



Démarches d'amélioration de la qualité des soins liés à l'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est un symptôme fréquent. Peu souvent spontanément évoquée, il est nécessaire de l'aborder avec chaque patient. Une fois mise en évidence, il faudra pouvoir en préciser l'origine afin de proposer un traitement. Ce dernier se révélant souvent efficace, il améliorera significativement la qualité de vie du patient. Afin d'améliorer cette prise en charge, les Hôpitaux universitaires de Genève proposent, au travers d'un groupe multidisciplinaire transversal, la diffusion dans les services de connaissances, d'outils de dépistage et d'échelles d'évaluation sur l'incontinence. Cette équipe permet aux acteurs de la lutte contre l'incontinence de créer un réseau et de leur faciliter l'orientation des patients qui en présentent le besoin.

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire (IU) est un problème fréquent. Il a un impact social et économique considérable sur les individus et la société. Les estimations de prévalence varient entre 5 et 54% selon les populations étudiées et les méthodes d'évaluation utilisées.¹ Sur ces bases, on peut grossièrement estimer qu'en Suisse au moins 400 000 personnes souffrent d'une IU. Les coûts engendrés incluent, en plus des soins médicaux (consultations,

médicaments, physiothérapie et chirurgie), les soins apportés aux personnes dépendantes ainsi que les matériaux d'incontinence (absorbants, condoms, sondes et poches...). Le coût global en France a été estimé à 4,6 milliards d'euros en 2003.² L'impact clinique de l'incontinence inclut notamment des difficultés de scolarisation chez les enfants, ainsi que le sentiment de honte et le repli sur soi à tout âge.

Bien que l'IU puisse survenir tout au long de l'existence, sa fréquence et sa sévérité augmentent clairement avec l'âge dans les deux sexes. Sa prévalence reste cependant plus élevée chez la femme ménopausée.³ Les sujets gravement incontinents sont généralement plus âgés et ont une moins bonne perception de leur qualité de vie, une plus grande invalidité et plus de symptômes dépressifs.⁴ Chez les patients atteints de pathologies neurologiques (accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, traumatisme médullaire, maladie de Parkinson, etc.), le dysfonctionnement vésico-sphinctérien est également fréquent et souvent source de morbidité et d'altération de la qualité de vie.⁵

L'enjeu de l'incontinence chez les sujets dépendants (principalement les personnes âgées et celles atteintes de pathologies neurologiques) est particulièrement important car il augmente la charge de soins prodigués par une tierce personne; il est ainsi l'un des principaux motifs d'institutionnalisation.⁶

Au vu du vieillissement général de la population, les hôpitaux sont appelés à accueillir des personnes de plus en plus âgées et dépendantes.

Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), 47% des patients ont plus de 70 ans.⁷ De ce fait, les différents services seront amenés à prendre de plus en plus en charge des personnes incontinentes ou à risque élevé de le devenir. Aux HUG, la prévalence mesurée de l'IU est de 38% des patients hospitalisés, selon l'en-

Rev Med Suisse 2013; 9: 2289-93

A. Kassouha
V. Gogniat
H. Vuagnat
H. Meriah
C. Iselin

Steps to improve the quality of urinary incontinence care

Urinary incontinence is a frequent symptom rarely spontaneously reported. This emphasizes the need to address it in every patient. Once disclosed, its origin needs to be specified so that therapeutic issues may be reached. These being often efficient, patient quality of life will improve significantly. In order to improve urinary incontinence management, a multidisciplinary group of healthcare professionals of our institution have proposed to spread basic knowledge, screening tools and evaluation scales of this bothersome worldwide symptom. This team enables healthcare providers to unite themselves in a network which will help to orientate patients in order to fulfill their needs.

quête annuelle de 2010 et 2011 du groupe «zoom escarre». Dans certains services, elle dépasse 50%.⁸

Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, il est donc impératif que les soignants des différents services, même non spécialisés dans le traitement de l'incontinence, aient conscience de ce problème et assurent la prise en charge initiale et surtout évitent de précipiter l'apparition de ce symptôme. Par exemple, le patient confiné au lit ou contraint à l'alitement par des perfusions, des barres de sécurité, ne peut pas se lever seul pour aller aux toilettes et l'entourage soignant n'est pas toujours disponible au bon moment, provoquant ainsi l'incontinence. Des mesures palliatives (protections) sont régulièrement proposées aux patients âgés, ce qui peut les encourager à se laisser aller et favorise l'incontinence. Sans oublier l'instauration de médicaments favorisant l'incontinence (par exemple, les sédatifs et les diurétiques).

Dans le but d'initier des démarches structurées d'amélioration de la qualité des soins liés à l'IU aux HUG, une enquête a été réalisée auprès des professionnels de la santé travaillant dans l'institution. Ses objectifs étaient de faire un état des lieux des représentations, des connaissances et des pratiques, ainsi que d'identifier l'implication des soignants et leurs besoins. Cette enquête a été menée principalement par des cadres infirmiers avec une collaboration médicale, dans le cadre d'un projet qualité.⁹

ENQUÊTE SUR LE THÈME DE L'INCONTINENCE URINAIRE AUX HUG

Un questionnaire de 34 items a été envoyé aux 3300 professionnels de la santé des HUG les plus concernés par l'IU (aides-soignants, infirmiers, médecins et sages-femmes), en ciblant les collaborateurs des départements, des services ou des unités les plus touchés par cette problématique (réhabilitation et gériatrie, médecine interne, neurosciences cliniques, chirurgie, gynécologie et obstétrique, psychiatrie gériatrique, soins communautaires et direction des soins). Le taux de réponses moyen a été de 55% (figure 1). Une partie des résultats de cette enquête est résumée dans les lignes suivantes.

Dix-sept pour cent des professionnels interrogés déclarent avoir reçu une formation complémentaire sur l'IU, pour la plupart comprise entre une heure et deux jours. Deux tiers du collectif déclarent que les soins d'IU sont une priorité pour leur service et pour eux (seulement 50% chez les médecins).

Concernant les connaissances des facteurs favorisant l'IU, 78% du collectif reconnaît l'accouchement et 77% l'infection urinaire. Par contre, seulement 54% déclarent connaître les maladies de la prostate, 48% la réduction de la mobilité et 29% la constipation.

Concernant les pratiques de soins, 59% des soignants en réhabilitation et gériatrie déclarent aborder le thème toujours ou souvent avec les patients, 58% en psychiatrie gériatrique, 47% en gynécologie et obstétrique. Ce sont les soignants de médecine (27%) et de chirurgie (22%) qui disent évoquer le moins cette thématique. Le Département de neurosciences, qui a une composition hybride de médecine aiguë et de rééducation, se situe entre les deux ex-

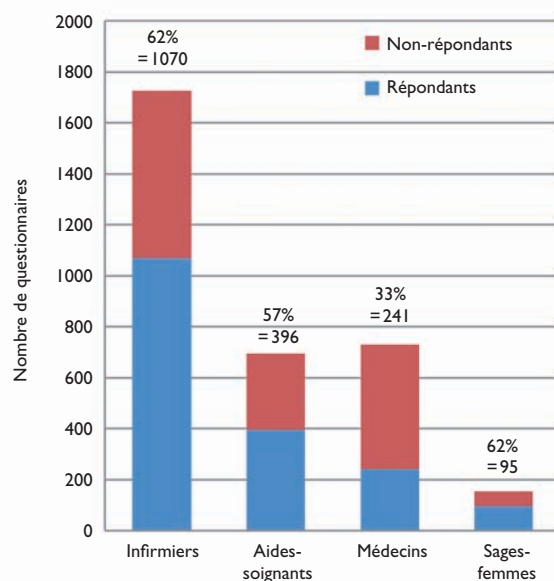


Figure 1. Nombre absolu et taux de réponses par profession

trêmes, à 41%. Les soignants qui ont une formation complémentaire sur l'IU sont plus nombreux à aborder le thème avec les patients ($p \leq 0,0001$).

Près de deux tiers des soignants déclarent ne jamais utiliser d'outils d'évaluation. Quatre sur dix d'entre eux ne sollicitent jamais les spécialistes ou consultants alors que 71% disent s'impliquer dans la spécificité des soins du patient souffrant d'incontinence urinaire. La satisfaction des soignants dans la prise en charge des patients incontinents est positivement corrélée avec leur implication, l'usage d'instruments d'évaluation et la consultation de spécialistes (Spearman's $\rho = 0,36$, $p \leq 0,0001$). Les soignants des départements où des actions d'amélioration et de formation ont été mises en place ont de meilleures connaissances. Ils abordent plus volontiers le thème de l'IU avec les patients, utilisent plus les instruments d'évaluation de l'IU et sollicitent les consultants spécialisés. Ils ont des attitudes plus positives et se sentent concernés par cette thématique.

PROJET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS LIÉS À L'INCONTINENCE AUX HUG

Suite à cette enquête et pour faire face à cette vaste problématique, un groupe de référence multidisciplinaire et transdépartemental a été créé au sein des HUG. Il vise à: 1) élaborer et diffuser des recommandations de bonnes pratiques basées sur les faits probants; 2) sélectionner et mettre à disposition de tous les départements, dans le dossier informatisé du patient, des outils d'évaluation de l'IU; 3) développer des formations internes et 4) créer un guide de soins pour l'amélioration de la continence urinaire chez les patients âgés.

Autre problème parallèle important, l'incontinence fécale qui, si elle n'a pas fait l'objet de questions dans l'enquête,



reste néanmoins une préoccupation fondamentale de ce groupe.¹⁰

Sur le plan pratique, les premières étapes de prise en charge ont été ciblées afin qu'elles soient assurées par les soignants des différents services.

Dépister et évaluer l'incontinence urinaire

Le groupe transversal a adopté l'utilisation du score ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form), qui est validé en français. Il évalue en quatre questions la présence et la sévérité de l'incontinence, ainsi que l'impact de l'incontinence sur la qualité de vie

(figure 2).¹¹

Le déploiement de l'usage d'un catalogue mictionnel commun a été promu, en respectant les recommandations de l'ICS (International Continence Society). Trois niveaux de complexité de recueil de données sont à utiliser selon les situations:¹²

- niveau 1 (*Micturition time chart*): recueil des horaires des mictions jour et nuit;
- niveau 2 (*Frequency volume chart*): recueil des horaires des mictions ainsi que des volumes mictionnels jour et nuit.
- niveau 3 (*Bladder diary*): recueil des horaires des mictions ainsi que des volumes mictionnels jour et nuit, de la fré-

Questionnaire ICIQ

Numéro du participant Initiales du participant

J J M M M A A

Vous répondez à ce questionnaire le:

Beaucoup de personnes ont des pertes d'urine de temps en temps. Nous essayons de savoir combien de personnes ont des pertes d'urine et à quel point cela les gêne. Veuillez répondre aux questions suivantes, pensant à votre cas, en moyenne, au cours des QUATRE DERNIÈRES SEMAINES.

1 Votre date de naissance : JOUR MOIS ANNÉE

2 Sexe (cochez la réponse) : Femme Homme

3 A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ? (ne cochez qu'une seule réponse)

jamais 0
environ une fois par semaine au maximum 1
deux à trois fois par semaine 2
environ une fois par jour 3
plusieurs fois par jour 4
tout le temps 5

4 Nous aimerions savoir quelle est la quantité de vos pertes d'urine, selon votre estimation. Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ? (ne cochez qu'une seule réponse)

nulle 0
une petite quantité 2
une quantité moyenne 4
une grande quantité 6

5 De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

Score de l'ICIQ: ajoutez les scores 3+4+5

6 Quand avez-vous des pertes d'urine ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas)

vous ne perdez jamais d'urine

vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes

vous avez des pertes d'urine quand vous toussiez ou éternuez

vous avez des pertes d'urine quand vous dormez

vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice

vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e)

vous avez des pertes d'urine sans cause apparente

vous avez des pertes d'urine tout le temps

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ces questions. Copyright © "ICIQ Group"

Figure 2. Questionnaire ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form)



quence et de l'importance des épisodes d'incontinence, du nombre de protections utilisées, et/ou des épisodes d'urgenterie.

Ce calendrier est un outil remarquablement utile et simple, qui permet de caractériser la fonction vésicale du patient, qui est l'un des paramètres essentiels de toute IU.

Rechercher les facteurs favorisant réversibles

Il est recommandé de viser à identifier l'incontinence dite transitoire et réversible en recherchant les facteurs favorisants. Chez les personnes âgées, cette réversibilité est plus importante, rapportée autour de 30%.¹³ Ces facteurs sont résumés par l'acronyme DIAPPERS (tableau 1) qui, en anglais avec un seul p, signifie couche pour bébé.¹⁴

Tableau 1. Facteurs réversibles favorisant l'incontinence urinaire: DIAPPERS

- **Délire**: ou état confusionnel ou tous les troubles cognitifs limitant la capacité du patient à se rendre aux WC ou de demander l'aide avant d'uriner → prévoir des mictions programmées
- **Infection urinaire**: prévoir un sédiment ± culture et traiter si positive, puis évaluer si cela fait disparaître l'incontinence (la bactériurie asymptomatique est fréquente chez les personnes âgées)
- **Atrophie vaginale**: par carence hormonale. Elle n'est jamais la cause à elle seule mais le traitement pourrait améliorer les symptômes
- **Psychologiques**: par exemple, la dépression chez les personnes âgées
- **Pharmacologique**: sédatifs, hypnotiques, diurétiques et anticholinergiques
- **Excès de diurèse**: par exemple, hyperglycémie ou hypercalcémie ou apport liquidien excessif
- **Restriction de la mobilité**: qui décompense une impériosité mictionnelle. Des solutions simples comme la mise à disposition d'un urinal, d'une chaise percée ou encore des mictions programmées pourront suffire
- **Selles**: la constipation, surtout terminale (rectum)

Différencier le type d'incontinence et initier la prise en charge de base

L'anamnèse et le catalogue mictionnel aident à différencier le type d'incontinence (à l'effort, par urgence ou mixte...). En l'absence d'éléments motivant un bilan approfondi, il est possible d'initier une prise en charge de base. Pour l'incontinence à l'effort, la physiothérapie est utile en première ligne. Pour l'incontinence par urgence, une prescription anticholinergique peut être instaurée avec précaution chez les personnes âgées en raison du risque cognitif. Il est également important que le patient ne présente pas de symptômes évoquant la présence de rétention urinaire ou d'obstacle infravésical. La mesure du résidu vésical postmictionnel peut être utile chez les patients à risque élevé de rétention (en particulier, les sujets masculins d'un certain âge), car cette dernière pourrait aggraver une IU ou s'exprimer par une IU (tableau 2).¹⁵ L'évaluation du résidu vésical postmictionnel est maintenant facilitée par l'utilisation d'un échographe portable dont l'emploi a été simplifié (par exemple BladderScan).

Identifier les patients nécessitant un bilan approfondi

En plus des cas où les mesures précédentes ont échoué, il est important de se référer à un spécialiste pour un éven-

Tableau 2. Situations dans lesquelles la mesure du résidu postmictionnel peut être utile

- Personnes âgées et/ou diabétiques, notamment de longue date
- Antécédents de prostatisme
- Antécédents d'épisodes de rétention urinaire ou de résidus postmictionnels significatifs
- Infections urinaires récurrentes
- Prise de médicaments qui altèrent la vidange de la vessie (par exemple, les anticholinergiques)
- Constipation chronique
- Incontinence urinaire persistante ou s'aggravant malgré le traitement anticholinergique
- Examen urodynamique antérieur montrant un détrusor hypoactif et/ou un obstacle infravésical

tuel bilan approfondi dans certaines situations (tableau 3).^{15,16}

Selon le diagnostic, l'éventail thérapeutique s'élargira pour inclure des thérapies comportementales, pharmacologiques, neuromodulatives ou chirurgicales.

Tableau 3. Situations nécessitant un bilan approfondi

- Douleur vésicale
- Symptômes significatifs de la phase mictionnelle (voiding symptoms): faiblesse du jet, jet en arrosoir, haché, hésitant ou miction par poussée
- Hématurie
- Infections urinaires récurrentes
- Insuffisance rénale post-rénale
- Antécédents de chirurgie et/ou de radiothérapie pelvienne
- Pathologie ou signes neurologiques

CONCLUSION

L'IU étant fréquente mais encore peu spontanément abordée, il est important pour le professionnel de santé de l'évoquer systématiquement avec son patient. Ceci est encore plus important chez la femme ménopausée ou la personne âgée.

L'IU étant un symptôme, il est important d'en préciser l'origine exacte afin de proposer un traitement adéquat.

Les possibilités de prise en charge actuelles permettent souvent d'améliorer la symptomatologie, voire même de la supprimer et ainsi d'augmenter la qualité de vie.

En milieu de soins, les notions de base concernant l'IU doivent être largement diffusées. L'utilisation d'instruments et d'échelles spécifiques peut être d'une grande aide.

Un certain nombre de patients devront être référés aux différents spécialistes. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.



Implications pratiques

- > Lorsqu'on suspecte une incontinence urinaire (IU), on peut définitivement la dépister en employant le score ICIQ-SF qui, en quatre questions, inventorie le problème en termes de fréquence, quantité, circonstances et impact sur la qualité de vie
- > Le calendrier mictionnel, répertoriant sur 24 heures la quantité et la fréquence des mictions, permet d'évaluer facilement la fonction vésicale, paramètre essentiel de toute IU
- > L'acronyme DIAPPERS (tableau 1) résume les facteurs réversibles de l'IU
- > Le traitement de l'IU non compliquée débute par de la physiothérapie (IU d'effort) ou un traitement médicamenteux anticholinergique (IU d'urgence)
- > Si l'IU est associée à des douleurs pelviennes basses, des symptômes mictionnels significatifs, une hématurie, des infections urinaires récidivantes, une insuffisance rénale post-rénale, des antécédents de chirurgie et/ou de radiothérapie pelvienne ou une neuropathie, un bilan approfondi est nécessaire

Adresses

Dr Ammar Kassouha
Service de neuroéducation
Département des neurosciences cliniques
Habib Meriah
Pr Christophe Iselin
Service d'urologie
Département de chirurgie
HUG, 1211 Genève 14
ammar.kassouha@hcuge.ch
habib.meriah@hcuge.ch
christophe.iselin@hcuge.ch

Véronique Gogniat
Direction adjointe des soins
HUG, Domaine de Belle-Idée
Chemin du Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg
veronique.gogniat@hcuge.ch

Dr Hubert Vuagnat
Service de réadaptation médicale
Département de réadaptation et de médecine palliative
HUG, Hôpital de Loëx et Hôpital de Bellerive
Route de Loëx 151, 1233 Bernex
hubert.vuagnat@hcuge.ch

Bibliographie

- 1 Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82:327-38.
- 2 Faltin DL. Epidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009;38:S146-52.
- 3 Perry S, Shaw C, Assassa P, et al. An epidemiological study to establish the prevalence of urinary symptoms and felt need in the community: The Leicestershire MRC Incontinence Study. *Leicestershire MRC Incontinence Study Team. J Public Health Med* 2000;22:427-34.
- 4 Aguilar-Navarro S, Navarrete-Reyes AP, Grados-Chavarria BH, et al. The severity of urinary incontinence decreases health-related quality of life among community-dwelling elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012;67:1266-71.
- 5 Ruffion A, Castro-Diaz D, Patel H, et al. Systematic review of the epidemiology of urinary incontinence and detrusor overactivity among patients with neurogenic overactive bladder. *Neuroepidemiology* 2013;41:146-55.
- 6 Cassells C, Watt E. The impact of incontinence on older spousal caregivers. *J Adv Nurs* 2003;42:607-16.
- 7 Rapport de gestion 2011 des HUG. Genève, le 15 mars 2012, p. 23.
- 8 Enquête de prévalence HUG du groupe «Zoom Escarres» de 2011.
- 9 ** Gogniat V, Rae AC, Séraphin MA, et al. Incontinence urinaire: connaissances, représentations et pratiques des soignants. Enquête aux Hôpitaux universitaires de Genève. *Rech Soins Infirm* 2011;107:85-97.
- 10 ** Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, et al. Fecal incontinence in US adults: Epidemiology and risk factors. *Gastroenterology* 2009;137:512-7, 517.e1-2.
- 11 Avery K, Donovan J, Peters TJ, et al. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23:322-30.
- 12 ** Haab F, Amarenco G, Coloby P, et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire: adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004;14:1103-11.
- 13 Donaldson MM, Thompson JR, Matthews RJ, et al. Incontinence Study Group. The natural history of overactive bladder and stress urinary incontinence in older women in the community: A 3-year prospective cohort study. *Neurourol Urodyn* 2006;25:709-16.
- 14 Resnick NM, Yalla SV. Management of urinary incontinence in the elderly. *N Engl J Med* 1985;313:800-5.
- 15 ** Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Eur Urol* 2012;62:1130-42.
- 16 Iselin CE, Webster GD. Office management of female urinary incontinence. *Urol Clin North Am* 1998;25:625-45.

* à lire

** à lire absolument