes incontinentes, 2011). Qu'en est-il de cette sensibilisation dans le contexte de soins ?

L'incontinence : impact sur les soins.

D'une part, la littérature a suffisamment documenté l'impact négatif que la durée d'hospitalisation peut avoir sur l'autonomie fonctionnelle (Padula, Hughes, Baumbover, 2009). D'autre part, l'idée que les soins infirmiers pourraient favoriser l'autonomie et l'indépendance est partagée depuis de nombreuses années (Davies, Laker, & Ellis, 1997). Cette perspective donne aux professionnels infirmiers un rôle clé concernant la problématique du déclin fonctionnel (Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnste, de Rooij & Gryndonck, 2007, Boltz, Capezuti, & Shabbat, 2010). Concernant la problématique de l'incontinence, cette vision demeure (Cassells & Watt, 2003; Hancock, et al., 1996; Haslam, 2004; Tannenbaum, et al., 2005) et davantage d'implication infirmière serait aidante pour la perception et le vécu de l'IU.

Le problème de l'IU est fréquent dans les milieux cliniques prenant en soins la population âgée (Griebing, 2009). La prévention d'éventuelles fuites urinaires qui pourraient être gênantes pour les personnes prises en soins, se résume régulièrement par la proposition de protections d'incontinence par l'équipe soignante. Nombreux dans la population soignée estiment que cette situation est inéluctable le vieillissement (Dowling-Castronovo & Specht, 2009). On peut noter que l'IU chronique semble devenue banale, et même considérée comme normale tant l'intérêt porté sur celle-ci est inexistant à côté de celui accordé à d'autres symptômes gériatriques tout aussi chroniques (Lawhorne et al, 2008). Dans son rapport adressé au ministère de la santé et de la solidarité en 2007; le professeur Haab souligne à la fois le manque de programmes de formation initiale et continue destinés aux médecins et aux infirmières au sujet de l'IU, ainsi que l'absence d'infirmières spécialisées formées pour la prise en soins de cette problématique. Il précise que les pays européens où de telles formations existent, ont constaté une amélioration de la prise en charge globale de

l'IU. Ces formations diplômantes n'existent pas en Suisse romande. Cependant, certains départements des HUG (département de réhabilitation et de gériatrie (DRG), de réadaptation et de médecine palliative, de gynécologie et obstétrique) ont mis en place des programmes destinés à améliorer la prise en soins de l'IU (Goniat et al, 2011), ainsi que des outils tels que la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF).

L'implantation de la MIF aux HUG dans les services de moyens et longs séjours

La MIF est un instrument d'évaluation des capacités fonctionnelles fondé sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS (1980) cité par (Buia, Carlier, & Belkacemi, 1995). Elle sera décrite plus amplement dans la méthodologie. Cette échelle montre les possibilités ainsi que les manques de la personne au niveau de six domaines dont la toilette, l'habillement, l'alimentation, la mobilisation, les transferts, et l'élimination. Cette recherche s'intéressera plus particulièrement à cette dernière dimension.

L'introduction de la MIF aux HUG (clinique de rééducation en 1990, département de réhabilitation et gériatrie et de médecine palliative en 1996) a permis de proposer une évaluation chiffrée du statut et de l'évolution fonctionnelle du patient et de pouvoir mettre en place des interventions adaptées à son état. Lors de son introduction, il était recommandé à l'équipe infirmière de faire une évaluation durant la première et la dernière semaine, et après quatre semaines pour les personnes en long séjour (Petitpierre, 2010). Le service où s'est déroulée l'étude, appartenait au département de réhabilitation et gériatrie depuis 2006, mais c'est seulement depuis 2009 que la MIF et le nouveau programme informatique du dossier patient intégré (DPI), ont été généralisés à l'ensemble du département. Les utilisateurs de DPI doivent utiliser la MIF à l'entrée du patient, au 20^{ème} jour, puis une fois par mois. Pour assurer le suivi de la mesure spécifique de l'IU, celle-ci est généralement reprise et planifiée dans les interventions infirmières.

Les interventions infirmières.

Les interventions infirmières pour les personnes hospitalisées consistent non seulement à les prendre en soin pour les affections présentes, mais également à prévenir, éduquer, adapter, superviser et coordonner tous les soins requis pour le maintien ou l'amélioration de leur état général. Définissant les interventions infirmières au cours de la transition hospitalière, Dalairé (2008) déclare : « Pour les infirmières, cela représente un ensemble de questionnements qui dépassent la condition médicale d'une personne ». Il apparaît pour les infirmières travaillant en soins de longue durée que le maintien ou l'amélioration de la continence soit dans ce même ordre.

La problématique est donc de bien comprendre l'incontinence des personnes âgées hospitalisées en service de réadaptation médicale ou de longs séjours aux HUG afin d'orienter les soins infirmiers pour améliorer leur continence ou pour contrer la détérioration précoce de celle-ci.

Du point de vue des infirmières, actuellement l'IU est trop souvent considérée comme un phénomène courant peu important (Cheater, 1993 ; Coffey, McCarthy, McCormack, Wright, & Slater, 2007 ; Lawhorne et al, 2008) Une attention particulière devrait être portée aux personnes âgées hospitalisées en service de soins continus ou en longs séjours, afin de contribuer au maintien ou à l'amélioration de leur statut fonctionnel général, quand bien même il existerait des barrières à la mobilité durant l'hospitalisation (Brown, Williams, Woodby, Davis, & Allman, 2007). Sans intervention telle que : l'observation, l'évaluation, la prévention, la promotion et la réduction du risque du déclin fonctionnel par l'équipe infirmière, en général, une grande partie des personnes âgées hospitalisées ne seraient pas capables de retourner à domicile une fois traitées pour leur diagnostic initial ou simplement d'avoir la qualité de vie à laquelle elles aspirent. Le manque de connaissances des infirmières sur les causes, conséquences et les traitements de l'IU (Loh et al, 2006), les empêche

quelquefois de jouer le rôle primordial qu'elles devraient avoir au niveau de la prévention et de l'évaluation de l'IU (Haab 2007, Palmer 2008).

De plus, puisque l'IU résulte de divers facteurs, la combattre semble être l'affaire d'une équipe multidisciplinaire (Tannenbaume, et al, 2004, et Gogniat et al, 2011) même si l'intervention infirmière y est considérée comme centrale, du fait de son rôle dans les soins (Fitzpatrick, et al., 2004) Cette situation explique l'importance d'ajuster les connaissances infirmières afin que les interventions infirmières soient plus adaptées, et les soins infirmiers plus performants. L'évolution des soins et du rôle infirmier depuis un siècle en Suisse est incontestable. Aujourd'hui, les infirmières qui terminent leur formation ont acquis sept compétences dans les domaines de la clinique, l'éthique, la collaboration, le management, la promotion de la santé, l'éducation et la recherche. On remarquera que ces compétences sont des compétences de base qui se développent également au niveau de la pratique avancée.

Ces compétences permettent à l'infirmière d'identifier les besoins des individus de tous âges, de prodiguer des soins éthiques, c'est-à-dire de donner à chaque personne les soins dont elle a besoin, de prévenir les maladies, de maintenir et de prolonger l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées ou handicapées, quel que soit le lieu (King, 2006) En communiquant, elles favorisent la prise de décision partagée entre la personne soignée et l'équipe soignante. Ces compétences offrent également l'opportunité aux infirmières d'identifier des problématiques liées à la pratique des soins et de proposer des alternatives, car ils évaluent leurs pratiques et contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des personnes. En ce qui concerne la situation des personnes âgées dans les institutions le rôle des infirmières est de «penser le soin », c'est-à-dire de prolonger l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées ou handicapées, de prévenir les accidents tels que les chutes et les infections dues par exemple à des problèmes de déglutition ou les problèmes de peau liés à

l'incontinence. Il s'agit également d'être attentif à des signes physiques comme la perte de poids, la fatigue, la déshydratation, la constipation, l'agitation, la douleur etc. ; et/ou à des signes émotionnels tels que l'ennui la tristesse ou un calme excessif. Ces éléments pouvant contribuer à une détérioration de la capacité fonctionnelle. Selon St Pierre (1998), le déclin fonctionnel est une complication fréquente et les infirmières en pratique avancée ont un rôle fondamental à jouer. Et ce, dans l'ensemble des items de la MIF à travers leurs interventions holistiques. C'est dans une prise en soins complexe de la personne âgée hospitalisée que l'équipe infirmière prend en considération l'IU. Cette réflexion conduit à s'intéresser davantage aux interventions infirmières, guidées par le score de la MIF de l'IU des personnes âgées hospitalisées en service de moyen et long séjours.

Dans la session suivante la question de recherche sera posée ainsi que les objectifs permettant de répondre à celle-ci.

La question de recherche.

Le constat des sections précédentes induit la question de recherche suivante :

Quels sont les éléments associés aux interventions infirmières, chez les personnes ou l'IU a été mise en évidence avec la MIF?

Pour répondre à cette question, la présente étude propose d'établir un état des lieux par la mesure de prévalence de l'IU à l'admission aux HUG sur un site de moyen et long séjour et d'évaluer le niveau d'implication infirmière dans la prise en compte de l'IU. La manière de parvenir à répondre à la question de recherche est déterminée par les objectifs de recherches suivants.

Les objectifs de la recherche.

La finalité de cette recherche est de :

1. Identifier la prévalence de l'IU dans un échantillon aléatoire d'environ cent personnes âgées hospitalisées en gériatrie aux HUG en 2010 ?
2. Décrire les interventions infirmières relatives à l'IU mises en place?
3. Explorer la présence de corrélation entre les préoccupations infirmières et certaines caractéristiques des personnes souffrant de d'IU ?

Le chapitre suivant présentera une analyse des écrits effectués en relation avec le déclin fonctionnel, l'IU et les interventions infirmières. Un accent sera mis sur les études portant sur les programmes d'interventions infirmières relatifs à l'amélioration de l'incontinence et /ou du statut fonctionnel des personnes âgées hospitalisées en unité de longs séjours.

Analyse critique des écrits

La stratégie de recherche

La recherche de mots clés comme descripteurs principaux « MIF », « interventions infirmières » et « personnes âgées » n'a pas donné de résultats, la recherche libre a donc été privilégiée. Rassemblés et traduits en anglais, ces termes : « functional independence measure » (FIM), « nursing intervention », « urinary incontinence » et « aged » permettent de trouver peu d'articles scientifiques dans les bases de données: Pubmed, Cinahl, Cochrane et Health Source : Nursing /Academic Edition. Le résultat de cette recherche a été de deux articles entre 2000 à 2012. Un seul article a été retenu, l'autre ayant un échantillon non spécifique à la population âgée. Le manque d'articles renforce la pertinence de l'étude.

Le suivi de la réflexion de la stratégie de recherche, a considéré que l'IU faisait partie des éléments du déclin fonctionnel de la personne âgée. Mesurée par la MIF, le contrôle de la vessie comme les autres items donnent des renseignements quant au niveau d'atteinte de ces fonctions. Les études scientifiques relatent en suffisance le déclin fonctionnel mesuré par la MIF en réhabilitation (Wallace & Shelkey, 2008), l'IU semble fréquente chez les personnes âgées avant, pendant et après une hospitalisation (Zisberg, Gary, Gur-Yaish, Admi, & Shadmi, 2011), de même que l'importance des interventions infirmières pour maintenir ou améliorer la capacité fonctionnelle de ces personnes (Hoogerduijn, et al., 2007). De plus cette recherche s'intéresse à l'IU des personnes âgées hospitalisées ainsi qu'aux interventions infirmières. Ainsi, le résultat de cette réflexion a conduit à la réalisation de trois recherches additionnelles menées en parallèles. La première avec les mots clés suivants : « functional decline, nursing quality of care, hospital », la suivante avec : « Nursing intervention, aged, et urinary incontinence » et la dernière avec « Nursing intervention, FIM et aged »

La recherche d'écrits a été effectuée entre janvier 2011 et février 2012, elle a été effectuée pour les trois stratégies recherches de manière systématique sur Health Source : Nursing/ Academic, Cinahl, Cochrane et Pubmed.

La recherche dans un premier temps sur Pubmed avec les mots clés « nursing and functional and decline and quality and hospital » a conduit à 48 articles et après lecture des résumés, cinq de ces articles ont été retenus. Puis une recherche systématique des articles similaires aux cinq articles retenus a été entreprise. En définitive, cette conduite a généré un total de 17 articles avec ces premiers mots clés. Pour le second groupe « nursing intervention and aged and urinary incontinence », la recherche a fourni 148 articles au total dont 19 revues selon les critères de Pubmed. La lecture des résumés des revues a été privilégiée. Dix articles ont été conservés et la recherche systématique des articles similaires a relevé 21 articles. Pour le dernier groupe, « FIM and aged and nursing intervention » toujours sur Pubmed, le résultat final en suivant le même processus a été d'un seul article.

Dans la seconde phase de la recherche les trois groupes de termes « nursing and functional and decline and quality and hospital », « nursing intervention and aged and urinary incontinent » et « FIM and aged and nursing intervention » ont été entrés sur la base de données Cinahl en suivant le même processus que précédemment. Le premier groupe de termes n'a donné aucun résultat, le second 10 articles et le troisième un seul. Dans la dernière étape, la recherche a été effectuée sur les deux dernières bases de données Cochrane et Health Source Nursing/Academic. Dans les trois groupes de termes, cités précédemment, le premier groupe n'a fourni aucun résultat, aussi bien dans Cochrane que dans Health Source Nursing/Academic. Sur Cochrane, le second groupe syntaxique a eu comme résultat huit articles dont six ont été retenus. Quant au dernier groupe, qui a proposé quatre articles, après lecture des abrégés, aucun n'a été retenu. Sur Health Source Nursing/Academics seul le second

groupe de termes « nursing intervention and aged and urinary incontinent » a fourni neuf articles dont huit ont été retenus.

Dans l'ensemble des bases de données les articles rejetés l'ont été parce qu'ils s'éloignaient de la recherche ou qu'ils étaient dans une autre langue que l'anglais ou le français ou encore qu'ils étaient communs à plusieurs bases de données.

En définitive, cette conduite multimodale a mené à un total de 56 articles, dont une méta-analyse, une méta-synthèse, 14 revues systématiques, 39 articles et un chapitre de livre. D'autres articles plus anciens trouvés dans les références bibliographiques se sont rajoutés pour compléter cette recension des écrits. L'ensemble de cette documentation a permis d'établir divers thèmes liés aux pratiques infirmières relatés dans les écrits scientifiques, ainsi qu'aux problématiques physiopathologiques de l'IU. Dans les sections suivantes seront présentées les thématiques rencontrées dans les articles, puis les problématiques de l'IU.

Les thématiques retenues dans l'analyse de la littérature

Dans cette section l'IU sera d'abord définie, puis sera abordée sous l'angle de sa physiologie incluant ses différentes formes, ses facteurs favorisants et contraignants pour terminer avec les traitements actuels. Puis, les études relatives aux pratiques infirmières dans le domaine de l'IU seront présentées.

Les problématiques physiopathologiques de l'IU.

Définition.

Dans cette étude la définition de l'IU sera celle de la société internationale qui a défini l'incontinence (Abrams et al., 2002) comme étant toute plainte de perte involontaire d'urine. La perte d'urine, se définissant comme une incapacité de se retenir. Ce sont les signes observables qui permettent la quantification et la qualification du problème. Les auteurs notent égale-

ment que la perte d'urine incontrôlée peut être occasionnée par de multiples facteurs (Dumoulin, Hamers, Ambergen, & Halfens, 2009, Faltin, 2009 ; Haab, 2007)

Les facteurs favorisant l'IU.

Le vieillissement s'accompagne d'effets sur l'ensemble des systèmes et par conséquent sur le système urinaire (Voyer, 2006, 2011). Selon cet auteur, il se traduit au niveau de l'ensemble des organes impliqués donc les reins, la vessie, les sphincters, l'urètre, et le périnée. En premier lieu, ce seraient les reins qui s'atrophient, la quantité de néphrons diminue, réduisant de moitié la filtration glomérulaire, les cellules tubulaires perdent leur élasticité, et la taille des tubulures proximales diminue. Les muscles lisses, les muscles vésicaux et sphinctériens ont un affaiblissement de leur tonus, contribuant à augmenter les risques d'IU. Le périnée perd aussi de son tonus musculaire et l'urètre se réduit tant au niveau de sa lumière que de sa longueur. Il est possible de penser que les connections neurologiques soient plus lentes également. Le détrusor (muscle vésical) est commandé par le cerveau. Ce dernier ordonne au détrusor de se contracter, chaque fois qu'il reçoit une information des neurotransmetteurs, provenant la moelle épinière signalant que le seuil de remplissage de la vessie est atteint. Une fois le signal reçu le détrusor se contracte et les muscles sphinctériens se relâchent permettant la vidange de la vessie par l'urètre. Avec le vieillissement la production nocturne d'urine augmente ainsi que le volume post mictionnel (Voyer, 2011), ce qui entraîne des mictions plus fréquentes. Il arrive aussi que les informations entre la vessie et le cerveau soient plus lentes ou ne passent plus le long de la moelle épinière. Ces situations existent aussi indépendamment du vieillissement, par exemple dans le cas des malformations ou de lésions médullaires ou encore dans d'autres pathologies neurologiques de type AVC, sclérose en plaque, etc (Haab, 2007).

La personne âgée présente souvent des facteurs de risques multiples à l'IU, relatifs à des troubles physiques et/ou psychiques. Ces troubles peuvent être liés, à un état poly patho-

logique (obésité morbide, diabète...) et/ou aux effets secondaires des traitements (diurétiques, psychotropes, etc.) donnés durant leur hospitalisation (ANAES, 2003). L'hospitalisation en elle-même est un facteur majeur de risque de péjoration ou d'apparition d'IU, car avec elle, le risque d'alitement prolongé et de dépendance s'accroît, souvent en lien avec une altération de la mobilité. Toutefois certains facteurs de l'IU sont réversibles et l'élimination de la cause entraîne une amélioration de l'IU (Voyer 2006), d'où l'importance du rôle infirmier. De par sa proximité avec le patient et ses compétences, l'infirmière est bien placée pour dépister, informer et éduquer sur le thème de l'IU (Haslam, 2004; Hoogerduijn, et al., 2007). En utilisant leur situation, elles peuvent travailler à l'amélioration de la continence et peuvent ainsi freiner l'institutionnalisation des personnes pour cause d'incontinence. La prévalence en Suisse selon Saxer, Halfens, Bie & Dassen, (2008) se situe entre 45% et 77% selon les institutions. Ces chiffres ne sont pas trop éloignés de ceux de Dubeau, Simon & Morris (2006) dont l'étude montrait une prévalence à 65% dans les institutions de long séjours aux USA. Dans leur rôle propre, elles sont appelées à mettre en place les premières interventions et à informer le médecin pour un examen clinique approfondi incluant la composante physique (abdominal, génital, pelvien et test d'effort), la composante médicamenteuse et la mesure du résidu mictionnel. Une fois l'évaluation et l'examen effectués, il est possible de diagnostiquer le type d'IU et de proposer des interventions et/ou traitements spécifiques.

Les différents types d'IU

La nomenclature distingue cinq types d'IU, dont quatre pouvant être aiguës ou chroniques (Voyer 2007): l'IU de rengorgement, l'IU mixte, l'IU par impériosité, l'IU à l'effort, l'IU fonctionnelle ainsi que l'IU réflexe associée à des troubles neurologiques.

L'incontinence aiguë est soudaine, associée à un problème de santé (...) Dans la plupart des cas, elle disparaît avec la résolution du problème primaire. Quant à l'incontinence chronique, elle peut apparaître soudainement lors d'une maladie aiguë ou de manière insidieuse. Son étiologie est physiologique, (...) sauf pour

l'incontinence fonctionnelle provoquée par des facteurs externes au système urinaire (p. 207).

L'IU d'effort se caractérise par une fuite involontaire d'urine pendant une activité physique ou toutes situations occasionnant une élévation de la pression intraabdominale comme la toux, le rire ou le fait de soulever une lourde charge. La perte d'urine se produit sans que la vessie soit pleine, sans contraction de celle-ci et sans besoin préalable d'uriner. Ce phénomène est dû à un dysfonctionnement de la fermeture du canal de l'urètre (Haab, 2007; Voyer, 2006). Elle représente 50% des IU (The canadian continence foundation, 2007). C'est l'IU la plus souvent associée aux atteintes dites du post-partum.

L'IU d'urgence est un besoin mictionnel soudain, urgent, irrésistible et incontrôlable. Cette incontinence est associée à une hyperactivité du détrusor. C'est à dire que la vessie se contracte indépendamment du processus de remplissage de celle-ci. L'IU mixte est l'association chez la même personne de l'IU d'effort et l'IU d'urgence.

L'IU de rengorgement se manifeste par une perte d'urine incontrôlée au goutte à goutte avec une sensation de vessie pleine même après la miction. Cette forme d'IU est plus fréquente dans la population masculine, car le plus souvent causée par une hypertrophie prostatique.

L'IU fonctionnelle, se traduit par l'impossibilité de se rendre aux toilettes en raison d'une détérioration cognitive et/ou motrice sans forcément d'atteinte du système urinaire lui-même (Registered nurses' association of Ontario, 2005). L'IU fonctionnelle semble importante en institution car liée à la forte prévalence de la perte d'autonomie rencontrée en ces lieux (Voyer, 2006).

L'incontinence réflexe, est liée aux lésions du cerveau ou de la moelle épinière, c'est le cas des personnes ayant eu des accidents vasculaires cérébraux, des blessés médullaires, des personnes vivant une maladie dégénérative comme la sclérose en plaque ou encore ayant une malformation congénitale (Haab, 2007).

La connaissance de ces différents types d'IU est essentielle à une prise en soin adéquate par l'équipe soignante, ainsi qu'à une meilleure information sur les traitements actuels, sachant que 81% des IU sont réversibles (Roe et al., 2011).

Les traitements actuels.

A ce jour, il est globalement proposé quatre types d'interventions : comportementale rééducative, pharmacologique et chirurgicale, pour faire face à l'ensemble des IU (Haab, 2007; Vaughan, Goode, Burgio, & Markland, 2011; Voyer, 2006).

Le diagnostic précis du type d'IU est extrêmement important afin de proposer le traitement adéquat. Il est souvent recommandé de débiter par les traitements non médicamenteux, comme la modification des habitudes de vie ainsi que le renforcement musculaire péri-neo-sphintérien pour l'IU d'urgence et/ou d'effort.

La modification des habitudes de vie passe par un changement d'alimentation et une certaine discipline mictionnelle. Au niveau de la modification alimentaire, il s'agira d'avoir un apport d'hydrique de deux litres par jour, tout en évitant certaines boissons comme : le café, le thé, les boissons gazeuses, alcoolisées et tous liquides susceptibles d'irriter la vessie. (The canadian continence foundation, 2007; Voyer, 2006). D'autre part, cet apport liquidien diurne aura pour effet une augmentation de la diurèse, favorisant l'établissement d'un programme de déclenchement mictionnel.

La discipline mictionnelle ou la miction programmée fait partie des traitements comportementaux. Il s'agit, à l'aide d'un calendrier mictionnel préétabli de calculer la fréquence mictionnelle permettant de ne pas atteindre la capacité vésicale maximum provoquant la miction. De plus, certaines personnes devront par exemple changer d'activité sportive, c'est le cas pour les femmes qui ont une incontinence d'effort ou mixte. Le changement de style de

vie ainsi qu'une thérapie comportementale avec ou sans un traitement médicamenteux réduit les symptômes de l'IU (Loh & Sivalingam, 2006).

Dans sa revue systématique, qui comprend 82 références dont cinq revues systématiques, Roe et al, (2011) fait la description d'études de 1996 à 2007 s'étant intéressées à l'IU des personnes âgées en institution. Les auteurs affirment que les études de promotion de la continence avec des programmes d'accompagnement aux toilettes sont les plus efficaces pour la prévention et le maintien de la continence en institution et leur valeur économique est garanti. Il est cependant difficile de mettre en place de telles pratiques même exemplaires sans un soutien adéquat au niveau institutionnel (Registered nurses' association of Ontario, 2005) Il est possible d'accompagner ces comportements de rééducation de la vessie par une musculation du plancher pelvien.

La rééducation du plancher pelvien, vise à renforcer la paroi musculaire qui supporte les organes internes et donc l'appareil urinaire également, notamment quand la personne est debout. Le programme de renforcement doit durer au moins douze à seize semaines avant de produire ses premiers effets. Ce travail musculaire peut se faire seul, en contractant les muscles du plancher pelvien ou, avec l'aide d'un professionnel. Ce dernier peut proposer différents moyens selon le sexe, le type d'IU, la présence ou non de sensations au niveau des muscles pelvo-sphinctériens, etc... (ANAES, 2003; CUA, 2005; Voyer, 2006), (appendice 6).

Après échec des traitements non médicamenteux et une analyse des causes de l'échec, les traitements médicamenteux peuvent être proposés et en dernier recours les traitements chirurgicaux (CUA, 2005; Haab, 2007).

Bien entendu, il existe des cas où plusieurs approches simultanées peuvent avoir lieu. Quelque soit la situation et le stade de l'IU, il reste important de discuter de la situation avec la personne. Les infirmières apparaissent bien placées pour mener ces premières interventions

et être à même de fournir des informations précieuses. Et un survol de la richesse de la littérature sur les guides de pratiques exemplaires est indispensable.

Les nombreux guideline infirmiers et médicaux, nationaux et internationaux soulignent l'importance de la motivation de la personne (ANAES, 2003; Registered nurses' association of Ontario, 2005). Comme il a été précisé antérieurement l'IU est négligée par les soignants et souvent cachée par les personnes qui en souffrent. Il semble essentiel d'oser parler de ce symptôme, rechercher les besoins de la personne, l'informer de l'existence des différentes solutions. Concernant particulièrement l'IU des personnes âgées de nombreux guides, européens, américains et canadiens proposent les meilleures pratiques médicales et infirmières pour cette population. Ils sont à l'évidence à adapter à chaque institution et préconisent la présence des professionnels tels que des infirmières spécialistes en incontinence (Haab, 2007). Dans leur article paru en 2010 Abrams et al., ont proposé des recommandations au comité scientifique de la quatrième consultation internationale sur l'incontinence. Le schéma ici dessous est le cheminement méthodologique qu'ils proposent pour la prise en charge de la personne âgée fragilisée. A la base de la Figure 2, on observe que l'infirmière est bien placée pour effectuer le pré diagnostic avant de se référer à l'infirmière spécialiste.

Dans leur travail sur le guide d'évaluation thérapeutique de l'IU après une crise cardiaque, Herr-Wilbert et al (2010) (Figure 3) ont établi un protocole de suivi multidisciplinaire de l'IU. (Voir schéma ici dessous) Ce protocole montre le travail multidisciplinaire ainsi que l'infirmière comme garante du processus de soins de l'IU. Les différents guidelines reprennent les différentes étapes de ces deux schémas qui sont : (1) l'identification de l'IU, (2) l'évaluation de celle-ci à travers son historique, tout en éliminant les facteurs qui n'appartiennent pas à l'incontinence, comme la situation aiguë, les médicaments ou l'infection, (3) la définition du profil du type d'incontinence, (4a) l'information à la personne, (4b) la mise en place d'un processus d'intervention, (4c) l'éducation, (5) l'évaluation, (6) la réadaptation au besoin.

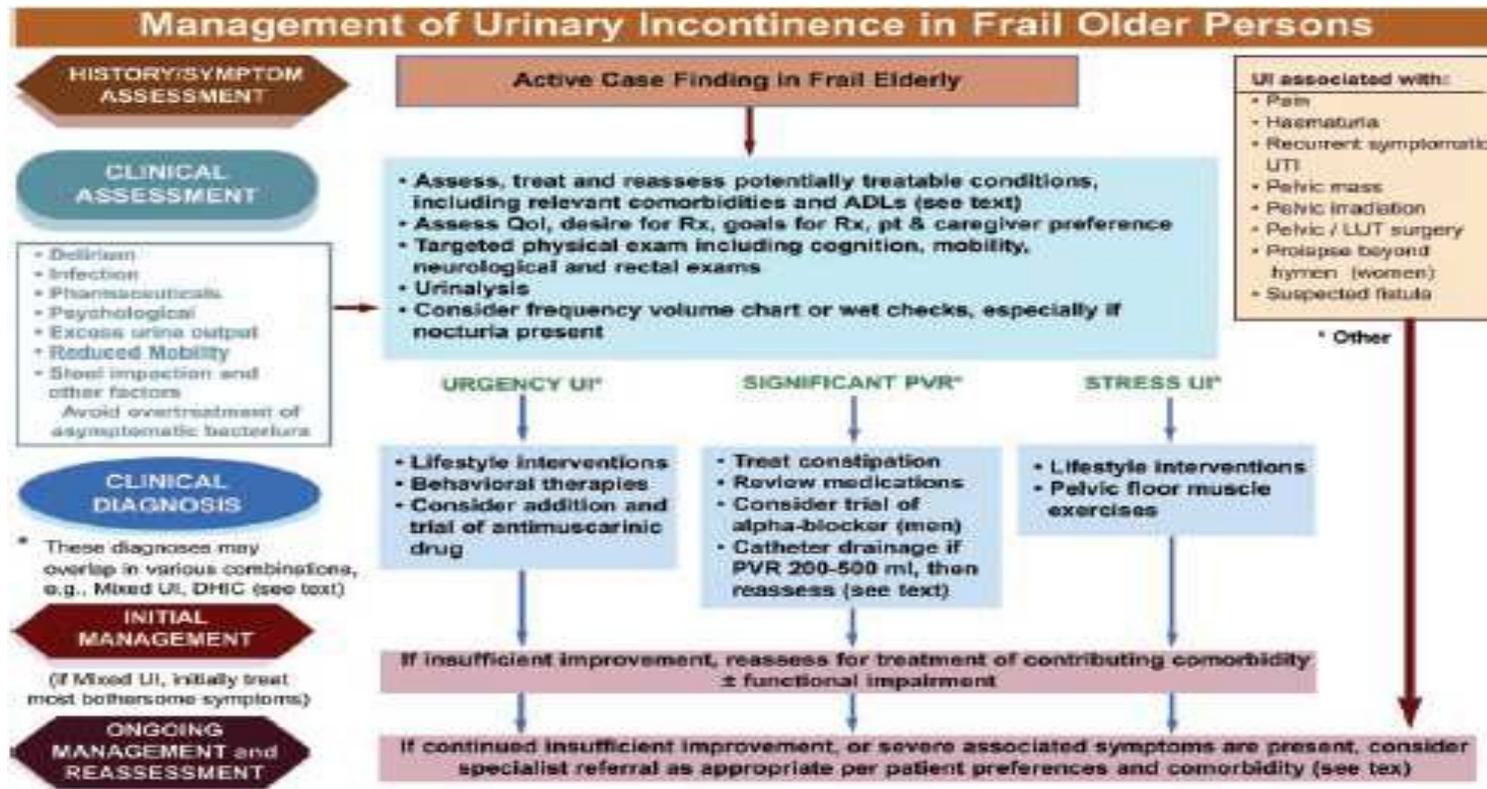


Fig 11. Management of urinary incontinence in frail older persons.

Figure 2: La prise en charge de l'IU chez les PA fragiles selon Abrams et al. (2010)

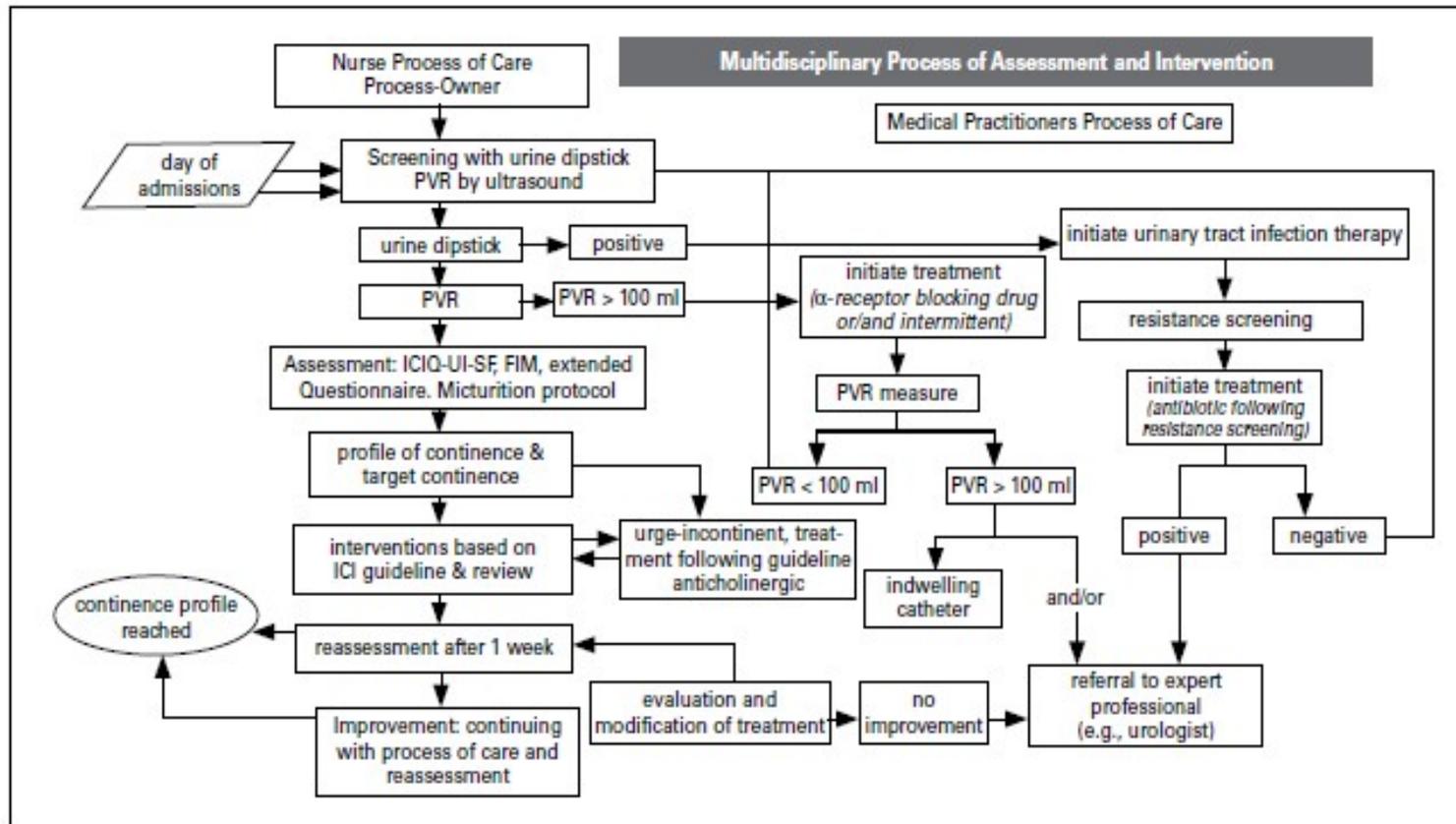


Figure 3: La prise en charge de l'IU chez les PA fragiles selon Abrams et al. (2010)

En conclusion les guidelines qui existent n'ont pas encore permis à la pratique de mesurer la réalité de l'impact de l'IU ni sur la personne ni sur l'offre de soins institutionnelle. Dans la section suivante il s'agira de situer la pratique infirmière au travers des divers écrits.

Le contexte de la pratique infirmière dans la prise en charge de l'IU

L'IU, est une thématique longtemps exclue des diagnostics (Gogniat, Séraphin, De Rosso, Herrman, 2011 ; La société suisse d'aide aux personnes incontinentes, 2011 ; Lawhorne, 2008). Traitée depuis quelques années, elle est considérée aujourd'hui comme un problème de santé publique (Dowling-Castronovo & Specht, 2009; Feki, et al., 2007; The canadian continence foundation, 2007), tant pour ses coûts que pour ses conséquences, alors même que sa prise en charge semble peu complexe (Colling, Newman, McCormick, & Pearson, 1993; Gibbs, Johnson, & Ouslander, 2007; Roe, et al., 2011).

Les pratiques infirmières probantes : les obstacles

Les recherches constatent 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, et al., 2007; C. Dumoulin, Korner-Bitensky, N., Tannenbaum, C., 2007; Hancock, et al., 1996). Certaines considèrent que c'est un phénomène normal lié à la vieillesse (Haslam, 2004). Bien que l'on puisse penser que d'autres pathologies du vieillissement sont plus importantes que ce symptôme, il n'en est pas moins que l'IU a de sérieuses conséquences sur la santé des personnes âgées (Broome, 2003; Dingwall, 2008). Ces conséquences ont été démontrées tant au niveau de la dépression, qu'au niveau du déclin fonctionnel (Dumoulin et al, 2009 ; Faltin, 2009 ; Farage et al, 2008 , Jung et al 2006, Vaughan, et al, 2011) ; sans oublier que c'est l'une des premières causes d'institutionnalisations des personnes âgées (Cassells & Watt, 2003), et que son coût

en 2000 serait supérieur à celui du cancer sein. Cependant peu de médecins et infirmières s'intéressent à ce symptôme (Wagg, 2008). Pour Haab (2007), les infirmières et les médecins devraient avoir étudié l'incontinence dans leur programme de formation initiale et post grade. De plus des infirmières spécialistes en incontinence doivent être formées. Cette formation existe dans peu de pays en Europe. Pour de nombreux auteurs, les infirmières ont un rôle important à jouer dans le maintien fonctionnel des personnes âgées en institution. (Albers-Heitner, Berghmans, Joore ; Lagro-Janssen, Severens, Nieman et al 2012); Palmer, 2008; Saxer 2008; St Pierre, 1998). Elles se trouvent à une place privilégiée pour promouvoir le statut fonctionnel de la personne âgée et donc promouvoir la continence, dépister l'incontinence, mener des interventions primaires, secondaires et tertiaires pour la continence, et ainsi promouvoir la qualité de vie des personnes âgées en institution comme le montre la recherche.

La pratique infirmière probante : Les besoins

Bien qu'il existe de nombreuses échelles d'évaluation de l'IU (Deruelle et al., 2003), dans la pratique quotidienne infirmière, elles sont peu utilisées. La mesure de l'IU est alors souvent intégrée dans les outils mis à disposition pour évaluer le handicap et/ou la perte d'autonomie afin de prodiguer les soins les plus adaptés. Parmi ces outils, que ce soit l'indice de Barthel, la MIF, le « Resident Assessment Instrument (RAI) » ou « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », souvent comparés dans la littérature (Glenny & Stolee 2009 ; Hoogerduijn et al , 2007), l'IU reste vue comme une variable parmi d'autres. La littérature scientifique est pauvre en recherche spécifique sur l'IU liée chez la personne âgée en long séjour utilisant des instruments de mesure de la dépendance ou de la capacité fonctionnelle. La continence urinaire ou l'IU sont fortement liées aux capacités fonctionnelles physiques et psychiques de la personne.

Dans leur revue systématique, qui compte dix études dont deux revues de la littérature et huit études de cohortes, Hoogerduijn et al, (2007), cherchent à déterminer le meilleur instrument de prédiction de la détérioration du déclin fonctionnel et en prônent l'utilisation pour les personnes âgées hospitalisées. Non seulement des instruments doivent permettre d'observer un déclin potentiel mais ils se doivent aussi d'avoir une utilité clinique pour les infirmières. La mesure de l'activité de la vie quotidienne (AVQ) apparaît selon Wallace et al (2008) le déterminant majeure pour permettre aux infirmières de détecter l'autonomie fonctionnel des personnes. King (2006) ajoute que les infirmières ont un rôle décisif dans la prévention du déclin fonctionnel . La pratique infirmière comprenant des protocoles et des modèles en soins infirmiers accroît les connaissances infirmières et réduit le déclin fonctionnel. Pour Graf (2006), les programmes de prévention du déclin fonctionnel doivent être mis en place comme des standards. En intégrant les programmes de maintien fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne tel que la marche, la toilette, l'habillage, les repas, les déplacements et la continence, les infirmières contribuent à réduire le déclin fonctionnel (Bachmann et al., 2010; King, 2006; Padula, Hughes, & Baumhover, 2009). Pour cela les infirmières doivent être formées et leur charge de travail revue pour le permettre (Kelley & Abraham, 2007; Mueller & Cain, 2002; Sampsel, 2003; Tannenbaum, et al., 2005).

La pratique infirmière exemplaire spécifique à l'IU

Plusieurs études (Ganz et al, 2010, Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010 ; Albers-Heitnera et al, 2012 ; thomas et al 2005) ; démontrent l'efficacité de la pratique infirmière sur la prévention de l'IU. Dans leur méta-analyse, Thomas et al (2005) comparent différentes méthodes de prévention et de traitement de l'IU après un AVC chez d'adulte. L'auteur a recherché dans Cochrane et Cinahl les essais comparatifs randomisés ou quasi randomisés évaluant les effets des interventions ayant pour but de promouvoir la continence.

L'ensemble des sept études retenues totalise un échantillon de près de 400 personnes. Il conclut que l'apport de l'évaluation des professionnels spécialisés serait à même de réduire l'IU. La confirmation de cette hypothèse se voit également démontrée dans l'étude d'Herr-Wilbert et al. (2010) dans un programme inter disciplinaire où l'infirmière pose le diagnostic primaire. Dans cette étude des infirmières reçoivent une formation sur l'IU. Ces compétences supplémentaires leur permettent d'évaluer et de diagnostiquer suivant un processus structuré, où les tâches de chacun sont définies au départ. La formation a été démontrée comme un facteur qui améliore la prise en soins de l'IU. Dans une autre étude comprenant 200 patients avec un groupe contrôle et un groupe d'intervention, Ganz et al, (2010) ont mis en parallèle les soins des infirmières de praticiennes 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, basée sur trois indicateur de la qualité de vie de personnes âgées vulnérables. Il a été constaté que les interventions des praticiennes expertes améliorent la qualité et les résultats des soins au niveau des différentes problématiques comparées, dans une pratique académique. Pour finir, dans quatre régions d'Allemagne, Albers-Heibners et al, (2012) ont comparé les coûts engendrés par l'IU entre mai 2005 et mars 2008 entre la prise en soins faite par les médecins généralistes ou par les infirmières spécialisées en incontinence. L'étude a concerné 350 personnes dont 175 dans chaque groupe. Les six infirmières spécialistes avaient reçu une formation spéciale afin de pouvoir pratiquer les interventions spécifiques à cette étude. Une fois que les médecins avaient diagnostiqué l'IU, les personnes étaient orientées de manière aléatoire dans les deux groupes. Coté infirmiers, il était demandé aux personnes de compléter une grille mictionnelle, des conseils sur les meilleures habitudes des vie étaient dispensés, les informations sur le fait de pouvoir améliorer la capacité vésicale en allant à des heures régulières aux toilettes ou pour faire des exercices pour muscler le plancher pelvien, ou encore le choix des protections étaient données. Les

personnes ont eu cinq à sept visites infirmières les trois premiers mois, suivies d'une consultation infirmière le 6ème et 12ème mois. Les auteurs ont démontré avec cette étude que le travail des infirmières spécialisées était le plus efficace et le moins coûteux pour la société, par rapport à la prise en soins habituelle des médecins généralistes.

En conclusion les recherches confirment que, de par leurs connaissances et leur position dans le système de santé, les infirmières sont qualitativement et économiquement à même s'occuper de la problématique de l'IU. Plus proches de la population soignée et plus présentes dans les unités de soins, elles peuvent plus aisément mener des actions de santé primaires, secondaires et tertiaires. Dans la vision holistique, propre à la profession, l'infirmière joue un rôle primordial dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes incontinentes. Formées plus amplement sur la détection, le diagnostic et le traitement de l'IU, elles sont capables d'intégrer ces nouvelles compétences et de mettre en place des protocoles de routine dans leur pratique quotidienne. Et se référant aux guides, institutionnels, nationaux et internationaux, elles peuvent lutter contre l'IU à l'aide des méthodes comportementales et de musculation du plancher pelvien en premier lieu. Bien que cette démarche puisse être interdisciplinaire, l'infirmière ne peut pas en être exclue, et elle peut aussi travailler de manière autonome si cette option lui est donnée. Il serait utile de prendre conscience qu'améliorer la connaissance de l'infirmière à ce sujet serait un atout économique et social (Haab, 2007).

La prochaine section exposera la présentation du cadre de référence qui soutiendra la présente recherche en permettant le report des connaissances dans la pratique.

Cadre de référence

Dans ce chapitre, le concept central d'autonomie fonctionnelle sera analysé théoriquement au regard de la problématique étudiée soit l'IU. Puis il sera analysé sous l'angle de la perspective infirmière en établissant le lien avec le métaparadigme infirmier explicité par Fawcett (1984). Ce métaparadigme repose sur les quatre concepts clés qui sont : la personne, la santé, le soin et l'environnement. Ainsi, le concept d'autonomie fonctionnelle sera retenu afin de définir l'indépendance fonctionnelle mesurée par la MIF.

Le concept de l'autonomie fonctionnelle

Dans le domaine de la santé, l'autonomie fonctionnelle fait référence aux capacités de la personne à accomplir les AVQ. Il s'agit alors de la capacité physique et psychique compte tenu des difficultés, notamment celles dues à l'âge. Ellenberger (1987) définit la perte d'autonomie fonctionnelle comme étant le niveau d'incapacité à accomplir tout ou partie des AVQ. Cette perte peut être due à une diminution des forces physiques, psychiques, ainsi qu'à la baisse des capacités sensorielles et à celles de la mémoire à court ou long terme. Pour l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, Hébert (1982) indique que «la mesure de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées exige, en plus de l'évaluation de ses capacités, une évaluation des ressources dont elles disposent». Il apparaît important d'évaluer les limites de la personne tout en prenant en compte son environnement physique, affectif et social, du fait que les individus vivent en société et que cette dernière a un impact plus ou moins grand sur leur vie. Ici, l'aspect des ressources ne sera que partiellement pris en compte avec le modèle de l'OMS et de l'instrument choisi.

La présentation du modèle de l'OMS

Selon l'OMS, le handicap se doit d'être considéré sous différents angles : médical, social et environnemental. En 2001, l'OMS établit la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) (Centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations, 2006), qui est un cadre conceptuel dans lequel, l'altération de l'autonomie fonctionnelle est considérée comme la mesure d'incapacité donc du handicap. Dans ce cadre, la CIF considère que le handicap est un phénomène complexe qui inclut des caractéristiques de la personne et de son environnement.

La CIF intègre l'expérience vécue du handicap et le reconnaît comme une expérience humaine universelle. En mettant l'accent sur les conséquences, elle place toutes les situations de santé sur un pied d'égalité en offrant la possibilité de les comparer à l'aide d'une échelle commune : celle de la santé et du handicap (WHO, 2002, p. 3, traduction libre)

Cette perception permet de considérer une incontinence comme pouvant être aussi handicapante qu'une maladie cardiaque. La CIF offre une perspective d'analyse de la personne sur trois dimensions. 1) la dimension personnelle : en termes de recherche de connaissance du niveau fonctionnel de la personne. 2) La dimension institutionnelle : en termes de services de santé manquants pour les besoins des populations, par exemple. 3) La dimension sociale : en termes de besoins des personnes ayant des déficiences pour participer aux activités sociales.

Les concepts de la CIF : fonctionnement et handicap

Dans le modèle CIF, l'incapacité est définie comme la résultante de l'interaction entre l'état de santé, les facteurs personnels et environnementaux. L'environnement, par son caractère social et bien qu'extérieur à la personne, influence cette dernière sur le vécu de son handicap. Dans le cas de l'IU la personne peut avoir honte et donc avoir des difficultés à en par-

ler. L'environnement reste lié à la perception que la personne a de son handicap selon sa capacité d'adaptation, son éducation, ses croyances et son milieu de vie. Dans ce modèle, on distingue trois niveaux de fonctionnement humain : d'abord le fonctionnement corporel, qui est à la fois structurel (anatomie) et fonctionnel (physiologie) ; puis l'activité, qui est présentée comme la capacité d'exécution des tâches ou des actions ; et enfin la participation, qui est l'implication de la personne dans les situations de la vie. Dans le schéma qui suit, ces concepts sont illustrés. On constate que le fonctionnement et le handicap sont des termes génériques. Le premier concerne les fonctions organiques, les activités de la personne et sa participation au sein de la société. Quant au handicap, il désigne les déficiences, les limitations d'activités ainsi que les restrictions de participation de la personne.



Figure 4: Le cadre de l'OMS: Classification Internationale du Fonctionnement

Les concepts infirmiers : Adaptation du modèle au métaparadigme.

Cette vision de l'autonomie se veut une vision transculturelle de la santé, de l'environnement et de la personne, dans la mesure où l'OMS est une instance internationale. Ce modèle est adaptable à toute personne quels que soient ses problèmes de santé, son âge, sa culture et son environnement. Ces mêmes éléments : la santé, l'environnement et la per-

sonne unique, considérés dans cette classification internationale, font partie intégrante du métaparadigme infirmier, selon Fawcett (1984). En effet, les concepts centraux de santé, d'environnement, de la personne et du soin, tels que définis par cet auteur, sont le centre d'intérêt de la discipline infirmière. Dans le tableau qui suit, les liens entre les concepts selon la CIF de l'OMS et selon Fawcett (1984) sont explicités et leurs liens avec la recherche identifiés

Concepts	Selon l'OMS / CIF	Selon Fawcett (1984)	En lien avec la présente recherche
Santé	Etat de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ² .	Etat relatif de l'être, qui comprend le bien-être et la maladie.	Absence de détérioration précoce de l'état fonctionnel, absence d'incontinence
Environnement	Ensemble contextuel dans lequel vit la personne (par exemple le contexte social, politique, les caractéristiques architecturales, les structures juridiques, le climat, le terrain, etc. (traduction libre)	Totalité des conditions et des circonstances qui ont une influence sur l'existence de l'individu. Se présente sous divers aspects : physique, psychologique, social, spirituel, culturel, historique, politique et économique.	Milieu hospitalier dans lequel se trouvent la personne âgée et son entourage.
Personne	Individu caractérisé par le sexe, l'âge, le degré d'adaptation, l'origine sociale, le niveau d'étude, la profession, le vécu, le comportement, le caractère et d'autres facteurs qui influent sur la façon dont la personne vit ce qu'elle est.	Qui intègre les concepts de l'individu, de la famille, du groupe et de la communauté. Etre unique ayant des besoins complexes biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels.	Personne âgée dans toutes les dimensions de son vécu ainsi que sa projection dans l'avenir.

Tableau 1 Les liens entre les concepts de la CIF, l'OMS et Fawcett

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/fr/> consulté le 26/01/2011

Soins	<p>(O'Définition OMS 1973, réactualisée en 2002) « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent.</p> <p>Cela exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort.</p> <p>Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination.</p> <p>Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé ».</p>	Le soin concerne les actions infirmières et l'évaluation de la démarche de soins	Le soin consiste à aider la personne âgée à garder un bon potentiel physique en sollicitant sa participation active, en l'encourageant à la continence et en évaluant la démarche, l'adaptant à la personne afin de trouver le bien-être de celle-ci
-------	---	--	--

Suite tableau 1 Les liens entre les concepts de la CIF, l'OMS et Fawcett

Ainsi la discipline infirmière s'intéresse à la personne en tant qu'individu, famille, groupe ou communauté qui, en interaction avec sa santé et son environnement, vit des expériences de santé au travers des soins. La santé est en lien direct avec l'autonomie fonctionnelle. Le soin permet de favoriser la santé de la personne en tenant compte de sa possibilité à participer ou non aux activités en lien avec ses fonctions et structures corporelles. L'environnement correspond à la société, aux politiques sociales en vigueur, au système de santé, au regard porté sur ce groupe de personnes, au milieu hospitalier et aux interventions menées.

Le cadre de référence choisi

Le concept central de l'étude concerne l'autonomie fonctionnelle dans la perspective de l'indépendance fonctionnelle des personnes âgées hospitalisées en attente de placement et en suite de soins mesurée par la MIF. Ce concept sera articulé autour du cadre de référence de la CIF développé et préconisé par l'OMS. Ce cadre s'utilise au niveau de la santé individuelle, en tenant compte de la personne, de sa santé, de son environnement et de ses besoins de soins de même que des politiques de santé, de l'analyse économique et sociale relative à la santé. Ce cadre a été utilisé au niveau de la recherche, et ce dans de nombreux pays tels que les USA, le Canada, le Japon, la France, etc. (Hébert, 2005). Pourquoi l'utiliser dans cette recherche ?

Le modèle choisi, bien que n'étant pas inventorié parmi les modèles de soins infirmiers tel qu'explicité précédemment, reste ancré dans le métaparadigme infirmier selon Fawcett (1984) et peut être considéré comme appartenant au paradigme de l'intégration du fait de sa dimension biopsychosociale et environnementale ainsi que de l'importance qu'il accorde à l'expérience vécue. L'infirmière aidera la personne selon l'évaluation qu'elle aura faite et en

fonction des objectifs qu'ensemble elles auront mis en place. «Elle devient alors une experte-conseil qui aide la personne à choisir les comportements relatifs à la santé les mieux adaptés à un fonctionnement personnel... » (Pepin, Kerouac, Ducharme, 2010). Le cadre de la CIF (WHO, 2002) permet de guider directement la pratique et peut orienter les interventions infirmières. C'est pour cela qu'il est choisi comme cadre de référence. La CIF présente l'avantage de pouvoir s'appliquer à toutes les personnes. Son utilisation dans cette recherche infirmière permet d'accroître les modes de savoir (Carper, 1978, Chinn & Kramer, 2008). En effet Carper (1978) a décelé quatre modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier : empirique, éthique, esthétique et personnel. Chinn et al., (2008) émancipatoire

Le mode de savoir émancipatoire, à travers ce cadre choisi, s'axe davantage sur la promotion de la santé, la politique de santé, les conditions sociales et économiques des personnes. Une meilleure connaissance de l'environnement socio sanitaire permet d'accroître le savoir émancipatoire ainsi qu'une meilleure collaboration interdisciplinaire. Au niveau du savoir éthique, l'infirmière considère et respecte les perceptions, les valeurs morales et culturelles de la personne prise en soins ainsi que ses choix individuels, même si elle ne les adopterait pas pour elle-même. Quant au savoir empirique, il s'agira pour l'infirmière de se baser sur des connaissances scientifiques c'est-à-dire des connaissances pouvant être observables, vérifiables transférables ou prédictibles et tendant à être généralisables. Elle usera dans sa pratique les données probantes les plus récentes. Le savoir esthétique est aussi concerné dans ce cadre car l'infirmière devra sentir quand, comment et par quels moyens elle peut stimuler la personne âgée ou non. Ce savoir dépendra de sa sensibilité, de sa créativité et de la personne qu'elle aura devant elle. Finalement, le savoir personnel concerne le fait qu'il existe un engagement personnel de l'infirmière et celui-ci doit mobiliser son savoir empirique, son vécu professionnel et peut-être même personnel. Ainsi il sera capable de s'adapter aux différentes situations qui se présenteront grâce à son savoir-être en situation, elle cherchera

«toutes les informations pertinentes à l'analyse globale de la situation de manière à déterminer comment, quand et où théorie et recherche peuvent contribuer à atteindre le point optimal des objectifs de soins » (Pépin et al, 2010, p.18). Grâce aux savoirs infirmiers nécessaires au développement de la discipline selon Pepin, Kerouac, Ducharme, (2010), la singularité, de la profession peut être démontrée lors de l'utilisation d'un tel modèle. Ainsi que l'affirment Donalson et Crowley, (1978), une discipline se caractérise par une perspective unique et une façon distincte de regarder les phénomènes qui définissent les limites et la nature de son champ d'action. Pour ces auteurs, l'ancrage dans la discipline doit s'intéresser aux thèmes limitants et frontières de la discipline : les principes et lois gouvernant le processus de vie, le bien être ainsi le fonctionnement optimal de l'être humain, l'interaction des personnes avec leur environnement dans les situations de vie critique, et les processus par lesquels les changements positifs de l'état de santé peuvent être apportés.

Le méthaparadigme selon Fawcett (1978), les modes de savoir infirmiers de Carper (1978) et de Chinn et al, (2008) ainsi que les limites et frontières de Donalson et al, offrent un ancrage disciplinaire pertinent au cadre de la CIF.

En bref, le cadre de la CIF présente un certain nombre d'avantages pour le rôle autonome infirmier, car il conduit à une pratique avancée en rapport avec ce rôle. Les savoirs mentionnés seront davantage intégrés dans l'instrument choisi qui sera présenté plus tard. L'infirmière qui base sa pratique professionnelle sur ce cadre, vise également des soins infirmiers culturellement cohérents avec les valeurs, les 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.

Par ailleurs, il existe différents instruments pour mesurer ou prévoir le déclin fonctionnel ou la perte d'autonomie. Cependant, selon Oasi, Mamn, Baghéri, Folio et Belmin (2008), ils ne semblent pas tous satisfaire aux critères d'adéquation de qualité requis qui sont : la pertinence, la sensibilité et la spécificité. Selon De Saint-Hubert, Tamart, Boland, Swine, Cornette (2010), les instruments de capacité / incapacité fonctionnelle sont difficiles à comparer du fait de leur hétérogénéité. De plus, ils semblent ne pas donner pleinement satisfaction, d'où leur nombre. Pour cette raison, l'outil choisi est fondé sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicap (CIDIH) de l'OMS de 1980, selon Buia, Carlier, Belkacemi (1995), ainsi que sur une vision fonctionnelle du handicap qui donnera plus tard la CIF. Mais encore, il est en cours d'utilisation dans le département de réhabilitation et de gériatrie des HUG. La MIF sera présentée plus tard dans la méthodologie.

Méthodologie

La description de la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude sera présentée dans cette section. Le devis, la population ainsi que l'échantillon et le rappel de la question de recherche, à l'étude seront énoncés. Ensuite, viendra la description de l'instrument de mesure choisi. Le déroulement de l'étude sera exposé et, pour terminer le plan d'analyse et les considérations éthiques.

Le devis de recherche : justification

Basée sur l'utilisation de la MIF, cette étude permet la mesure la prévalence de l'IU puis l'estimation de la conformité d'interventions infirmières relatives à l'IU face à trois composantes : le diagnostic infirmier, la prescription infirmière et l'intervention infirmière. Elle vise aussi à explorer s'il existe des relations entre l'IU et certaines caractéristiques reliées à l'admission dans les unités de gériatrie de long séjour aux HUG.

Cette étude est de nature quantitative, transversale, descriptive, corrélationnelle et rétrospective sur dossier. Elle explore et décrit les relations entre les différentes variables : le motif de l'hospitalisation, la présence d'incontinence à la MIF d'entrée, le score MIF général d'entrée, les interventions infirmières et le type de ces interventions, la préoccupation infirmière globale. Selon Fortin (2010) « l'étude descriptive corrélationnelle sert à explorer des relations entre les variables dans une situation actuelle ou antérieure (...). », (p.296). Et l'étude descriptive transversale a pour objectif de décrire la fréquence des événements à un moment donné. Ce devis est tout à fait indiqué pour cette recherche rétrospective.

La présente étude est effectuée sur l'ensemble de l'année 2010, sur les dossiers de patients de plus de 65 ans ayant été hospitalisés durant cette année.

La population et l'échantillon de l'étude.

Dans cette section la population, l'échantillon, la taille et la méthode ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion seront définis. La population de référence est l'ensemble des personnes de 65 ans et plus, hospitalisées aux HUG dans le service de soins continus du DRG entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2010 et enregistrées dans le DPI. La population accessible est composée d'environ 620 personnes. Ce service a intégré la MIF comme outil d'évaluation dans l'ensemble de ses unités en 2009 après l'avoir testée dans des unités pilotes. La collecte des données de la MIF et les interventions infirmières ont donc été réalisées sur l'ensemble de la population de ce site mais l'étude est effectuée sur un échantillon.

L'échantillon : Taille

La taille d'échantillon, a été établie sur la base de l'analyse de puissance afin d'avoir une taille échantillon représentative compte-tenu de l'hétérogénéité de cette population (Fortin, 2010) selon les des paramètres de références. Une moyenne de la MIF issue de la littérature récente (Whiting, Shen, Hung, Cordato, & Chan, 2011) pour des échantillons gériatriques en réadaptation a été établie à 85.2 avec un écart type de 32.2, une déviation de la moyenne de moins de 10% dans l'échantillon a été préférée, ainsi qu'une hypothèse bidirectionnelle privilégiée : c'est-à-dire que le sens des corrélations n'est pas prévu par avance dans l'étude. Une puissance de 80% est privilégiée. Cette puissance permet de déceler une relation si elle existe (Fortin, 2010). Le test de puissance quant à lui, permet d'avoir la taille d'échantillon minimal selon Cohen (1998), cité par Fortin (2010). Cette dernière auteure af-

firme que c'est : « une protection raisonnable contre l'erreur de deuxième espèce » (p. 519), tout comme d'opter pour un seuil de signification à 0,05 pour le risque de première espèce. À l'aide du logiciel Power™ et des paramètres retenus, la taille d'échantillon nécessaire pour établir des corrélations a été estimée à $n = 96$. Elle a été arrondie à $n = 100$. Une telle taille d'échantillon est considérée comme représentative pour ce type de recherche

L'échantillon : méthode

La méthode d'échantillonnage aléatoire simple a été utilisée. La possibilité était donnée à tous de faire partie de l'échantillon. Les listes des personnes hospitalisées entre le 1 janvier et le 31 décembre 2010 ont été rendues disponibles. Comme le recommande Fortin (2010) une table de nombre aléatoire gérée par ordinateur a été utilisée. Ce tirage aléatoire permet de sélectionner l'échantillon de 100 dossiers au hasard à partir des 620 dossiers admissibles.

Les critères d'inclusions et exclusions

Les dossiers cliniques informatisés des patients ont été choisis aléatoirement à partir de la table des nombres aléatoires. Pour être retenus, les patients devaient :

Avoir été admis dans l'hôpital de long séjour entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010,

Avoir été enregistrés dans le DPI,

Avoir 65 ans ou plus,

Avoir eu une évaluation avec la MIF,

Etre porteur de sonde urinaire à demeure ou non.

Les personnes ne répondant pas à ces critères ont été exclues de l'étude.

La description de l'instrument : la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle

Tel qu'indiqué, l'autonomie fonctionnelle est mesurée par la MIF dans le DRG aux HUG. Selon la Haute Autorité de la Santé (HAS, 2006), l'autonomie du patient est mesurée dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Bien qu'il existe plusieurs échelles pour mesurer l'autonomie fonctionnelle, la MIF est la plus précise et peut détecter également des niveaux de dépendance minime (Campbell, Seymour, & Primrose, 2004; Inouye et al., 1998). Comme les autres, elle montre les possibilités de la personne et ses handicaps autour de 6 thèmes : 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.

Cet instrument est développé par Granger et Gresham en 1984 (Hamilton, Laughlin, Fiedler, & Granger, 1994). Il est fondé sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS (1980), cité par Buia et al, (1995), ainsi que sur une vision fonctionnelle du handicap. Cette classification a été redéfinie par l'OMS en 2000, c'est la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé). « La MIF a été mise au point et validée par le département médical de rééducation et de réadaptation de l'Université de Buffalo à New York en 1987 » (Buia, et al., 1995), p 453. Elle est traduite en dix langues, dont le français en 1988, (Boulanger, Minaire, & Chantraine 1990). Depuis lors, cet instrument est utilisé en milieu clinique au Québec, en France et depuis plus d'une quinzaine d'années en Suisse (Stucker et al., 2005). La MIF a été utilisée dans plus de 1900 recherches répertoriées. Elle présente une bonne cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach pour l'évaluation à l'admission de 0,92% et à la sortie de 0,96%. Elle a une forte valeur prédictive quant au retour à domicile et à l'alternative d'hébergement. Il s'agit donc d'un outil d'évaluation des besoins de la personne à travers sa capacité fonctionnelle. Il est relativement facile d'utilisation. L'outil est complété par l'observation de la performance. La MIF se compose de 18 items divisés en 6 sous-groupes. Voir annexe1.

Les items se regroupent en six dimensions.

1- Soins personnels (de A à F)	2- Contrôle des Sphincters (de G à H)	3- Mobilité des transferts (I à K)
4- Locomotion (L à M)	5- Comportement social (N à O)	6- Résolution de problèmes et mémoire (P à R)

Tableau 2 Les six dimensions de la MIF

La capacité fonctionnelle est notée sur une échelle ordinale de dépendance/indépendance allant de 1 à 7, l'aide totale ou une dépendance complète étant équivalente à 1/7 et l'indépendance totale ou l'absence d'aide lors de l'activité étant égale à 7/7. Le score total va donc de 18 (dépendance totale) à 126 (indépendance totale). Dans cette recherche, si le score MIF total est pris en compte, seul est étudié plus amplement la catégorie 2 : contrôle des sphincters et plus précisément l'item G : la vessie. Chaque item est noté de 1 à 7. L'échelle de 1 à 7 peut être regroupée en 3 classes. La classe I (dépendance complète, 1 et 2 points) englobe les personnes dépendantes d'autrui. La classe II (dépendance modifiée, 3 à 5 points) comprend les personnes requérant une certaine assistance et la classe III (indépendance, 6 et 7 points) est constituée des personnes fonctionnellement indépendantes. L'item vessie prend en compte ces différentes classes. Dans ce travail le choix a été fait de considérer comme continentes uniquement les personnes ayant un score de 7/7 contrairement à d'autres études comme celle de Palmer et al , 1997 et/ou de Fonda, 1999 cités par Herr-Wilberts et al (2010) voir appendice2.

Le déroulement de l'étude

Les éléments abordés dans cette partie sont : la description du milieu dans lequel se déroulent l'étude, le recrutement, et la procédure utilisée pour la collecte des données.

La description du lieu de l'étude.

L'étude a eu lieu dans un des hôpitaux de moyen et long séjour des HUG dont la mission est : de soigner, d'enseigner et de chercher. L'une de ses valeurs est : « le patient d'abord » ce qui signifie :

Les HUG sont l'un des partenaires impliqués dans la vie des Genevois et des habitants de la région tout au long de leur existence. L'ensemble des professionnels des HUG est convaincu que la médecine du service public est d'abord une médecine de qualité accessible à tous. Une telle médecine, pour être toujours meilleure et respectueuse des besoins et les droits des patients, doit se faire en étroite collaboration avec le patient et son entourage (...), deviennent partenaires responsables, et donc actifs, dans les processus de soins. (HUG, 2010)

Les HUG réalisaient en 2010, 679775 journées d'hospitalisation dans 1'915 lits(HUG, 2010). Cette recherche trouve sa justification avec le programme de soins du groupe transversal HUG (Gogniat, V., Séraphin, M.A., De Rosso, A. 2010) sur la prévention et le traitement de l'incontinence.

La procédure de collecte de données.

La récolte des données a débuté après avoir reçu l'accord de la commission d'éthique de la recherche des HUG et l'autorisation de l'ensemble des médecins chefs des HUG. La collecte des données a été effectuée par l'étudiante chercheuse, entre novembre 2011 et janvier 2012, à l'aide d'un document de récolte de données préétabli et présenté ici dessous. L'ensemble des informations ont été trouvées dans le dossier patient intégré, dans la partie médicale ou infirmière. En effet les variables : diagnostic principal et motif d'hospitalisation sont aisément lisibles dans le dossier médical du patient, alors que les autres variables se trouvent dans le dossier infirmier du patient. Les données sociodémographiques collectées dans DPI (âge et sexe) se trouvent naturellement dans les deux dossiers. Plus précisément c'est le dossier du patient qui comprend une partie médicale et une autre infirmière.

L'étudiante chercheuse a recueilli toutes ces données à l'aide de ce document de manière à préserver la confidentialité des dossiers observés et les a saisies dans Excel® puis transférées dans STATA®, pour la partie statistique de la recherche.

Les instruments de mesure de l'étude et les variables mesurées

Les instruments utilisés par l'étudiante chercheuse sont : la grille de collecte pour les données provenant du DPI où l'on pourra trouver la MIF mesurée auprès des personnes hospitalisées et les interventions ciblées infirmières déjà effectuées. Une échelle nominale de 3 niveaux pour le type d'intervention : palliative, préventive et curative. Une échelle de Likert de quatre niveaux allant de : pas de préoccupation du tout de l'IU par les infirmières à une préoccupation maximale. Et un classement des préoccupations en termes de diagnostic, de prescription en cas d'IU.

Les variables mesurées.

Cette étude est multivariée et afin d'atteindre les objectifs fixés, les variables suivantes devront être mesurées :

1. Age, mesuré avec l'année de naissance.
2. Genre, mesuré par la catégorie Homme ou Femme.
3. Score MIF à l'admission, mesuré dans le DPI (Score variable de 18 à 126).
4. Présence d'inscription sous la rubrique « Vessie » de la MIF de l'indicateur : « Dépendance complète » ou « Dépendance modifiée » tel qu'indiqué dans le DPI (possibilité d'une réponse dichotomique « Oui » ou « Non »).

5. Présence au DPI d'un diagnostic infirmier relatif à l'incontinence (possibilité de réponse dichotomique).
6. Présence dans le DPI d'une prescription infirmière relative à l'incontinence (possibilité d'une réponse dichotomique).
7. Présence au DPI d'interventions infirmières relatives à l'incontinence (possibilité d'une réponse dichotomique).
8. Présence dans le DPI du type d'intervention infirmière menée (Possibilité d'une réponse catégorielle).

Variable	Label	Variable
Age	Age du patient	Continue
Sexe	Femme = 1 Homme = 0	Catégorie
Diad	Diag admission	Catégorie
Buad	But admission	Catégorie
Scmi	Score MIFtotal de 18 à 126	Continue
Inco	Incontinent=1 Continent = 0	Dichotomique
Scin	Score Incontinence de 1 à 6	Catégorie
Indi	Au moins 1 diagnostic d'incontinence = 1	Dichotomique
Inpr	Au moins 1 Prescription Incontinence = 1	Dichotomique
Inin	Au moins 1 intervention Incontinence = 1	Dichotomique
Preo	Niveau de préoccupation (somme indi+inpr+inin)	Catégorie
Tyin	Type d'intervention : Préventif =1, Palliatif = 2, Curatif = 3	Catégorie

Tableau 3 Le tableau des variables

Le plan d'analyse

Cette étude est construite sur la base d'un devis quantitatif descriptif corrélationnel avec des données nominales et ordinales. Les données sur l'âge, le diagnostic principal et le motif d'entrée sont de type nominal. Les types d'interventions infirmières sont des données nominales encodées sur une échelle ordinale. Toutes ces données sont saisies à l'aide du logiciel Excel®. Les analyses suivantes sont faites avec le logiciel Stata®:

Analyses descriptives des données sociodémographiques et de santé des personnes âgées.

Analyses descriptives sur le score de la MIF et sur le score d'IU.

Analyses descriptives corrélationnelles du score MIF de l'IU de personnes âgées hospitalisées et du type d'interventions infirmières et la proportion des critères d'IU.

Analyse descriptive corrélationnelle du niveau de préoccupation des infirmières face au score de l'IU, du score MIF général et de la conformité des interventions.

A partir de ces statistiques descriptives, seront étudiés la distribution de fréquences, les mesures de tendances centrales (pourcentage, mode, médiane et moyenne), les mesures de dispersion (percentiles, variances et écarts types) et les coefficients de corrélation r de Pearson entre les différentes variables. D'autres tests comme le Spearman ou le Mann-Whitney seront également utilisés. La représentation sera sous forme de tableaux, de diagrammes, d'histogrammes et de courbes de distribution.

Les statistiques choisies permettront de vérifier :

le type de corrélation existant (r variant entre ± 1) entre le score de la MIF, les interventions infirmières et l'IU des personnes hospitalisées.

la pertinence de l'instrument dans les interventions infirmières

l'impact des interventions infirmières sur l'IU.

Les résultats de ces données statistiques permettront de répondre à la question de recherche.

Les considérations éthiques

La méthode par revue de dossiers est abondamment utilisée dans les « root causes analyses ». On considère qu'elle a les bénéfices suivants : (i) pour le patient: qui la considère

comme une méthode d'amélioration continue qui accroît sa confiance car il sait que son service/hôpital a des mécanismes d'amélioration continue ; (ii) pour le professionnel et l'équipe, il s'agit d'un outil de communication qui permet la réflexion collective. On pense que la revue de dossier joue un rôle fédérateur pour que les faits enregistrés deviennent source d'apprentissage; finalement (iii) pour l'établissement cela permet d'utiliser des données à disposition pour augmenter la connaissance sur la qualité.

La présente étude concerne les interventions infirmières destinées aux personnes âgées incontinentes hospitalisées au cours de l'année précédente et s'articule dans une démarche d'amélioration continue des soins. Elle a pour but d'évaluer le score de la MIF à l'admission ainsi que les interventions infirmières mises en place pour maintenir et/ou améliorer la continence urinaire des personnes âgées hospitalisées aux HUG. Les patients ne seront pas contactés et aucune modification de leur traitement ou prise en soins n'est proposée. Pour cela, aucun consentement ne sera demandé et aucune feuille d'information n'est nécessaire.

Il n'y a aucun risque ou bénéfice pour les participants à cette étude. Les données seront extraites du DPI rétrospectivement. Les résultats de cette étude pourraient conduire à une modification des interventions infirmières, entraînant une évolution positive dans l'approche des personnes âgées hospitalisées ayant un problème d'incontinence. Cette nouvelle perspective conduirait à de nouvelles pratiques optimisant la qualité de la prise en soin et le bien être des personnes soignées. Le personnel sera informé sur l'étude mais ne sera pas sollicité pour une meilleure utilisation de la MIF en relation avec les interventions infirmières.

Seule l'étudiante a eu accès au dossier des patients. Les données ont été anonymisées et traitées confidentiellement. Les données sont stockées dans une banque de données informatiques à laquelle seuls les investigateurs ont accès. Selon la loi sur la protection des

données (Assemblée fédérale de la Confédération suisse, 2002), les documents en lien avec l'étude seront gardés pour une durée de 10 ans. Les résultats seront présentés sous forme abrégée et aucun participant (patient ou soignant) ne pourra être identifié dans toutes les présentations et les publications éventuelles.

Résultats

Dans cette section, il s'agit de présenter les résultats. Le but de l'étude était d'établir la prévalence de l'IU, d'investiguer les interventions infirmières en relation avec le score MIF et l'IU de personnes âgées hospitalisées en moyen et long séjour aux HUG. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata®/PC. Il a été admis précédemment que le seuil d'erreur de première espèce admissible serait de 5% afin d'être certain de minimiser l'erreur de type 1, et rendre les résultats significatifs.

Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques seront présentées, puis la prévalence de l'IU de cette population ainsi que le niveau de préoccupation infirmière. Dans un deuxième temps, il sera question d'analyse corrélationnelle entre les interventions infirmières et les préoccupations en lien avec l'IU signalée à la MIF.

L'analyse descriptive

La description de l'échantillon

Le tableau suivant présente les données sociodémographiques. Les personnes sont âgées entre 65 et 100 ans. La moyenne d'âge se situe à 84 ans avec un écart type de 8 ans. Les femmes sont les plus nombreuses. Le score MIF varie entre 18 et 122, sachant que la MIF va de [18 à 126], on constate que ce résultat est très étendu, d'ailleurs la valeur de l'écart type (28.72), illustre l'hétérogénéité de cette population.

Les diagnostics d'admission sont presque aussi divers que le nombre de personnes, contrairement aux buts d'hospitalisations qui sont de deux types : « suite de soins » ou « attente de placement ». Sur la centaine de dossiers, un peu plus des 2/3 de l'échantillon souffre

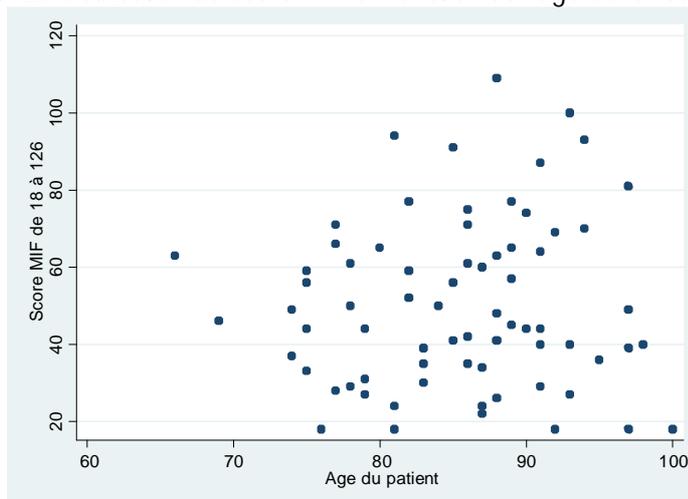
d'IU et parmi ceux-ci, près de 2/3 des personnes sont en attente d'un placement en établissement médico-social (EMS) contrairement aux personnes continentes. Les personnes incontinentes ont en moyenne un âge supérieur (environ 6 ans de plus) et une moyenne du score MIF inférieure de 47 points par rapport à celles qui ne souffrent pas de cette déficience. Le score MIF moyen des personnes incontinentes est plus bas, avec un l'écart type montrant une dispersion plus importante.

Caractéristiques sociodémographiques	Total	continents	incontinents	P
N	100	28	72	
Age (moyenne années - écart type)	83.70 (8.03)	79.36 (1.57)	85.37 (7.29)	0.002
MIF (moyenne – écart type)	63.44 (28.72)	97.32 (2.20)	50.26 (21.67)	< 0.00001
Sexe (%)	100%	100%	100%	0.533
Femme	62%	57.14%	63.88%	
Homme	38%	42.86%	36.62%	
But de l'admission(%)	100%	100%	100%	0.015
Attente de placement	65%	46.43%	72.22%	
Suite de soins	35%	53.57%	27.78%	

Tableau 4 Les variables sociodémographiques des participants

Dans le tableau suivant, les scores MIF sont présentés en utilisant un box-plot afin de visualiser la distribution en fonction de l'âge.

Figure 5: La distribution du score MIF en fonction de l'âge dans l'échantillon



Au tableau 6 (ci-dessous), on retrouve les 10 catégories de diagnostics principaux d'admission. On constate une grande dispersion de diagnostics dont plus de trois sur dix ne peuvent être regroupés.

Catégories de diagnostics à l'admission	N=100
1. Problème cardiaque	13
2. Problème pulmonaire	10
3. Trouble cognitif	9
4. Fracture	8
5. Problème circulatoire	7
6. Asthénie	6
7. Cancer	4
8. Trouble de la marche	4
9. Trouble dégénératifs	4
10. Autres diagnostics	35

Tableau 5 Les 10 catégories principales de diagnostic à l'admission

Pour rappel, il a été défini que toute personne ayant un score inférieur à 7 à l'item sphincter vésical de la MIF était considérée comme incontinente, que cette incontinence soit

partielle ou totale. Le tableau ci-dessous montre que sur les 72 personnes jugées incontinentes, plus de 54% (n=39) des personnes atteintes d'une IU, ont une incontinence IU totale c'est-à-dire qu'elles ont un score entre 1 et 2. Douze personnes présentent une IU moyenne (score 3 et 4) et 21 une IU légère (score 5 et 6). Ce classement fait référence à l'appendice A bis et B.

Scores 1 à 6 signifiant la présence d'incontinence	Fré- quence (n=100)	%	% Cumu- lé
1= incontinence urinaire totale sans correctif possible	24	24.00	24.00
2= incontinence urinaire totale difficilement corrigeable	15	15.00	39.00
3= incontinence urinaire moyenne difficilement corrigeable	6	6.00	45.00
4= incontinence urinaire moyenne partiellement corrigeable	6	6.00	51.00
5= incontinence urinaire légère partiellement corrigeable	14	14.00	65.00
6= incontinence urinaire minime corrigeable	7	7.00	72.00
7= sans incontinence	28	28.00	100.00

Tableau 6 La part des niveaux d'incontinence

Avant de se focaliser sur les personnes incontinentes, une comparaison de la moyenne des scores MIF a été effectuée avec un test de Student entre les deux groupes. Ici dessous.

	Observation	moyennes	Ecart Type	Interv de conliance 95%	
continent	28	97.32	11.66	92.79	101.84
Incontinent	72	50.26	21.68	45.17	55.36
Total	100	63.44	28.72	57.74	69.14
Différence		47.06		38.45	55.65

Tableau 7 La: comparaison du score MIF entre le groupe continent et le groupe incontinent

($P < 0.0000$)

La différence entre ces deux groupes est hautement significative ($p < 0.00001$) considérant l'intervalle de confiance. Ce test, démontre la spécificité de la MIF à distinguer les personnes souffrant d'incontinence.

La description de l'incontinence

Parmi les personnes souffrant d'incontinence, la part des femmes est supérieure à celle des hommes. La moyenne d'âge quoique augmentée de plus d'un point et demi chez les personnes incontinentes, l'intervalle de confiance montre qu'il n'y a pas de différence significative entre la moyenne d'âge des personnes incontinentes et celle de l'échantillon total, contrairement à la différence avec le groupe de personnes continentes (Tableau 4).

Chez les incontinents, la proportion des personnes dont la raison d'admission est une attente de placement est nettement plus élevée que chez les personnes continentes et cette différence est statistiquement significative ; $P = 0.015$.

Incontinence	Fréquence	%	% Cumulé
Raisons d'admission	(n=72)		
Attente de placement	52	72.22	72.22
Suite de soins	20	27.78	100.00

Tableau 8 Les raisons d'admission chez les incontinents

La description des préoccupations infirmières

Le tableau suivant montre la répartition des diagnostics infirmiers, prescriptions et interventions infirmières inscrites dans le DPI. On constate dans le tableau 9 que les infirmières notent majoritairement des prescriptions ou interventions dans le DPI (54% et 72%). Le diagnostic l'infirmier de l'IU est quasi inexistant (1,38%).

Incontinence	Fréquence	%
Niveaux de préoccupation infirmière au DPI	(n=72)	
Au moins un diagnostic infirmier	1	1,38
Au moins une prescription infirmière	39	54,16
Au moins une intervention infirmière	52	72,22

Tableau 9 Les interventions infirmière tels qu'inscrits au DP des personnes incontinentes

Les types d'interventions menées par les infirmières sont des trois ordres : préventive, palliative et curative. Le tableau 10 dessous, montre que l'intervention palliative est la plus fréquente. Les interventions préventives et curatives représentant moins de 40% des interventions menées.

Incontinence	Fréquence	%	% Cumulé
Type d'intervention infirmière	(n=72)		
Préventive	13	18.06	18.06
Curatif	6	8.33	26.39
Palliatif	33	45.83	72.22
Aucune indication	20	27.78	100.00

Tableau 10 Les types d'interventions infirmières telles qu'inscrites au DPI des personnes incontinentes

Un indice de préoccupation globale des infirmières a été mis en place à partir des trois interventions infirmières retenues soit : un diagnostic, une prescription ou une intervention. Au prochain tableau, les analyses indiquent la préoccupation globale selon que les infirmières inscrivent au DPI trois, deux, une seule ou aucune de ces trois interventions possibles. Sur les 72 dossiers de personnes souffrant d'IU, un peu plus de 80% de ceux-ci comporte au moins une des trois préoccupations infirmières au sujet de l'IU. Toutefois, il faut remarquer que près de 20% des dossiers ne comportent aucune des trois préoccupations infirmières présentes.

Incontinence	Fréquence	%	% Cumulé
Indice global de préoccupation infirmière	(n=72)		
Aucune préoccupation sur 3 possibilités	14	19.44	19.44
Une préoccupation sur 3 possibilités	25	34.72	54.17
Deux préoccupations sur 3 possibilités	32	44.44	98.61
Trois préoccupations sur 3 possibilités	1	1.39	100.00

Tableau 11 L'indice global de préoccupation infirmière selon inscription au DPI des personnes incontinentes

Les analyses exploratoires des corrélations.

Dans cette section il sera question, de corrélations exploratoires et de comparaison entre le score d'incontinence à la MIF et le niveau de préoccupation infirmière avec l'âge, le sexe et le but d'admission. On s'aperçoit qu'il existe une corrélation significative entre le but d'admission et le niveau de préoccupation infirmière.

Niveau de préoccupation et les types intervention en lien avec le score MIF, l'âge et le sexe

Le tableau ci-dessous montre une absence de corrélation entre le score MIF et l'âge des participants ainsi que le niveau de préoccupation infirmière. Toutefois, si la préoccupation infirmière n'est pas associée au score général à MIF, il l'est quand même avec le score spécifique de l'item sphincter vésical de la MIF. Le sexe et l'âge des personnes ne sont pas corrélés avec le niveau de préoccupation infirmière.

Variables	Types d'intervention		Niveau de préoccupation infirmière	
Score MIF Incontinence	r.=-0.106	p = 0.374	r = 0.035	p = 0.764
Score sphincter vésical MIF	r =-0.262	p = 0.026	r =-0.008	p =0.949
Age	r.=-0.018	p =0.878	r = -0.118	p = 0.322
Sexe	r.= 0.031	p = 0.800	r = 0.115	p =0.192

Tableau 12 La matrice de corrélation entre les types interventions et les préoccupations infirmière (Test de Pearson)

$p < 0.05$ pour une signification et r entre -1 et 1

La relation entre score MIF et le sexe

A l'aide du test de Wilcoxon-Mann-Whitney, qui permet la comparaison des médianes et des moyennes. Il a été constaté qu'il n'existe pas de différence significative entre le score MIF et le sexe ($p = 0.159$).

Score MIF	Sexe	Femme	Homme	Test de Wilcoxon-Mann-Whitney
N		46	26	
Moyenne (écart type)		53,2 (21,6)	45,7 (21,7)	
Médiane		49.0	43.0	P = 0.159
Rang interquartile		32.0	34.0	

Tableau 13 La corrélation entre le sexe et score général de la MIF.

Entre les hommes et les femmes, il existe une différence de moyenne au score à la MIF.

En conclusion les relations explorées ont montré que seul l'item sphincter vésical de la MIF et le type d'intervention, présentaient une corrélation significative.

Discussion

Cette dernière section présente dans un premier temps la mise en perspective des résultats avec la littérature considérant les questions de recherche. Dans une seconde partie la pertinence du cadre de référence retenu est discutée. Les limites de la recherche seront examinées en troisième partie et enfin, des recommandations pour la pratique, l'enseignement et la recherche seront proposées.

Le lien entre les réponses aux questions de recherche et la littérature.

Le symptôme d'IU touche 72% de l'échantillon total. Ce chiffre reflète ceux de plusieurs recherches antérieures. En effet, Saxer (2008) dans son étude de prévalence de l'IU dans les établissements médicaux sociaux (EMS) a effectué un recensement sur 2719 personnes, à leur admission, ainsi qu'au sixième, douzième et dix-huitième mois après leur admission. L'auteur indique que l'IU dans les EMS suisses alémaniques varie entre 45% et 77%. Quant à l'étude de Dubeau (2006), elle a établi la prévalence de l'IU dans tous les EMS ayant une licence aux États Unis. Au total 133'111 personnes ont participé à l'étude et 65% d'entre elles étaient incontinentes. Ces différentes études ont en commun de s'intéresser à l'IU de la population âgée en institution. Les résultats qu'elles présentent, confortent le résultat trouvé à Genève, qui se trouve dans cette fourchette. Le choix de considérer les personnes ayant un score à l'item vessie de la MIF inférieur à sept comme incontinentes, n'a pas accentué ces résultats. Selon Vuagnat (2012) les relevés effectués ces dernières années dans ce lieu montrent exactement les mêmes chiffres. Le niveau 6 est considéré comme une continence modifiée, mais ce niveau a quand même été considéré comme signalant la présence d'incontinence. Cette situation apparaissant plus pertinente au niveau des interventions infir-

nières, dans le sens où l'hypothèse émise autorisait à penser que ces personnes pouvaient procurer aux infirmières des préoccupations autres que des mesures préventives.

D'autre part, dans cet échantillon, la moyenne d'âge est de 83,7 ans. Cela est comparable à celle des échantillons de population âgées de plus de 65 ans comparativement aux études antérieures traitant du sujet âgé (Ganz, et al., 2010; Roe, et al., 2011). Quand bien même, la corrélation entre l'âge et le score MIF n'est pas clairement établi, force est de constater que la moyenne d'âge du groupe de personnes souffrant d'incontinence est numériquement supérieure à celle du groupe des personnes continentes. La différence est de près de 6 ans (79.35 contre 85.37). Ces résultats sont en lien avec ceux de Farage et al, (2008) qui affirme que plus la personne est âgée, plus elle a de risques de devenir incontinente. Dans la présente étude, la moyenne du score MIF se situe à 63,44 avec un intervalle de confiance à 95%, compris entre [57,74 – 69,13]. Quant à la moyenne du score à la MIF par groupe, (50.26 pour les continents et 21.67 pour les incontinents), elle exprime une forte dépendance générale et la dépendance est un facteur d'incontinence fonctionnelle. En effet, de nombreuses personnes avec un tel score MIF ne peuvent plus vivre seules à domicile ce qui peut expliquer que 65% de personnes soient en attente de placement (appendice 1bis). Par ailleurs, la littérature rapporte que l'incontinence est une des premières causes de placement des personnes âgées dépendantes en institution (Cassells & Watt, 2003). Cette affirmation est en lien avec les résultats de la présente étude, considérant le nombre de personnes en attente de placement comparativement à celui des personnes en suite de soins. Parmi les personnes souffrant d'IU plus de 72% se trouvent en attente d'une place dans un EMS alors que dans le groupe des personnes continentes, la majorité des personnes se trouvent en suite de soins.

Des études nous informent que l'hospitalisation est un lieu à risque de déclin fonctionnel et d'apparition de nouvelles incontinenances (Zisberg, et al., 2011). Il est alors approprié de supposer qu'un certain nombre de personnes en soins de suite ont un risque majoré de

péjoration à ce niveau et présentent davantage de probabilités de se trouver par la suite en attente de placement que si elles étaient suivies à domicile, si l'on considère que la durée d'hospitalisation majore le risque de déclin fonctionnel (Isaia et al., 2009). Ce déclin fonctionnel sera perçu par une diminution du score MIF.

Un T test pour mesurer la différence des scores de la MIF entre les deux groupes (attente de placement et suite de soins) a permis de constater qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes ($p = 0,87$). Cette constatation signifie que la MIF, instrument choisi pour la détection de l'IU est adapté pour différents groupes de personnes âgées hospitalisées.

Les interventions infirmières relatives à l'IU mises en place

Il est constaté que les interventions infirmières sont peu nombreuses et pour la plus grande part palliatives. Cela concordant avec les résultats d'études précédentes (Cheater, 1993 ; Coffey, et al, 2007 ; Dowling-Castronovo et al 2009 ; Dumoulin, et al, 2009). Ces résultats sont également en accord avec ceux de Roe et al. (2011) qui précisent que la prise en soins de l'IU se fait en majorité avec des traitements palliatifs dans les institutions. Cette étude démontre que la situation a peu évolué au niveau des interventions infirmières au titre de promotion de la continence depuis l'article de Cheater en 1993. Les interventions palliatives représentent plus de 45%, des interventions mises en place par les infirmières, alors que les interventions préventives et curatives totalisent 28% des interventions. La première des hypothèses possibles est de penser que les infirmières ne mettent pas par écrit l'ensemble de leurs processus réflexifs, car pour intervenir, l'infirmière use de son jugement clinique, pose un diagnostic avant d'adapter son action. Alors que bon nombre d'études mentionne les conséquences au niveau individuel, familial et sociétal (Broome, 2003; Cassells & Watt, 2003;

Dingwall, 2008; Farage, 2008; The canadian continence foundation, 2007), le fait de ne pas mentionner le diagnostic de départ, peut être dû :

- à l'importance que l'on donne à ce symptôme, à un manque de connaissance de la prise en charge de ce dernier,
- à la fausse l'idée que l'on peut se faire, qu'être incontinent est normal avec l'âge,
- à des politiques institutionnelles ne favorisant pas la prise en considération de l'IU comme un diagnostic,
- à un effet de banalisation.

La seconde hypothèse est de considérer le peu de moyens mis à disposition pour prendre en charge ce symptôme alors qu'il est connu que l'IU à un coût aussi élevé que celui du cancer du sein en 2010 (Faltin, 2009). Une telle résonance au niveau économique devrait inciter les différents acteurs à promouvoir la prise en charge de l'IU. Cela semble être peu le cas actuellement car pour les personnes souffrant d'IU, plus de 27% n'ont aucune intervention mentionnée dans leur dossier. Cette situation revient à considérer que pour plus de 1 personnes sur 5 l'IU est peu prise en compte. Considérant le fait que le diagnostic n'est pas toujours adéquat, (Hajjar, 2004 ; Lawhorne et al, 2008 ; Vaughan et al, 2011) et que les personnes ont souvent honte d'en parler (Haab, 2007; Newman, 2001), ce chiffre peut être revu à la hausse. Cette situation place le soignant face à une réalité complexe, met en évidence une certaine forme d'âgisme dû à un manque de connaissance (Dumoulin et al, 2007 ; Gogniat et al, 2011 ; Haab, 2007). Enfin, en ce qui concerne les interventions mises en place par les infirmières, King (2006) et Kleinpell (2007) suggèrent aux infirmières de trouver les meilleures interventions pour promouvoir le statut fonctionnel, car l'IU semble étroitement liée à l'indépendance fonctionnelle. Selon la revue systématique de Roe et al (2011), les programmes d'accompagnement aux toilettes sont les plus efficaces pour la prévention et le maintien

de la continence en institution et ont un impact économique important. D'où la pertinence de promouvoir les interventions incitant l'indépendance de la personne âgée hospitalisée. De nombreux guidelines ont été écrits afin de promouvoir la continence des personnes âgées hospitalisées. Les infirmières peuvent vouloir les suivre. Mais si on souhaite atteindre l'objectif qui est que l'infirmière puisse prendre en charge l'IU au travers d'un diagnostic, d'une prescription et d'une intervention en institution, une réflexion concernant une autre répartition des tâches et un autre ratio (patient-aide soins / assistant en santé / infirmière) doit être menée. La non prise en compte de cette situation pourrait freiner une prise en soins plus adaptée. En sous-estimant l'IU, les structures institutionnelles oublient le coût de cette dernière en termes financiers et en termes de dignité (Palmer, et Wagg et al 2008).

La revue de la littérature n'a pas permis d'avoir une base de comparaison de l'influence de l'item (G) vessie de la MIF sur les intervention infirmières. L'ensemble des études rencontrées utilisent la MIF dans sa globalité. Il a été établi que le résultat global de la MIF ne permet que l'identification des personnes à risque de déclin fonctionnel à l'admission selon Isaia et al (2009). Elle fait un état des capacités fonctionnelles de la personne à un moment donné. Avec le jugement clinique, elle permet à l'infirmière d'établir ses priorités d'actions. Bien que la prédiction ne soit pas possible, l'état fonctionnel de la personne peut également être objectivable au travers des AVQ. Et en ce qui concerne l'IU, la personne est à même d'en parler si l'infirmière lui en donne l'opportunité.

L'un des intérêts de cette recherche est de montrer que sur cette population, le score de la MIF tend à refléter le niveau de continence ou d'incontinence. Plus le score MIF global est élevé et moins il y a de problèmes d'incontinence. L'infirmière doit mettre en place des interventions préventives tenant en compte des problématiques liées à l'hospitalisation. Cependant, ces résultats restent à confirmer du fait que l'IU reste un sujet tabou. On peut se demander si les personnes les plus indépendantes n'ont pas une incontinence cachée, non

diagnostiquée, ou considérée comme supportable pour elles. Selon la définition il faut qu'il y ait une plainte de la part de la personne. Les recherches relatent la difficulté des personnes à faire part de ce symptôme. Et les personnes âgées pourraient avoir aussi d'avantage de difficulté à en parler, par le fait que l'IU a un caractère beaucoup plus intime qu'un autre symptôme.

Dans cette étude le score item vessie de la MIF à l'admission peut être considéré comme un indicateur de fonctionnalité vésicale de la personne et un signal d'alarme pour les infirmières. Il informe peu sur le type d'interventions infirmières à mettre en place. Le score MIF général et vésicale doit être accompagné d'une anamnèse approfondie au sujet de l'élimination vésicale afin de pouvoir diagnostiquer et mettre en place des interventions tout en prenant en compte les besoins de la personne vivant l'expérience de l'IU.

Les préoccupations infirmières sont-elles corrélées avec certaines caractéristiques des personnes souffrant de d'IU ?

Les préoccupations ont été définies comme étant la présence d'un diagnostic, d'une prescription et d'une intervention. La matrice de corrélation de Pearson n'a démontré la présence d'aucune corrélation entre ces trois composantes de soins et le fait d'être incontinent ou non. Les infirmières ont une prise en charge identique pour les personnes souffrant d'IU. Les préoccupations infirmières ne sont influencées ni par l'âge, ni le sexe, ni leur score MIF. Global. Cheater (1993) démontre que les infirmières identifient davantage l'IU comme un problème dans les services de moyen séjour (77,7%) 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 & Specht, 2009). Cependant Cheater (1993) affirme que le côté psychologique tel que ; la perte d'estime, altération de l'image de soi, la culpabilité, la honte et

la dépression (Dingwall, 2008) n'est absolument pas pris en compte. Il semble que ce soit l'une des raisons qui pourrait expliquer cette absence de corrélation entre les préoccupations infirmières et les données sociodémographiques et qui se traduit par des interventions majoritairement palliatives. Les infirmières s'intéressent de manière significative à l'incontinence mais semblent manquer de formation et de moyens (Haab, 2007; The canadian continence foundation, 2007; Vinsnes, 2001). La procuration « intervention » relayée par les types d'interventions infirmières est corrélée avec la seule caractéristique de santé qui est le score d'incontinence de l'item sphincter vésical de la MIF. Cette variable influence le type d'intervention, qui lui, influence à son tour, le niveau de préoccupation des infirmières. Il a été discuté précédemment du type d'intervention mise en place par les infirmières. Il est alors apparu que les interventions infirmières ne semblent pas en conformité avec les guidelines. Pourtant le niveau de préoccupation infirmière reste élevé à 72,2%.

Pour Tannenbaum (2007), l'absence de programme institutionnel de prise en charge de l'IU est un obstacle. Les infirmières bien qu'ayant un rôle important à jouer dépendent de la volonté institutionnelle. Elle est indispensable dans la prise de conscience de l'importance que revêt ce symptôme (Etheridge, Tannenbaum, & Couturier, 2008). Les interventions infirmières sont des actions menées suite à un jugement clinique relatif aux connaissances que possède l'infirmière dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la personne à qui l'intervention est destinée. L'infirmière, élément de la structure institutionnelle, travaille en conformité avec celle-ci. Tannenbaum et al (2004) a confirmé ce que Mueller & Cain, (2002) avaient explicité. Selon ces auteurs plusieurs facteurs externes tel que : la charge de travail, le type de patients, l'environnement, la formation, le soutien des autres soignants et le caractère de l'institution, semble déterminer la prise en soins de l'IU

Le lien avec le cadre de référence

Le cadre de référence s'est révélé pertinent compte tenu du sujet et du nombre de professionnels pouvant intervenir autour de la personne âgée vivant l'expérience de l'IU (Herr Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert., 2010 et Lawhorne et al, 2008) Les mécanismes réflexifs proposés, favorisent l'interdisciplinarité et donnent un cadre de réflexion commun, tout en intégrant les connaissances et l'expertise de chaque professionnel. L'IU n'est certes pas considérée comme un problème de santé, bien qu'elle soit due à un dysfonctionnement anatomique et/ou physiologique entraînant une déficience. Les dommages induits par celle-ci réduisent l'activité et la participation sociale des personnes souffrant de ce symptôme. Ce cadre renseigne judicieusement quant au processus de l'IU, il répond à l'ensemble des questions de recherche du fait que l'infirmière, l'hôpital ainsi que la perception de l'IU dans la société font partie de l'environnement du patient. Ce cadre est pertinent pour la pratique à plusieurs égards :

Il correspond aux perspectives infirmières qui visent à une prise en soins globale en se basant sur une perception multidimensionnelle de la personne et une vision de la santé comme étant composée d'un ensemble contextuel équilibré dans lequel vit la personne. Elle est influencée par le contexte physique et idéologique dans lequel vit la personne et les résultats obtenus vont de pair avec le cadre choisi. Cette perspective évoque bien des modèles infirmiers comme le modèle Sunrise de Leininger par exemple, avec comme avantage sa neutralité pour un travail en interdisciplinarité. Il précise que les facteurs d'amélioration de l'activité sont à la fois personnels et environnementaux.

Concernant l'IU, les guidelines (Abrams et al., 2010 ; CUA, 2005, Herr-Wilbert et al., 2010) préconisent de tenir compte des deux facteurs, dans un premier temps en s'assurant de la volonté de la personne souffrant d'IU. Dans un second temps d'avoir réglé les problèmes médicaux autres que l'IU et mettre en place un plan d'action adapté à la personne. La prise en

considération des deux facteurs permettant une amélioration des déficiences, de l'activité et de la participation.

Il permet à l'infirmière d'avoir un rôle central (Haab, 2007; Palmer, 2008) dans la prise en soins dans la mesure où elle est avec le patient au quotidien. L'infirmière va renseigner, diagnostiquer et étayer par un raisonnement clinique le choix de la prise en soins adoptée, puis elle réévaluera ce choix. Par la suite, elle sera capable de reconnaître ses limites en cas d'insuccès et de proposer au médecin de consulter un autre professionnel (Herr-Wilbert et al, 2010). Le cadre de la classification internationale offre la possibilité de prendre en considération le symptôme dès qu'il procure une limitation à la participation et des activités pour la personne. La force de ce cadre de référence est son ouverture et ceci constitue également sa faiblesse.

Les limites méthodologiques de la recherche

Cette section présente les limites à la validité interne et externe. La validation interne met l'accent sur la preuve du lien de cause à effet entre la variable indépendante (IU) et la variable dépendante (le niveau de préoccupation). La validation externe se réfère quant à elle au potentiel de généralisation (Fortin, 2010) en lien avec la méthodologie choisie.

Les limites en relation avec la validité

Il n'a pas été permis de dire de manière significative, dans cette étude, que l'incontinence est significativement corrélée au niveau de préoccupation infirmière. La méthode choisie n'a pas permis de prendre en compte les interventions mises en place pour les personnes dites continentales. Une mise en parallèle des deux sous-groupes au niveau de

l'intervention et au niveau des préoccupations infirmières aurait pu permettre d'enrichir la discussion tout en offrant une autre perspective des interventions infirmières.

Toutefois, la recherche consistait à l'étude de la prévalence, aux interventions infirmières mises en place et à la corrélation entre la préoccupation infirmière en rapport avec l'IU des personnes et certaines de leurs caractéristiques sociodémographiques. Par rapport à la question de recherche de départ, aucune corrélation n'a été trouvée. Cependant dans l'exploration, des corrélations ont été trouvées, ce qui montre que d'autres questions auraient pu être posées, notamment celle du motif d'hospitalisation.

Un questionnaire destiné aux infirmières aurait d'avantage précisé les interventions infirmières. Dans la présente recherche, c'est le chercheur qui a classé le type d'interventions selon sa propre pratique. Ce questionnaire aurait aussi permis de comparer ce qui est dit être effectué et ce qui est écrit comme effectué, mais également de percevoir l'entièreté du travail infirmier.

Enfin, le cadre de référence large choisi, éclaire et enrichit davantage la recherche dans le domaine de la santé et du social que précisément la recherche infirmière. L'instrument ; la MIF lui pourrait être considéré comme peu maîtrisé par les soignants du fait qu'il a été généralisé en 2009, une année seulement avant la présente recherche, une autre compréhension de l'outil et de son support DPI aurait permis d'avoir des résultats différents. Un quart des dossiers étaient sans donnée MIF ce qui pourrait être dû à une mauvaise compréhension de la MIF ou du DPI.

Les recommandations pour la pratique, l'enseignement et la recherche

Bien que comportant un certain nombre de limites, des recommandations pour la pratique, l'enseignement et la recherche peuvent être énoncées.

Les recommandations pour la pratique

Le symptôme de l'IU n'est pas toujours vécu comme un handicap ou une déficience chez les professionnels qui n'ont pas l'habitude d'évaluer et d'intervenir au niveau de l'IU autrement qu'avec des mesures palliatives (C. Dumoulin, Korner-Bitensky, N., Tannenbaum, C., 2007). Cette étude confirme cette tendance avec l'exploration bidirectionnelle du niveau de préoccupation des infirmières corrélé avec le score de l'item vésical de l'IU. Dans l'étude présente, le savoir empirique (Carper, 1978) semble être davantage utilisé que le savoir scientifique s'agissant de l'IU. Cette hypothèse peut expliquer l'absence d'influence de la MIF sur la prise en soins de l'IU. De plus, retenant le savoir empirique, le vécu et l'expérience de chaque infirmière est unique, il semble alors illusoire de s'attendre à une unité au niveau des interventions infirmières. Dans ce cadre, il est impératif, dans un premier temps de recommander à la pratique de sensibiliser les soignants sur l'IU et ses conséquences tant aux niveaux individuel et familial que social en mettant d'avantage d'emphase sur la formation institutionnelle. En effet, une meilleure connaissance des causes et des conséquences de l'IU pourrait favoriser la mise en place d'interventions plus adéquates.

Dans un second temps l'utilisation de guidelines actualisés s'appuyant sur des études scientifiques reconnues est préconisée, ainsi que l'usage d'instruments validés. Ces guidelines adaptés aux milieux institutionnels concourraient à l'efficience de l'institution. L'utilisation d'instruments institutionnalisés tel que la MIF doit être comprise par les infirmières, afin que l'instrument choisi soit d'avantage perçu comme une aide au jugement clinique et ainsi l'insérer dans le processus de réflexion diagnostique afin qu'il soit systématisé pour chaque nouvelle hospitalisation comme la prise des signes vitaux.

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 connais-

sances théoriques, qu'elles développent et transmettent davantage la pratique basée sur les meilleures évidences aux différentes équipes

Cette étude souligne l'importance des infirmières comme actrices centrales de cette problématique. Elle les invite à prendre en compte les enjeux auxquels elles doivent faire face lorsqu'elles exercent leur rôle auprès des personnes souffrant d'IU ou de leur famille. Les infirmières, comme personnes de référence, doivent considérer comme nécessaire l'amélioration de la prise en charge du patient souffrant d'IU. Pour cela elles doivent systématiquement évaluer, diagnostiquer, prescrire et intervenir de la manière la plus adaptée selon les besoins de la personne dans le respect de l'éthique.

Les recommandations pour l'enseignement

L'IU est un symptôme sous-estimé. Cette situation est liée à un manque de connaissance des soignants comme le relève la littérature et certainement aussi à une volonté sociale de considérer l'IU insignifiante face à des maladies plus en vogue. Pourtant elle touche 5% de la population en Suisse, 56% des personnes en âge gériatrique et en institution elle représente dans la présente étude 72% avec les conséquences que l'on connaît. L'IU est humiliante et invalidante, touche à la dignité de la personne. Elle provoque une péjoration physique, des problèmes de peau, est un facteur favorisant les escarres. Elle péjore l'état mental, l'état dépressif, réduit la sexualité, entrave les relations sociales et est générateur de stress. En un mot l'IU réduit de la qualité de vie tout en augmentant les risques de chute et d'entrée en institution. La formation initiale, post grade et continue doit mettre l'accent sur ce symptôme souvent banalisé car pas considéré comme prioritaire dans une prise en soins.

La première recommandation est d'attirer davantage l'attention sur les conséquences de l'IU, notamment par le fait qu'elle est souvent dissimulée par la gêne qu'elle occasionne ou

par la croyance fautive selon laquelle l'on doit apprendre à vivre avec puisque l'on ne peut rien y faire.

Dans un second temps, l'accent pourrait être mis sur la prévention et le traitement de l'IU au cours de la formation académique des infirmières. Des travaux sur la prise en charge de l'IU au niveau de l'analyse de la pratique pourraient être récurrents. Et en accord avec Haab (2007) former des spécialistes cliniques en incontinence serait un atout pour la prise en charge de ce symptôme.

Enfin porter la réflexion sur le fait que l'IU est évitable et que des traitements existent. Cette réalité pourrait permettre aux personnes âgées, chez lesquelles la prévalence est la plus importante et continuera à s'accroître dans les prochaines années, à poursuivre leur vie dignement.

Les recommandations pour la recherche

Différentes pistes de recherche peuvent être exploitées. Premièrement, la présente étude constituant une exploration de l'utilisation de la MIF au niveau des interventions infirmière en cas d'IU. Il serait utile d'avoir davantage de connaissance sur l'utilisation des différents items de la MIF au niveau du jugement clinique par rapport aux interventions mises en place par les infirmières. Deuxièmement, concernant de la collecte des données, il sera recommandé de considérer l'ensemble des données de personnes retenues dans l'échantillon afin de déterminer avec davantage de précision les interventions infirmières spécifiques à l'IU. Enfin un devis exploratoire permettrait d'explorer les pistes de corrélations existantes des préoccupations infirmières relatives à l'IU.

Conclusion

La problématique de l'IU bien qu'apparemment banale est centrale dans la vie des personnes âgées hospitalisées. Peu considérée, et peu mise en lien avec ses conséquences potentielles, elle reste néanmoins méconnue des soignants et souvent tue par les personnes qui en souffrent. La présente étude descriptive, rétrospective et corrélationnelle, avait pour but général de faire un état des lieux sur l'ampleur de la situation en gériatrie et sur les interventions mises en place par les infirmières, une fois l'IU mise en évidence par la MIF.

L'échantillon de 100 patients choisis de manière aléatoire avait été calculé pour permettre la généralisation des résultats. Ces derniers ont montré que la prévalence de l'IU est élevée, et que tant la forte proportion du genre féminin que la moyenne d'âge étaient conformes à d'autres résultats présents dans la littérature scientifique. Le type d'interventions infirmières mises en place, fait état d'interventions généralement palliatives, également conformes aux résultats des recherches antérieures. Les préoccupations des infirmières, à savoir le fait de mettre un diagnostic et/ou, une prescription et/ou une intervention ne sont corrélées avec aucune variable sociodémographique. En outre, cette étude renforce le fait que les personnes souffrant d'incontinence ont la même prise en soins quel que soit leur score MIF, leur niveau d'incontinence, leur âge ou leur genre, alors qu'une individualisation des soins serait attendue.

La reconnaissance du savoir infirmier est le début des soins de qualité. Cette étude a innové en proposant l'analyse des scores à l'échelle de la MIF et relation avec l'intervention infirmière. Jusqu'à maintenant, cela avait été peu étudié. Elle oriente directement sur la pratique infirmière, à laquelle elle offre des pistes de solutions. La question qui demeure est comment peuvent-elles utiliser au mieux les outils mis à leur disposition pour améliorer la prise en soins ?

En synthèse, cette étude met en évidence qu'avec plus de connaissances, notamment infirmières, il serait possible de faire face plus efficacement à l'IU auprès de personnes hospitalisée. Les infirmières, soutenues par la structure pourraient améliorer non seulement la continence, mais également, la capacité fonctionnelle et de manière générale la qualité des soins et ainsi répondre aux mieux aux besoins des personnes.

Reference

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., . . . Wein, A. (2002).

The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 21(2), 167-178. doi: 10.1002/nau.10052 [pii]

Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Joore, M., Lagro-Janssen, T., Severens, J. Nieman, F., Winkens, R. (2008). The effects of involving a nurse practitioner in primary care for adult patients with urinary incontinence: the PromoCon study (Promoting Continence). [Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC health services research*, 8, 84. doi: 10.1186/1472-6963-8-84

Albers-Heitners, P., Joore, B., Winkens, R., Lagro-Janssen, T., Severens, J., Berghmans, B. . (2012). 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*. doi: 10.1002/nau.21204

ANAES. (2003). *Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale*. Saint Denis: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Retrieved from http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire1_2006_12_01_10_19_53_157.pdf.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse. (2002). *Loi fédérale sur la protection des données (LPD)*. Retrieved aout 10, 2011, from

[https://www.gestunion.ch/Lois/Loi%20f%C3%A9d%C3%A9rale%20sur%20la%20protection%20des%20donn%C3%A9es%20\(LPD\).pdf](https://www.gestunion.ch/Lois/Loi%20f%C3%A9d%C3%A9rale%20sur%20la%20protection%20des%20donn%C3%A9es%20(LPD).pdf)

- Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A. E., & Clough-Gorr, K. M. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 340(apr20 2), c1718-c1718. doi: 10.1136/bmj.c1718
- Beswick, A. D., Gooberman-Hill, R., Smith, A., Wylde, V., & Ebrahim, S. (2010). Maintaining independence in older people. *Reviews in clinical Gerontology*, 20(02), 128-153. doi: 10.1017/s0959259810000079
- Bideaud, J., Houde, O., Pedinielli, J.P. (Ed.). (2004). *L'homme en développement* (Broché ed.). Paris Presse Universitaire de France
- Boltz, M., Capezuti, E., & Shabbat, N. (2010). Nursing staff perceptions of physical function in hospitalized older adults. *Appl Nurs Res.* doi: S0897-1897(10)00002-9 [pii]10.1016/j.apnr.2010.01.001
- Boltz, M., Capezuti, E., Shabbat, N., & Hall, K. (2010). Going home better not worse: Older adults' views on physical function during hospitalization. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 381-388. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01855.x
- Boulangier, Y., Minaire, P., & Chantraine, A. (1990). *Mesure d'indépendance fonctionnelle*. New York.
- Broome, B. A. (2003). The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. [Review]. *Health and quality of life outcomes*, 1, 35. doi: 10.1186/1477-7525-1-35

- Brown, C. J., Williams, B. R., Woodby, L. L., Davis, L. L., & Allman, R. M. (2007). Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. *J Hosp Med*, 2(5), 305-313. doi: 10.1002/jhm.209
- Buia, J., Carlier, P., & Belkacemi, A. (1995). Intérêt de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) dans un service de rééducation et de réadaptation gériatriques. *Ann Readaptation Med. Phys.*, 38, 453-441.
- Campbell, S. E., Seymour, D. G., & Primrose, W. R. (2004). A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing*, 33(2), 110-115. doi: 10.1093/ageing/afh03633/2/110 [pii]
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Cassells, C., & Watt, E. (2003). The impact of incontinence on older spousal caregivers. [Review]. *Journal of advanced nursing*, 42(6), 607-616.
- Centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations, C. (2006). Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé de l'OMS Retrieved 28/01/2011, from http://www.ctnerhi.com.fr/ccoms/pagint/2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf
- Cheater, F. M. (1993). Retrospective document survey: identification, assessment and management of urinary incontinence in medical and care of the elderly wards. *J Adv Nurs*, 18(11), 1734-1746.

- Chinn, P. L., Kramer, M. (Ed.). (2008). Integrated theory and knowledge development in nursing St Louis: MO: Mosby Elsevier.
- Coffey, A., McCarthy, G., McCormack, B., Wright, J., & Slater, P. (2007). Incontinence: assessment, diagnosis, and management in two rehabilitation units for older people. *Worldviews Evid Based Nurs*, 4(4), 179-186. doi: WVN096 [pii] 10.1111/j.1741-6787.2007.00096.x
- Colling, J. C., Newman, D. K., McCormick, K. A., & Pearson, B. D. (1993). Behavioral management strategies for urinary incontinence. *J ET Nurs*, 20(1), 9-13.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*, 51(4), 451-458. doi: jgs51152 [pii]
- CUA, A. C. d. U. (2005). Nouvelle proposition de recommandations pour l'incontinence urinaire Guidelines Retrieved 2/1, 2012, from http://www.cua.org/guidelines_e.asp and http://www.cua.org/userfiles/files/guidelines/inc_2005_en.pdf
- Dagneaux. (2009). Motif d'hospitalisation de personnes âgées par les médecins généralistes.pdf. *La Revue de la Médecine Générale* n° 262
- Dargis-Sureau, M.-E. (2011). Rééducation Périnéale Retrieved 17/4, 2012, from http://www.reeducationperineale.net/incon_homme.html

- De Morton, N. A., Keating, J. L., & Jeffs, K. (2007). Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD005955. doi: 10.1002/14651858.CD005955.pub2
- De Saint-Hubert, M., Jamart, J., Boland, B., Swine, C., & Cornette, P. (2010). Comparison of three tools predicting functional decline after hospitalization of older patients. *J Am Geriatr Soc*, 58(5), 1003-1005. doi: JGS2839 [pii]10.1111/j.1532-5415.2010.02839.x
- Denis, P. (2005). Epidémiologie et conséquences médico-économiques de l'incontinence anale de l'adulte. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 4, 15-20. Retrieved from Académie Nationale de Chirurgie (ANC) website: http://www.biusante.parisdescartes.fr/acad-chirurgie/ememoires/005_2005_4_2_15x20.pdf
- Deruelle, P., Houfflin-Debarge, V., Nayama, M., Vinatier, D., Crepin, G., & Cosson, M. (2003). [Comparative analysis of rate scales of urinary incontinence in women]. *Gynecol Obstet Fertil*, 31(6), 516-520. doi: S1297958903001267 [pii]
- Dingwall, L. (2008). Promoting effective continence care for older people: a literature review. *Br J Nurs*, 17(3), 166-172.
- Direction générale de l'action sociale. (2011). EMS 2011: Point de situation - Enjeux - Perspectives Retrieved 12/05, 2012, from <http://www.ge.ch/dse/doc/conferences/2011-01-11/2011-01-11--EMS-presentation.pdf>
- Donalson, S., K., Crowley, D.M., (1978). the discipline of nursing. *nursing outlook*, 8.

- Dowling-Castronovo, A., & Specht, J. K. (2009). How to try this: Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *Am J Nurs*, 109(2), 62-71; quiz 72. doi: 10.1097/01.NAJ.0000345392.52704.6d [pii]00000446-200902000-00043
- Dubeau, C. E., Simon, S. E., Morris, J. N. (2006). The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1325-1333. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00861.x
- Dumoulin, C., Korner-Bitensky, N., Tannenbaum, C. (2007). Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. [Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 38(10), 2745-2751. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.486035
- Dumoulin, M. F., Hamers, J. P., Ambergen, A. W., & Halfens, R. J. (2009). Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. *Scand J Caring Sci*, 23(2), 222-230. doi: SCS610 [pii]10.1111/j.1471-6712.2008.00610.x
- Ellenberger, H. F. (1987). Regards sur les institutions pour les vieillards et malades chroniques. *L'Union médicale du Canada*, , 116, 125-135.
- Etheridge, F., Tannenbaum, C., & Couturier, Y. (2008). A systemwide formula for continence care: overcoming barriers, clarifying solutions, and defining team members' roles. *J Am Med Dir Assoc*, 9(3), 178-189. doi: S1525-8610(07)00522-1 [pii]10.1016/j.jamda.2007.11.013

- Faltin, D. L. (2009). Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. [recherche]. *Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 38, 146-152. doi: JGYN-12-2009-38-8S1-0368-2315-101019-200907730
- Farage, M. A., Miller, K. W., Berardesca, E., Maibach, H. I. (2008). Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. [Review]. *Archives of gynecology and obstetrics*, 277(4), 285-290. doi: 10.1007/s00404-007-0505-3
- Fawcett, J. (1984). The metaradigm of nursing : present status and futur refinement *The journal of Nursing scholarship*, 16 (3), 84-89.
- Feki, A., Faltin, D. L., Lei, T., Dubuisson, J. B., Jacob, S., & Irion, O. (2007). Sphincter incontinence: is regenerative medicine the best alternative to restore urinary or anal sphincter function? *Int J Biochem Cell Biol*, 39(4), 678-684. doi: S1357-2725(06)00317-7 [pii]10.1016/j.biocel.2006.11.001
- Fitzpatrick, J. J., Stier, L., Eichorn, A., Dlugacz, Y. D., O'Connor, L. J., Salinas, T. K., . . . White, M. T. (2004). Hospitalized elders: changes in functional and mental status. *Outcomes Manag*, 8(1), 52-56.
- Fortin, M. F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche : Methodes quantitatives et qualitatives.
- Ganz, D. A., Koretz, B. K., Bail, J. K., McCreath, H. E., Wenger, N. S., Roth, C. P., & Reuben, D. B. (2010). Nurse practitioner comanagement for patients in an academic geriatric practice. [Research Support, N.I.H., Extramural, Research Support, Non-U.S. Gov't, Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *The American journal of managed care*, 16(12), e343-355.

- Gibbs, C. F., Johnson, T. M., 2nd, & Ouslander, J. G. (2007). Office management of geriatric urinary incontinence. *Am J Med*, 120(3), 211-220. doi: S0002-9343(06)00607-3 [pii]10.1016/j.amjmed.2006.03.044
- Glenny, C., Stolee, P. (2009). Comparing the Functional Independence Measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature. *BMC Geriatrics*, 9(1), 52. doi: 10.1186/1471-2318-9-52
- Gogniat, V., Rae, A.M., Séraphin, M.A., De Rosso, A. (2010). *Incontinence urinaire: connaissances, représentations et pratiques des soignants : Enquête aux HUG HUG*. Genève.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs*, 106(1), 58-67, quiz 67-58. doi: 00000446-200601000-00032 [pii]
- Griebing, T. L. (2009). Urinary incontinence in the elderly. [Review]. *Clinics in geriatric medicine*, 25(3), 445-457. doi: 10.1016/j.cger.2009.06.004
- Haab, F. (2007). *Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire (Réf. : 074000283)*. Paris: Ministère de la santé et des solidarités Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000283/index.shtml>.
- Haab, F., Richard, F., Amarenco, G., Coloby, P., Arnould, B., Benmedjahed, K., Grise, P. (2008). Comprehensive evaluation of bladder and urethral dysfunction symptoms: development and psychometric validation of the Urinary Symptom Profile (USP) questionnaire. *Urology*, 71(4), 646-656. doi: S0090-4295(07)02485-5 [pii]10.1016/j.urology.2007.11.100

- Hajjar, R. R. (2004). Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. [Review]. *Clinics in geriatric medicine*, 20(3), 553-564, viii. doi: 10.1016/j.cger.2004.04.009
- Hamilton, B. B., Laughlin, J. A., Fiedler, R. C., & Granger, C. V. (1994). Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). *Scand J Rehabil Med*, 26(3), 115-119.
- Hancock, R., Bender, P., Dayhoff, N., & Nyhuis, A. (1996). Factors associated with nursing interventions to reduce incontinence in hospitalized older adults. *Urol Nurs*, 16(3), 79-85.
- HAS, (2006). *Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie (H. S. é. d. pratiques, Trans.)* (pp. 57). Paris: HAS.
- Haslam, J. (2004). Nursing management of stress urinary incontinence in women. *Br J Nurs*, 13(1), 32-40.
- Hébert, R. (1982). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.pdf>. *Can. Fam. Physician* 28, 754-762.
- Hébert, R. G., J ; Pinsonnault, M.A. (2005). *Guide d'utilisation du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle SMAF. (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke)*.
- Herr-Wilbert, I. S., Imhof, L., Hund-Georgiadis, M., & Wilbert, D. M. (2010). Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 35(6), 248-253.

- Herr-Wilbert, I. S., Imhof, L., Hund-Georgiadis, M., Wilbert, D. M. (2010). Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 35(6), 248-253.
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S., de Rooij, S. E., & Grypdonck, M. F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *J Clin Nurs*, 16(1), 46-57. doi: JCN1579 [pii]10.1111/j.1365-2702.2006.01579.x
- HUG. (2010). Les HUG en bref : Mission et chiffres-clés Retrieved 06/06, 2010, from http://www.hug-ge.ch/hug_enbref/mission.html
- Inouye, S. K., Peduzzi, P. N., Robison, J. T., Hughes, J. S., Horwitz, R. I., & Concato, J. (1998). Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA*, 279(15), 1187-1193. doi: joc71756 [pii]
- Isaia, G., Maero, B., Gatti, A., Neirotti, M., Aimonino Ricauda, N., Bo, M., Zancocchi, M. (2009). Risk factors of functional decline during hospitalization in the oldest old. *Aging Clin Exp Res*, 21(6), 453-457. doi: 6830 [pii]
- Jung, M., Faltin, D. L., & Rutschmann, O. (2006). [Impact of urinary incontinence in community-dwelling women]. *Rev Med Suisse*, 2(83), 2332-2335.
- Kelley, K., & Abraham, C. (2007). Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. *J Clin Nurs*, 16(3), 569-579. doi: JCN1577 [pii]10.1111/j.1365-2702.2006.01577.x

King, B. D. (2006). Functional decline in hospitalized elders. *Medsurg Nurs*, 15(5), 265-271; quiz 272.

kleinpell, R. (Ed.). (2007). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: (Vol. Vol. 1)*. Rockville: Agency for healthcare Research and quality.

La Société-suisse d'aide aux personnes incontinentes. (2008). Une souffrance que l'on tait Retrieved 28.01, 2012, from <http://www.inkontinex.ch/french/souffrance.htm>

La Société suisse d'aide aux personnes incontinentes. (2011). Qui sommes-nous? Retrieved 20.02, 2012, from <http://www.inkontinex.ch/french/nous.htm>

Lawhorne, L. W., Ouslander, J. G., Parmelee, P. A., Resnick, B., Calabrese, B. (2008). Urinary incontinence: a neglected geriatric syndrome in nursing facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(1), 29-35. doi: 10.1016/j.jamda.2007.08.003

Loh, K. Y., & Sivalingam, N. (2006). Urinary incontinence in the elderly population. [Review]. *The Medical journal of Malaysia*, 61(4), 506-510; quiz 511.

Mueller, C., & Cain, H. (2002). Comprehensive management of urinary incontinence through quality improvement efforts. *Geriatr Nurs*, 23(2), 82-87. doi: S0197457202724518 [pii]

Newman, D. K. (2001). Conservative management of urinary incontinence in women. *Prim Care Update Ob Gyns*, 8(4), 153-162. doi: S1068607X01000762 [pii]

Oasi, C., Maman, S., Baghéri, H., Folio, P., & Belmin, J. (2008). GABI, une évaluation simplifiée et informatisée de la perte d'autonomie en gériatrie : une étude de validation. *La presse Médicale*, 37(9), 1195-1203. doi: 10.1016/j.lpm.2007.12.013

- OCSTAT. (2008). Résultats statistiques; les établissements de santé publiques données 2008. Patients Retrieved 10/01/2011, from <http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2010/resultats/dg-rs-2010-06.pdf>
- OCSTAT. (2011). projections démographiques de 2010 à 2040 Retrieved 9/9, 2011, from http://www.ge.ch/statistique/domaines/01/01_03/graphiques.asp#2
- OFS, (2010). Population Panorama Retrieved 10/01/2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/pan.html> [visité le 10/01/2011]
- OMS. (1998). L'organisation mondiale de la santé organise la première consultation internationale sur l'incontinence. Communiqués de presse Retrieved 28.01, 2012, from <http://www.who.int/inf-pr-1998/fr/cp98-49.html>
- Padula, C. A., Hughes, C., & Baumhover, L. (2009). Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *J Nurs Care Qual*, 24(4), 325-331. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181a4f79b
- Palmer, M. H. (2008). Urinary incontinence quality improvement in nursing homes: where have we been? Where are we going? *Urol Nurs*, 28(6), 439-444, 453.
- Pepin, J., Kerouac, S., Ducharme, F. (Ed.). (2010). *La Pensée Infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Petitpierre, N. J., Trombetti, A., Carroll, I., Michel, J. P., Herrmann, F. R. (2010). The FIM instrument to identify patients at risk of falling in geriatric wards: a 10-year

retrospective study. *Age Ageing*, 39(3), 326-331. doi: afq010
[pii]10.1093/ageing/afq010

Registered nurses' association of Ontario, R. (2005). Favoriser la continence par le déclenchement de la miction (avec supplément sur les révisions 2011). Ligne directrice sur la pratique exemplaires en soins infirmiers lignes directrices pour la pratique clinique Retrieved 8/02, 2012, from <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=1386>

Roe, B., Flanagan, L., Jack, B., Barrett, J., Chung, A., Shaw, C., & Williams, K. (2011). 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*, 67(2), 228-250. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05481.x

Sampsel, C. M. (2003). Behavioral intervention: the first-line treatment for women with urinary incontinence. [Review]. *Current urology reports*, 4(5), 356-361.

Saxer, S., Halfens, R. J., de Bie, R. A., Dassen, T. (2008). Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months. *Journal of clinical nursing*, 17(18), 2490-2496. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02055.x

St Pierre, J. (1998). Functional decline in hospitalized elders: preventive nursing measures. *AACN Clin Issues*, 9(1), 109-118.

Stucker, F., Herrmann, F., Graf, J. D., Michel, J. P., Krause, K. H., & Gavazzi, G. (2005). Procalcitonin and infection in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 53(8), 1392-1395. doi: JGS53421 [pii]10.1111/j.1532-5415.2005.53421.x

- Tannenbaum, C., & DuBeau, C. E. (2004). Urinary incontinence in the nursing home: practical approach to evaluation and management. *Clin Geriatr Med*, 20(3), 437-452, vi. doi: 10.1016/j.cger.2004.04.005S0749069004000345 [pii]
- Tannenbaum, C., Labrecque, D., & Lepage, C. (2005). Understanding barriers to continence care in institutions. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 24(2), 151-159.
- The canadian continence foundation, F. (2007). Incontinence: une perspective canadienne Retrieved 8.02, 2012, from <http://www.canadiancontinence.ca/francais/index.html>
- The canadian continence foundation, F. (2009). Impacts of Incontinence in Canada. A briefing document for policy makers Retrieved 18.02, 2012, from <http://www.canadiancontinence.ca/pdf/impacts-of-incontinence.pdf>
- Vaughan, C. P., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2011). Urinary incontinence in older adults. *Mt Sinai J Med*, 78(4), 558-570. doi: 10.1002/msj.20276
- Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Haltbakk, J., Bohm, J., Hunskaar, S. (2001). Healthcare personnel's attitudes towards patients with urinary incontinence. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 455-462.
- Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Quebec ERPI.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné. Saint Laurent (Quebec): ERPI.
- Vuagnat, H. (2012). [Prévalence de l'incontinence].

- Wagg, A., Potter, J., Peel, P., Irwin, P., Lowe, D., Pearson, M. (2008). National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence. [Historical Article, Multicenter Study]. *Age and ageing*, 37(1), 39-44. doi: 10.1093/ageing/afm163
- Wallace, M., Shelkey, M. (2008). Monitoring functional status in hospitalized older adults. *Am J Nurs*, 108(4), 64-71; quiz 71-62. doi: 10.1097/01.NAJ.0000314811.46029.3d [pii]00000446-200804000-00025
- Whiting, R., Shen, Q., Hung, W. T., Cordato, D., & Chan, D. K. (2011). Predictors for 5-year survival in a prospective cohort of elderly stroke patients. *Acta Neurol Scand*, 124(5), 309-316. doi: 10.1111/j.1600-0404.2010.01476.x
- WHO. (2002). Towards a language for Functioning, Disability and health Retrieved 26/02, 2011, from <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
- Zisberg, A., Gary, S., Gur-Yaish, N., Admi, H., & Shadmi, E. (2011). In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *J Am Geriatr Soc*, 59(6), 1099-1104. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03413.x

Appendices

Appendice A et A bis : La grille d'évaluation de la MIF avec 18 items
et son interprétation

La grille d'évaluation de la MIF

GRILLE d'EVALUATION DE LA MIF (inspirer de Granger 1990)		
Items	Points	Diagnostics/ Remarques
1: les soins personnels		
1. Alimentation		
2. Soins de l'apparence		
3. Hygiène/toilette		
4. Habillage: partie supérieure		
5. Habillage: partie inférieure		
6. Utilisation des toilettes		
Total points item 1		
2: le contrôle des sphincters		
7. Contrôle de la vessie		
8. Contrôle des intestins		
Total points item 2		
3: les transferts		
9. Lit, chaise, fauteuil roulant		
10. Aller aux toilettes		
11. Baignoire, douche		
Total points item 3		
4: la locomotion		
12. Marche, fauteuil roulant		
13. Escaliers		
Total points item 4		
5: la communication		
14. Compréhension auditive		
15. Expression verbale		
Total points item 5		
6: la conscience du monde extérieur		
16. Capacité d'interagir et de communiquer socialement		
17. Résolution des problèmes		
18. Mémoire		
Total points item 6		

MIF, 2012 M. C. Regat

La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) Interprétation.

(La MIF comprend 18 tâches avec 7 niveaux d'évaluation, comment l'utiliser ? le soignant peut remplir la grille MIF selon ses observations ou le faire avec le patient et/ou sa famille.)

Dépendance complète

1. point si l'aide est totale (autonomie = 0%+)
2. points si l'aide est maximale (autonomie = 25%+)

Dépendance modifiée

3. points si l'aide est modérée (autonomie = 50%+)
4. points si l'aide est minimale (autonomie = 75%+)
5. points si une surveillance est nécessaire

Sans aide

6. points si l'indépendance est relative (utilisation d'un appareil)
7. points si l'indépendance est complète

Une fois la grille remplie et le score total effectué, le score est interprété

Signification de l'évaluation

1. Score < 80 : dépendance, avec une vie à domicile compromise
2. 80 < score < 100 : dépendance modifiée, avec une vie à domicile avec aide
3. 100 < score < 126 indépendance, avec une vie autonome à domicile

Indications diagnostic

Il s'agit de voir les items où la personne a besoin d'aide pour mettre des interventions en place pour l'aider à accroître ou maintenir ses capacités afin d'améliorer sa qualité de vie selon ses priorités

Appendice B : Le profil de la continence

(I. S. Herr-Wilbert, Imhof, L., Hund-Georgiadis, M., Wilbert, D. M., 2010)

Continenence Profile (Fonda, 1999; Palmer et al., 1997)	<i>n</i>	%
1. Full continence		
2. Independently reached continence	14	67
3. Dependently reached continence		
4. Independently compensated incontinence		
5. Dependently compensated incontinence	7	33
6. Not compensated incontinence		
FIM-Item G, Bladder Management		
Level 6 + 7	11	52
Level ≤ 5	10	48

Appendice C : Les instruments d'évaluation fonctionnelle

Les instruments d'évaluation fonctionnelle (Graf, 2006)

INSTRUMENT	MODE OF ADMINISTRATION	MEASURES	USE
Hospital Admission Risk Profile (HARP) ¹	Direct observation plus self- or proxy report	Age Cognition Instrumental activities of daily living (IADLs)	Hospital
Functional Independence Measure (FIM) ²	Self-report, simulation, telephone survey	Motor: self-care, toileting, sphincter control, mobility and transfers, locomotion Cognitive: communication, comprehension, expression, social cognition, problem solving, memory, social interaction	Hospital, nursing home, community, outpatient, discharge planning
Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale ³	Self-report, proxy report, simulation	Housekeeping Food preparation Transportation Shopping Financial management Medication management Laundry	Hospital, outpatient, community, discharge planning
Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire-IADL (OARS-IADL) ⁴	Self-report, proxy report, simulation	Telephone Walking Shopping Meal preparation Housework Medication management Money management	Hospital, community, discharge planning
Timed Up and Go Test ⁵	Direct observation	Mobility, balance, gait	Hospital, nursing home, outpatient, community

Tableau 14 2012 M. C. Regat

Appendice D : Le formulaire de recueil des données

FORMULAIRE DE RECUEIL DES DONNEES
 ETUDE RETROSPECTIVE SUR DOSSIER

La mesure d'indépendance fonctionnelle et les interventions infirmières sur l'incontinence urinaire en gériatrie aux HUG: une étude descriptive corrélationnelle.
 Marie-Chantal Bikoi-Regat, étudiante de Master en sc. infirmières
 sous la direction de Prof Diane Morin, UNIL.

<u>codespécifiqueàlarecherche</u>	
-----------------------------------	--

1. Annéedenaissance _____
2. Sexe Femme Homme
3. Diagnostic principal-----
4. Motif d'hospitalisation -----
5. Score MIF général d'entrée (score possible 7 à 126) -----
6. Présence d'incontinence urinaire à la MIF d'entrée

Oui	<input type="checkbox"/>	score	→	--- / 7
Non	<input type="checkbox"/>		→	Fin de la collecte
7. Si présence d'incontinence urinaire à la MIF, la préoccupation face à l'incontinence est-elle présente dans les niveaux suivants:

a. Au moins un diagnostic infirmier	Oui	<input type="checkbox"/>		
	Non	<input type="checkbox"/>		
b. Au moins une prescription infirmière	Oui	<input type="checkbox"/>		
	Non	<input type="checkbox"/>		
c. Au moins une intervention infirmière	Oui	<input type="checkbox"/>		
	Non	<input type="checkbox"/>		

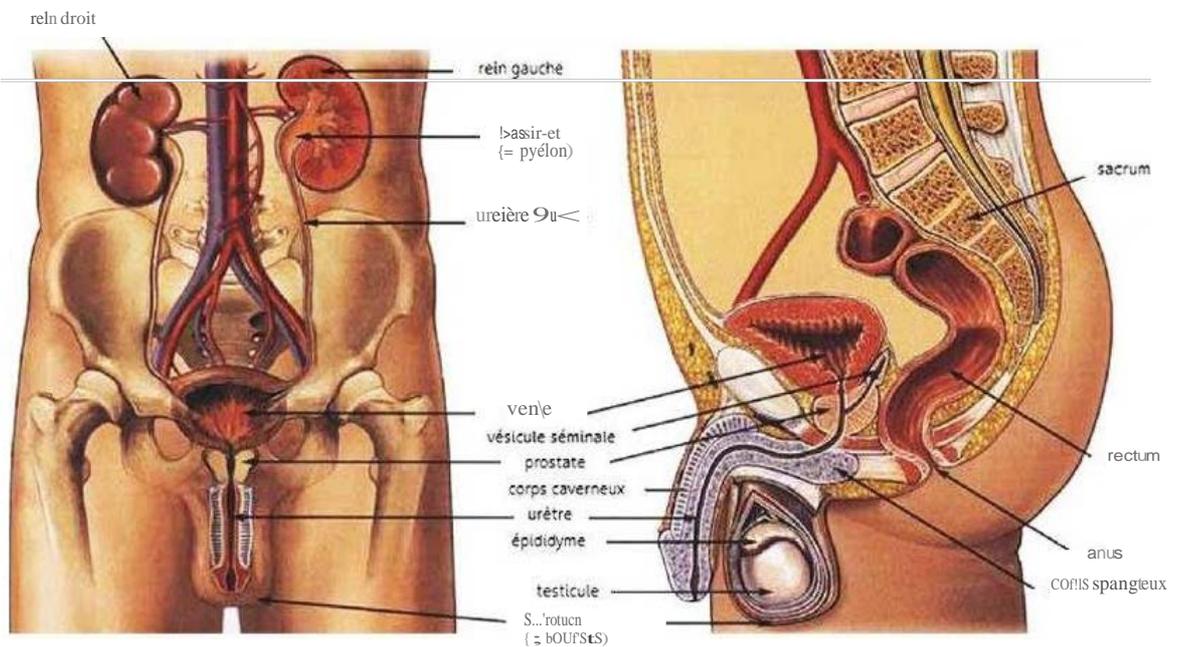
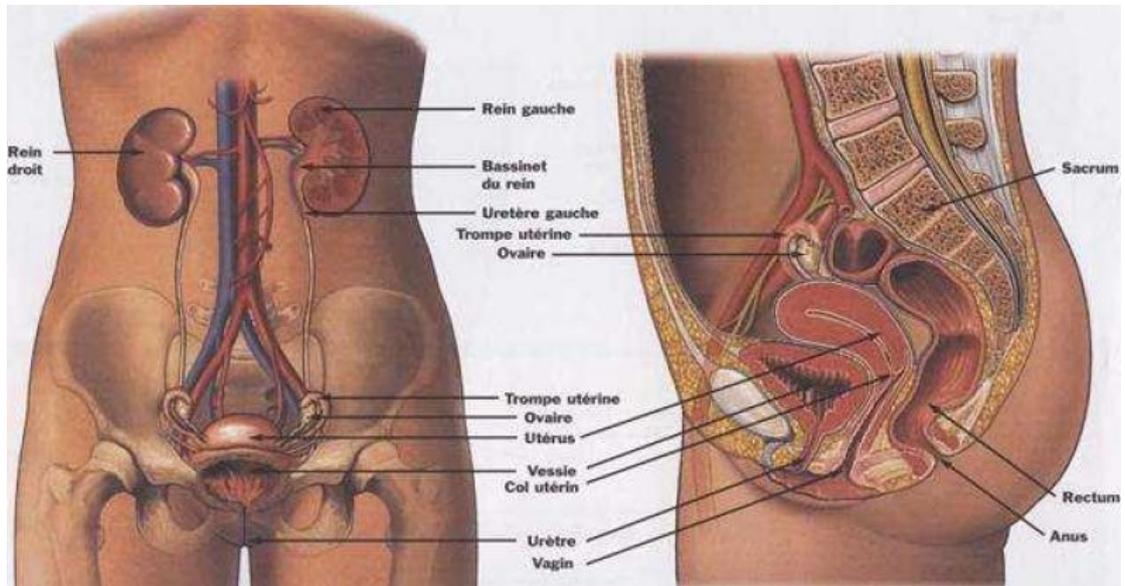
Le type	→	<input type="checkbox"/> Palliatif
		<input type="checkbox"/> Préventif
		<input type="checkbox"/> Curatif
8. Niveau de préoccupation de la prise en compte de l'incontinence urinaire par les infirmiers en relation avec les niveaux de préoccupations en 6a, 6b, 6c.

a. Présence des trois (3) niveaux de préoccupation infirmière sur les trois niveaux attendus	<input type="checkbox"/>
b. Présence de deux (2) niveaux de préoccupation infirmière sur les trois niveaux attendus	<input type="checkbox"/>
c. Présence d'un seul (1) niveau de préoccupation infirmière sur les trois niveaux attendus	<input type="checkbox"/>
d. Présence d'aucun (0) niveau de préoccupation infirmière sur les trois niveaux attendus	<input type="checkbox"/>

Appendice E : L'appareil urinaire de la femme et de l'homme

L'appareil urinaire de la femme et de l'homme (Dargis-Sureau, 2011)

Appareil génito-urinaire de la femme



APPAREIL URINAIRE ET GENITAL DE L'HOMME

Appendice F : Un exemple de grilles mictionnelle

Un exemple de grilles mictionnelle inspirée de HAS (ANAES, 2003)

Nom		Motivations du (de la) patient(e)		
Date de naissance				
Dates	Horaires Mictions	Volume urine (ML) ou Sensation de la personne d'avoir eu la vessie pleine	Circonstances 1. Est arrivé(e) aux WC. 2. N'est pas arrivé(e) aux WC. 3. Est dépendant(e).	Commentaires

Appendice G : Les exercices de Kegel

Les exercices de Kegel

Traitement proposé par l'Agence de la santé publique du Canada

Le docteur Arnold Kegel, un gynécologue américain, a mis au point ces exercices dans les années 40. Ils visent à renforcer, à épaissir et à élargir les muscles du pelvis.

Pour trouver les muscles du pelvis (bassin)

Étape 1 : S'asseoir au bord d'une chaise et bien écarter les pieds et les genoux. Mettre les coudes sur les genoux et se pencher vers l'avant. Le pelvis devrait toucher le siège.

Étape 2 : Fermer les yeux et imaginer que vous essayez de retenir un pet.

Étape 3 : Resserrer fortement les muscles autour du rectum et du canal urinaire, puis soulever le pelvis de façon à l'éloigner de la chaise.

Ne pas : pousser en forçant comme pendant une contraction; utiliser les muscles du ventre, des cuisses ou des fesses; retenir son souffle.

Exercices

1. Resserrer d'abord les muscles pelviens jusqu'à la limite du confort (la durée idéale est de 10 secondes).
2. Se reposer pendant quatre secondes.
3. Recommencer à serrer, se reposer puis reprendre, jusqu'à la limite du confort (l'objectif ultime est de 10 reprises).
4. Terminer la suite d'exercices par cinq petits resserrements.

Les spécialistes suggèrent de faire ces exercices au moins six fois par jour, soit en regardant la télévision (choisir une publicité répétitive comme rappel), ou chaque fois que les nouvelles sont diffusées à la radio, de façon à les incorporer à la routine quotidienne. Il est recommandé de resserrer les muscles en marchant, avant de rire, de tousser ou d'éternuer, en se levant, en tirant ou en poussant et surtout en route vers les toilettes après avoir réussi à contrôler l'envie d'uriner.

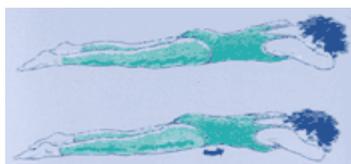
Appendice H : Les exercices du plancher pelvien, proposés par la société suisse d'aide aux personnes incontinentes.

Exercices du plancher pelvien, proposés par la société suisse d'aide aux personnes incontinentes (La Société suisse d'aide aux personnes incontinentes, 2011)

Exercices de physiothérapie pour la femme

Exercice 1

Se coucher sur un sol ferme. Respirer tranquillement. Percevoir les mouvements respiratoires contre le sol.



En expirant par la bouche avec les lèvres légèrement fermées (souffler lentement), pousser le pubis contre le sol, de sorte à raccourcir la ligne entre le pubis et le nombril. Ainsi, le plancher pelvien et la musculature du bas ventre seront contractés. En inspirant, relâcher la pression et se laisser "élargir" par l'air.

Important: Ce n'est qu'avec les lèvres légèrement fermées que la contraction sera efficace.

Cet exercice sert à renforcer l'élasticité de la musculature du plancher pelvien et du bas-ventre.

Exercice 2

Poser le dos du pied à plat contre le sol; les coudes légèrement pliés; le regard dirigé contre le sol.

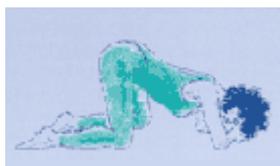


Soulever et rabaisser les genoux plusieurs fois sans toucher le sol. Continuer à respirer et parler: "hop-hop-hop". Répéter l'exercice aussi longtemps qu'il est agréable. Pendant la pause: position genou-coude de façon à détendre les articulations des mains (voir exercice 3).

Cet exercice augmente la force de la musculature abdominale.

Exercice 3

Pieds assemblés, genoux éloignés afin que le bassin et le ventre puissent être détendus. Poser la tête sur les mains.



Respirer tranquillement. Pour stimuler la musculature du plancher pelvien, il faut prononcer le "ck" de façon explosive: "Lack" - ressentir; "Lick" - ressentir; "Lock" - ressentir. Répéter encore. Le "R roulé" a un effet stimulant sur la musculature du plancher pelvien. En parlant, faites rouler bruyamment le "Brrrrr!"

Dans cette position, l'aspiration par le diaphragme remonte la vessie et le plancher pelvien. La dynamique du diaphragme se transmet à toute la musculature abdominale y compris le plancher pelvien. L'accentuation de l'effet par la parole, renforce les mouvements actifs du diaphragme.

Exercice 4

Se coucher sur le dos; lever les bras et les jambes; appuyer éventuellement les pieds contre une paroi.



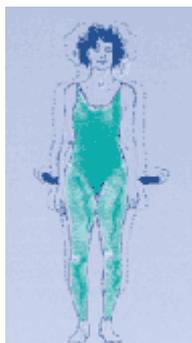
Maintenir cette position quelque temps. Respirer calmement. Effectuer l'exercice trois fois en alternance avec l'exercice 3.

Cet exercice améliore la circulation en ramenant le sang stocké dans les extrémités, en particulier celui des jambes qui est redistribué dans le bas-ventre. Le changement de position dû à l'alternance des exercices 3 et 4, agit comme une gymnastique vasculaire et améliore également la circulation.

Les bras peuvent rester au sol si l'exercice est trop astreignant (en cas d'hypertension).

Exercice 5

Se tenir droite; les pieds parallèles; les genoux à peine pliés. Les pieds sont plaqués au sol.



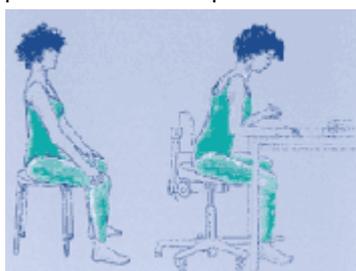
Faire tourner le bassin, la cage thoracique et la tête en ellipse. Les jambes sont ainsi mises à contribution en alternance.

Les cercles ne doivent pas dépasser la limite extérieure des pieds. La colonne vertébrale doit rester droite, sans torsion.

La position debout dynamique lutte contre la fatigue musculaire.

Exercice 6

S'asseoir droite, les jambes écartées, de telle sorte à se sentir décontractée (la distance correcte entre les pieds est à tester personnellement).



Cette position devrait être la position assise de tous les jours! Elle sert à relâcher la tension du plancher pelvien et de la colonne vertébrale. La musculature abdominale maintient les organes, ce qui détend le plancher pelvien.

Truc: pour aider à garder la position droite, on peut placer un petit coussin de riz sous le siège (voir exercice 9).

Position de travail à table: A partir des hanches, avec le dos allongé (la colonne vertébrale ne fait pas de mouvement propre), se pencher en avant et s'appuyer.

Exercice 7

Pencher le haut du corps légèrement vers l'avant; appuyer éventuellement les mains et les bras.



Cet exercice demande de l'imagination:

imaginez que vous avez un abricot au milieu du vagin. A l'aide de la musculature pelvienne, vous pouvez retenir et bouger l'abricot.

Essayez de le: garder fermement tourner presser mesurer aspirer la pulpe.

Cet exercice devrait contribuer à vous sensibiliser à l'élasticité des muscles du plancher pelvien.

Exercice 8



Se tenir droite sur le tabouret; soulever une jambe; joindre les mains et les croiser devant les genoux.

Pencher le haut du corps lentement et légèrement vers l'arrière. Lâcher soudainement les mains, former un ovale long et étroit autour de la tête, tout en tenant la jambe relevée. Maintenir la position quelques secondes.

Expirer, parler ou fredonner en même temps. Joindre à nouveau les mains et les croiser devant les genoux.

Répéter l'exercice en changeant de jambe.

Cet exercice permet de fortifier la musculature abdominale et de stimuler le plancher pelvien.

Exercice 9

Confectionnez-vous un petit coussin de riz (15 x 15 cm et d'env. 180 g).



Glisser le riz dans un coin avant l'exercice et s'asseoir sur le coussin (le coin rempli directement sous le siège). Le petit coussin de riz est une aide sensitive. Avec un peu d'imagination, son usage n'est pas indispensable! Laissez aller votre imagination: Essayez d'attraper un grain de riz en contractant le muscle de l'anus et par des mouvements ondulatoires de l'attirer vers le haut. Vous essayez d'"avaler" des grains de riz.

Cet exercice permet de vous sensibiliser aux mouvements élastiques de votre musculature.

Recommandé en particulier lors d'incontinence des vents et des selles.

Exercice 10

Tenir les jambes écartées; garder la colonne droite. Se baisser. Pousser en même temps le bassin vers l'arrière et fléchir les genoux.



Soulever un objet en redressant les genoux et en poussant le bassin vers l'avant. (Ne pas soulever en redressant le dos!)

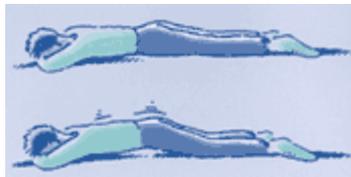
Tenir l'objet près du corps.

En soulevant, expirer bruyamment ("ouf", "hop").

Cet exercice doit vous sensibiliser à une position correcte lors de port d'objets, car chaque inclinaison ou port d'objet avec le dos rond surcharge votre musculature pelvienne et les structures de votre colonne vertébrale (disques intervertébraux).

Exercices de physiothérapie pour l'homme

Exercice 1



Se coucher sur un sol ferme. Respirer tranquillement. Percevoir les mouvements respiratoires contre le sol.

En expirant par la bouche avec les lèvres légèrement fermées (souffler lentement), pousser le pubis contre le sol, de sorte à raccourcir la ligne entre le pubis et le nombril. Ainsi, le plancher pelvien et la musculature du bas ventre seront contractés. En inspirant, relâcher la pression et se laisser "élargir" par

l'air. Important:

Ce n'est qu'avec les lèvres légèrement fermées que la contraction sera efficace.

Cet exercice sert à renforcer l'élasticité de la musculature du plancher pelvien et du bas-ventre.

Exercice 2



Poser le dos du pied plat contre le sol; les coudes légèrement pliés; le regard dirigé contre le sol.

Soulever et rabaisser les genoux plusieurs fois sans toucher le sol. Continuer à respirer et parler: "hop-hop-hop". Répéter l'exercice aussi longtemps qu'il est agréable. Pendant la pause: position genou-coude de façon à détendre les articulations des mains (voir exercice 3).

Cet exercice augmente la force de la musculature abdominale.

Exercice 3

Pieds assemblés, genoux éloignés afin que le bassin et le ventre puissent être détendus. Poser la tête sur les mains.



Respirer tranquillement. Pour stimuler la musculature du plancher pelvien, il faut prononcer le "ck" de façon explosive:

"Lack" - ressentir; "Lick" - ressentir;

"Lock" - ressentir. Répéter encore. Le

"R roulé" a un effet stimulant sur la musculature du plancher pelvien. En parlant, faites rouler bruyamment le "Brrrrr!"

Dans cette position, l'aspiration par le diaphragme remonte la vessie et le plancher pelvien. La dynamique du diaphragme se transmet à toute la musculature abdominale y compris le plancher pelvien. L'accentuation de l'effet par la parole, renforce les mouvements actifs du diaphragme.

Exercice 4



lever les bras et les jambes; appuyer éventuellement les pieds contre une paroi.

Maintenir cette position quelque temps. Respirer calmement. Effectuer l'exercice trois fois en alternance avec l'exercice 3.

Cet exercice améliore la circulation en ramenant le sang stocké dans les extrémités, en particulier celui des jambes qui est redistribué dans le bas-ventre. Le changement de position dû à l'alternance des exercices 3 et 4, agit comme une gymnastique vasculaire et améliore également la circulation.

Les bras peuvent rester au sol si l'exercice est trop astreignant (en cas d'hypertension).

Exercice 5



Se tenir droite; les pieds parallèles; les genoux à peine pliés. Les pieds sont plaqués au sol.

Faire tourner le bassin, la cage thoracique et la tête en ellipse. Les jambes sont ainsi mises à contribution en alternance.

Les cercles ne doivent pas dépasser la limite extérieure des pieds. La colonne vertébrale doit rester droite, sans torsion.

La position debout dynamique lutte contre la fatigue musculaire.

Exercice 6

S'asseoir droite, les jambes écartées, de telle sorte à se sentir décontractée (la distance correcte entre les pieds est à tester personnellement).



Cette position devrait être la position assise de tous les jours! Elle sert à relâcher la tension du plancher pelvien et de la colonne vertébrale. La musculature abdominale maintient les organes, ce qui détend le plancher pelvien.

Truc:

pour aider à garder la position droite, on peut placer un petit coussin de riz sous le siège (voir exercice 8).

Position de travail à table:

A partir des hanches, avec le dos allongé (la colonne vertébrale ne fait pas de mouvement propre), se pencher en avant et s'appuyer.

Exercice 7

Se tenir droite sur le tabouret; soulever une jambe; joindre les mains et les croiser devant les genoux.



Pencher le haut du corps lentement et légèrement vers l'arrière. Lâcher soudainement les mains, former un ovale long et étroit autour de la tête, tout en tenant la jambe relevée. Maintenir la position quelques secondes. Expirer, parler ou fredonner en même temps. Joindre à nouveau les mains et les croiser devant les genoux.

Répéter l'exercice en changeant de jambe.

Cet exercice permet de fortifier la musculature abdominale et de stimuler le plancher pelvien.

Exercice 8

Confectionnez-vous un petit coussin de riz (15 x 15 cm et d'env. 180 g).



Glisser le riz dans un coin avant l'exercice et s'asseoir sur le coussin (le coin rempli directement sous le siège). Le petit coussin de riz est une aide sensitive. Avec un peu d'imagination, son usage n'est pas indispensable! Laissez aller votre imagination: Essayez d'attraper un grain de riz en contractant le muscle de l'anus et par des mouvements ondulatoires de l'attirer vers le haut. Vous essayez d'"avaler" des grains de riz.

Cet exercice permet de vous sensibiliser aux mouvements élastiques de votre musculature.

Recommandé en particulier lors d'incontinence des vents et des selles.

Exercice 9

Tenir les jambes écartées; garder la colonne droite. Se baisser. Pousser en même temps le bassin vers l'arrière et fléchir les genoux.



Soulever un objet en redressant les genoux et en poussant le bassin vers l'avant. (Ne pas soulever en redressant le dos!) Tenir l'objet près du corps. En soulevant, expirer bruyamment ("ouf", "hop").

Cet exercice doit vous sensibiliser à une position correcte lors de port d'objets, car chaque inclinaison ou port d'objet avec le dos rond surcharge votre musculature pelvienne et les structures de votre colonne vertébrale (disques intervertébraux).

Appendice I : Traitements proposés par L'association Canadienne d'Urologie

Traitements proposés par L'association Canadienne d'Urologie (CAU, 2005)

Traitements Non Médicamenteux

Règles hygiéno-diététiques Apports liquidiens : une simple limitation des apports liquidiens peut permettre de diminuer la nycturie, l'urgenterie et la pollakiurie. Cependant, les patients souffrant d'infections urinaires récidivantes ou de lithiase urinaire ne doivent pas restreindre leur apport liquidien et sont ainsi des cas plus difficiles.

Caféine : la caféine est un irritant local et un diurétique. La limitation ou l'élimination complète de la caféine doit être conseillée.

Alcool : c'est également un irritant local et un puissant diurétique. De plus, il a une action myorelaxante sur le plancher pelvien. Sa consommation doit être modérée.

Miction à heure fixe ou « miction programmée » : il s'agit de déterminer la capacité vésicale avant le besoin urgent (à l'aide d'un calendrier mictionnel, voire d'un bilan urodynamique) et de calculer la fréquence mictionnelle à respecter pour ne pas dépasser ce volume. On conseille alors au patient de respecter un intervalle inter-mictionnel fixe. L'aide d'un soignant sera utile aux patients institutionnalisés ou fonctionnellement diminués.

Exercices de retenue : bien que difficiles pour les patients, il existe pourtant des preuves que l'espacement de l'intervalle inter-mictionnel peut être efficace pour réduire l'incontinence par urgenterie et l'incontinence mixte.

Rééducation périnéale

La rééducation périnéale peut être utile dans les IU peu ou moyennement sévères, chez des patients motivés et compliants.

Exercices de Kegel prophylactiques Ils devraient faire partie du programme d'éducation de la santé pour les filles d'âge scolaire et être enseignés à toute les femmes en début de grossesse pour limiter l'incontinence post partum. Les bienfaits semblent faibles dans les autres cas. L'exercice du stop-jet est une méthode efficace pour permettre au patient d'identifier le sphincter urinaire et les muscles du plancher pelvien. Il y a ainsi un rétro-contrôle simple : lorsque le patient contracte correctement son plancher pelvien, il voit le jet s'arrêter. Un tel exercice fait pendant quelques secondes et répété régulièrement est efficace et comporte peu de risques d'entraîner une vidange vésicale incomplète.

Exercices de Kegel thérapeutiques Les patients compliants souffrant d'IU modérée voient en général un bénéfice après 6 à 12 mois d'exercices de Kegel assidus (en particulier l'exercice du stop-jet). L'aide d'un physiothérapeute ou d'une infirmière clinicienne spécialisée pourra en augmenter l'efficacité. Le bénéfice pour traiter l'incontinence par urgenterie paraît plus modeste. Par contre, les exercices de Kegel devraient être recommandés aux hommes

après une prostatectomie totale dans la mesure où le sphincter devient leur seul moyen de continence.

Biofeedback Le contrôle des muscles du plancher pelvien et l'inhibition réflexe de la vessie liée à leur contraction prolongée peuvent être améliorés par la technique de rééducation par biofeedback. Cette technique est plus efficace que le placebo pour traiter l'IU par urgenterie ou mixte de la femme.

Rôle des poids et sondes vaginales dans la rééducation périnéale Ils ne semblent pas apporter de bénéfice majeur à la rééducation périnéale, car des cas d'irritation, de douleur et de mauvaise tolérance ont été rapportés.

Électrostimulation du plancher pelvien Elle est censée induire une activité électrique et une contraction des muscles du plancher pelvien. Cette technique pourrait être utile pour l'IU d'effort ou mixte mais il manque à ce jour de résultats probants pour soutenir cette hypothèse.

Neuromodulation La neuromodulation peut prendre la forme de l'implantation d'un « pace-maker vésical ». Cette technique nécessite un test préalable avec électrode temporaire et stimulateur externe. L'électrode est implantée à proximité de la branche ventrale du 3e nerf spinal sacré et agit par inhibition des afférences vésicales. Lorsqu'un résultat positif à cette période test est obtenu, une implantation d'électrodes et du boîtier définitif est proposée. Chez des patients extrêmement sélectionnés cette approche offre une amélioration de la qualité de vie.

Le SANS (Stoller Afferent Nerve Stimulator) fonctionne selon le même principe, mais c'est le nerf tibial postérieur dont l'origine médullaire est commune de celle des afférences vésicales qui est stimulé, au-dessus du niveau de la cheville et derrière la malléole. Une aiguille semblable à celles utilisées en acupuncture est insérée et une stimulation électrique est appliquée. Une flexion plantaire des orteils ou une paresthésie des orteils signale la stimulation du nerf à proprement parler. Les séances de 30 minutes sont hebdomadaires au départ, puis sont espacées au rythme d'une fois par mois. Bien que les résultats soit imprévisibles, des succès ont été observés chez des patients ne répondant pas (ou ne tolérant pas) aux anticholinergiques.

Autres options thérapeutiques

Sondages propres intermittents (SPI) Les SPI sont très efficaces pour traiter les fuites urinaires par regorgement. Ils constituent le traitement de choix des vessies hypo ou contractiles aux gros résidus post-mictionnels. Une antibioprophylaxie associée aux SPI n'est nécessaire qu'en cas d'immunodépression. (...)

Dispositifs externes de recueil des urines Chez les hommes qui n'ont pas de résidus post-mictionnels significatif, l'étui pénien est un système efficace de recueil des urines. Les soins cutanés doivent être attentifs pour éviter l'altération cutanée sous l'étui. Il n'y a pas à ce jour de système comparable efficace chez la femme.

Sonde vésicale à ballonnet à demeure Cette approche est presque toujours déconseillée pour la prise en charge d'un patient incontinent. Pour une très courte période ou chez un patient grabataire, un cathéter à demeure permet une simplification des soins quotidiens et de l'hygiène. Cependant, le sondage vésical à demeure prolongé mène presque inmanquablement à l'infection urinaire chronique, aux saignements urétraux vésicaux, à des fuites autour du cathéter, aux calculs vésicaux et aux lésions urétrales sévères.

Cathéter sus-pubien Chez des patients sélectionnés il peut être proposé comme mode de vidange vésicale à long terme. Les soins des patients alités chroniques peuvent être ainsi allégés et le taux de complication est généralement modeste.

Pinces à verge Il n'y a pas ou peu de données sur l'efficacité des pinces à verge et leur tolérance est faible à moyen ou long terme. Elles sont la plupart du temps abandonnées par les patients.

Pessaires et dispositifs vaginaux Ces dispositifs, bien que répandus, sont mal tolérés dû aux irritations, voire aux ulcérations et à la rétention qu'ils entraînent. Ils sont réservés aux patientes plus âgées non candidates à la chirurgie. Aucun des dispositifs plus adaptés au soutien du col vésical n'a fait l'objet d'une évaluation suffisamment prolongée.

D – Traitement Médicamenteux

Le tableau suivant rassemble les médicaments actuellement disponibles, leurs indications, dose et le niveau de preuve de leur efficacité. Quand les anticholinergiques sont indiqués, et que leur éventuel non-remboursement n'est pas un obstacle, il faut préférer les formes à libération lente, du fait d'une meilleure tolérance et de la facilité de la prise quotidienne unique. (HV comprendre vessie hyperactive)

Traitement	Indication(s)	Nom générique	Nom commercial	Dose initiale	Dose maximale	Preuve clinique
Première intention	HV	oxybutynin ER	Ditropan XL®	5 mg po/j	10 mg po/j	prouvé
	HV	tolterodine ER	Unidet™	2 mg po/j	4 mg po/j	prouvé
Deuxième intention	HV	tolterodine L-tartare	Detrol™	2 mg po/j.	2 mg 2/j.	prouvé
	HV	oxybutynin chloride	Ditropan®	2.5 mg 3/j	5 mg 4/j	prouvé
Indications particulières	HV	propantheline bromide	Pro-Banthine®	7.5 mg 3/j	15 mg 4/j	prouvé
	HV, IUE	imipramine HCL	Tofranil®	25 mg	25 mg 3/j	suggéré
	SUI	estrogènes				suggéré
Optionnel	HV	flavoxate HCL	Urispas®	200 mg 3/J	400 mg 4/j.	empirique

E - Traitement Chirurgical

Incontinence urinaire d'effort de la femme La chirurgie est indiquée pour traiter l'IU d'effort de la femme lorsque la gêne ressentie par la patiente est jugée suffisante, après échec des traitements conservateurs, en présence de fuites observées en condition d'effort par l'urologue, et lorsque leur cause a été clairement élucidée.

Les éléments à prendre en compte pour le choix d'une technique

- 1) Part relative de l'hyper-mobilité urétrale et de l'insuffisance sphinctérienne.
- 2) Mode vie de la patiente, âge, activité, état général.
- 3) Pathologie associée (prolapsus pelvien, diverticule urétral).
- 4) Disponibilité des différentes techniques (coût et taux de remboursement des injectables).
- 5) Le chirurgien doit avoir une expérience suffisante de l'ensemble des techniques de chirurgie d'incontinence urinaire d'effort pour pouvoir proposer et réaliser chacune d'entre elles avec compétence.
- 6) Le taux de succès des suspensions transvaginales en général est inférieur à celui des interventions par voie rétropubienne ou des bandelettes de suspension.

Difficulté d'établir des recommandations basées sur les preuves

De nombreuses études ont des suivis trop courts alors que les échecs des traitements chirurgicaux de l'IUE se manifestent à 5 ans et plus de la chirurgie. Des résultats à 6 mois ou 1 an n'établissent pas l'efficacité d'un traitement (..).

Incontinence urinaire d'effort de l'homme

Lorsque les mesures hygiéno-diététiques et la rééducation périnéo-sphinctérienne ne permettent pas une amélioration suffisante de la qualité de vie des patients incontinents, un traitement chirurgical doit être proposé.

Appendice J : Acceptation de la commission centrale d'éthique de la recherche sur l'être humain des HUG

Président
de la
Commission d'éthique de la
recherche humaine des HUG

Genève, le 3 novembre 2011

01 itJb10:t VUAGNI,T
Ho.r,&œ
&V>▷IKRX

NTWT : Cœpœ

Approbation d'un protocole dans le cadre de l'autorisation générale relative à la recherche clinique dans les HUG

N° et titre du protocole: 11-101R (Psy 11-023R) La mesure d'indépendance fonctionnelle des interventions infirmières sur l'incontinence urinaire en gériatrie aux HUG, une étude descriptive corrélationnelle.

Le protocole susmentionné par un comité d'éthique départemental sera ratifié par le Collège des chefs de service des HUG au cours de sa séance du 11/11/11. Après cette ratification, la déclaration de non-objection (ni obstacle) vous sera délivrée par le Directeur médical, et c'est à ce moment là seulement que vous pourrez commencer votre étude.

Au cas où un accès à DPI est nécessaire à la réalisation de ce travail, il vous appartient de prendre contact avec le Docteur Pierre Conne, Service codage, Information Clinique et Liaison Assurantielle (DCLA), Direction de l'analyse médico-économique (DAME) afin que la procédure d'accès DPI soit mise en place par son service.

En votre nom,
Le Directeur médical,
Dr Pierre Conne

Prof. Olivier Irion *Olivier Irion*

Prof. P. Conne, Directeur médical
Dr Pierre Conne, Service codage, Information Clinique et Liaison
Direction de l'analyse médico-économique (DAME)

copie du protocole au Dr Pierre Conne

Commission d'éthique de la Recherche des HUG - Hôpital
- CH-1211 Genève 14 - Suisse

fl>!!"il-ZI);, i:::;!;j ; ; j::;1 nili2.1!r"u::RC :nmi4nk<4Cn<d•lkç;j!



Direction médicale et qualité

Dr Hubert VUAGNAT
Médecin-chef du Service
d'Urologie

Hôpital de Veve - Hôpital de Loix
Département de Urologie et de
Médecine Préventive

III

TAO-1203:U:11

Genève le 11 novembre 2011

Concerne : Autorisation de mise en œuvre de la procédure N° 11-19 (NAC 11 02SR)
« La mise en œuvre de la procédure de l'Association Infirmière pour
l'incontinence urinaire de Genève, une unité de soins de jour
c'est-à-dire »

Cher Collègue,

Collège Médical de l'Association Infirmière de Genève HUG pour la Commission de
la procédure de l'Association Infirmière de Genève du 20 décembre 2000 et du
21 janvier 2008. Je vous prie de vouloir bien être informé que le Collège Médical de
l'Association Infirmière de Genève a été créé par le Collège Médical de Genève.

Il est donc de votre responsabilité de participer à cette étude en tant que
conformément aux exigences de la loi sur la protection des données.

En outre, je vous prie de vouloir bien participer à ce projet. Je vous prie de
me faire part de vos messages.

Pierre Oger
Médecin-chef

Dr Pierre Oger, Médecin-chef de l'Association Infirmière de Genève
• Dr P. COME, Médecin-chef de l'Association Infirmière de Genève (DAME)

....., N,

.....
L'Association Médicale de Genève
..... C

Appendice K: Bourse d'étude Leenaards

Bourse d'étude Leenaards



DRH - Gestion des ressources hu
Département de médecine interne, de
et de médecine

Madame
Marie-Chantal BECHI REGAT
Route de Bonneville 1639
F - 74130 CONTAMINE SURVE

NUMERO: 57 / 1a

19 décembre 2011

Objet : votre master sciences infirmières - Bourse d'études Leenaards 2011-2012

Conformément à votre demande, nous acceptons de vous libérer totalement de l'obligation de travailler (100% de votre taux d'activité de 50%) du 1^{er} février au 18 juin 2012.

Cette période nous sera indemnisée grâce au montant de la bourse d'études que vous avez obtenue pour réaliser votre projet d'étude.

Dans ce sens, vous continuerez à percevoir votre salaire et nous adresserons une facture de CHF 19'911.40 à l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS), Rue César Raux 19, 1005 Lausanne.

Vous souhaitant plein succès et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions de croire, chère Madame, à l'expression de nos

Sandra MERKLI
Responsable des soins

Séverine TERCIER
Responsable des ressources

Mme: F. Detief, S. Marsin, S. Merli - M. A. Schwager