



UNIVERSITE DE LILLE

DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2025

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : Pathologies Chroniques Stabilisées

**DEPISTAGE ET PRISE EN SOINS DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA
PERSONNE AGEЕ :**

**ETAT DES LIEUX DANS LES SERVICES DE GERIATRIE DU CENTRE
HOSPITALIER DU QUESNOY**

Présenté et soutenu publiquement le 2 juillet 2025 à 11h A Lille

(Département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Jennifer MORTIER

JURY :

Président du jury : Professeur François PUISIEUX

Enseignante Infirmière : Madame Gwladys ACOULON

Directrice de mémoire : Docteur Rachèle CIUPA

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

Remerciements

Ce travail est l'aboutissement de deux années riches et intenses. Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

En premier lieu, je remercie sincèrement le Dr Rachèle Ciupa, gériatre, qui m'a fait l'honneur d'accepter d'être ma Directrice de mémoire et qui, par son expérience, m'a guidée et a permis la réalisation de ce projet en faisant preuve de disponibilité, d'écoute et d'une grande pédagogie à mon égard.

Je remercie les membres du jury, le président, Pr François Puisieux, gériatre et Me Gwladys Acoulon, enseignante infirmière, d'évaluer ce travail de recherche.

Je tiens à remercier la Direction du Centre Hospitalier du Quesnoy, Mr Fabien Petit, Directeur, de m'avoir permis d'accéder à la formation d'IPA et d'avoir accepté la réalisation de ce travail de recherche sur le site du Quesnoy.

Les Drs Lidvine Godaert et Laurie Ferret de l'Unité de Recherches Cliniques du Centre Hospitalier de Valenciennes pour l'aide méthodologique précieuse à l'élaboration de ce travail de recherches.

Je remercie également le Dr Denis Lefebvre, chef de pôle de gériatrie, qui contribue au développement des projets du pôle et notamment celui de l'implantation de l'IPA.

Je remercie le Dr Audrey Parent, médecin du Département de l'Information Médicale du Centre Hospitalier du Quesnoy, qui a contribué à ce projet et s'est rendue disponible en m'apportant une aide indispensable dans la méthodologie et le recueil des données.

Je remercie l'ensemble des équipes des services gériatriques de l'hôpital du Quesnoy : les gériatres, ma cadre de santé, Me Jennifer Richard, les infirmiers qui m'ont laissé recueillir leur témoignage ainsi que tous les collègues avec qui je collabore et qui ont suivi mon parcours durant deux ans.

Je remercie l'équipe de la MSP Louv'Santé de Louvignies Quesnoy, particulièrement les Drs Jean Berthe et Sandrine Petit-Canion pour leur soutien, leur compréhension et le temps accordé pour mener mon travail de recherche.

L'ensemble des référents pédagogiques de la formation d'IPA de l'Université de Lille pour leurs enseignements, leur disponibilité et leur engagement dans la promotion du métier d'IPA.

J'aimerais mettre à l'honneur les patients et leurs aidants rencontrés durant la formation ; je les remercie de m'avoir accordé leur confiance en me laissant partager des instants de leur parcours de soins et de leur parcours de vie.

Un grand merci aux camarades de promotion rencontrés grâce à la formation, en particulier Valérie, devenue une amie, pour son soutien, son aide, son écoute et son réconfort dans les bons et mauvais moments.

Et enfin, je remercie profondément ma famille : ma grand-mère qui a toujours cru en moi ; mon conjoint, Mathieu qui a endossé tous les rôles sans faille et a su m'épauler, me soutenir et m'encourager durant ces deux années ; mes filles, Zélie et Valentine de m'avoir réconfortée, amusée, rassurée, en faisant preuve d'une grande patience face à une maman bien souvent occupée et préoccupée. Merci d'avoir été si compréhensifs. Sans vous, je n'aurai pu y arriver.

AVERTISSEMENT

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Toutes les sources ont été citées et référencées. Le travail a été soumis à un logiciel de contrôle anti-plagiat avant impression.

Ce travail a été réalisé dans le respect des principes éthiques de la recherche.

Sommaire

Glossaire

- 1 Introduction générale**
- 2 Introduction théorique**
- 3 Méthode et matériel**
- 4 Résultats et analyse**
- 5 Discussion**
- 6 Conclusion**

Bibliographie

Table des matières

Table des illustrations

Annexes

Glossaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GRAPPPA : Groupe de Recherche Appliquée à la Pathologie Pelvi-périnéale de la Personne Agée

CSG : Court Séjour Gériatrique

SMRG : Soins Médicaux et de Réadaptation Gériatriques

LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs

UCC : Unité Cognitivo Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

HDJ : Hôpital de Jour

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EGS: Evaluation Gériatrique Standardisée

ADL: Activities of Daily Living

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

OMS : Organisation Mondiale de Santé

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

HAS : Haute Autorité de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

DPI : Dossier Patient Informatisé

SFU : Signe Fonctionnel Urinaire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

*« L'avenir n'est pas ce qui va arriver, mais ce que nous allons
faire »*

Henri Bergson

1 INTRODUCTION GENERALE

Infirmière en gériatrie depuis quinze ans, j'ai acquis une expertise dans cette spécialité complète et complexe nécessitant des savoirs, savoir-faire et savoir-être. L'opportunité d'intégrer la formation du Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée était le moyen d'approfondir mes connaissances et d'acquérir les compétences manquantes à ma pratique.

Mon parcours de stage en filière gériatrique au sein de mon Groupement Hospitalier Territorial (GHT) en première année a renforcé l'idée de mettre à contribution ce mémoire pour apporter une réelle plus-value à mon Centre Hospitalier, aux services de gériatrie et à l'offre de soins destinée aux patients.

Dans ce contexte, j'ai choisi un sujet probablement tabou, très fréquemment rencontré en gériatrie qui reste sous-estimé et banalisé : l'incontinence urinaire de la personne âgée. Cette problématique de Santé Publique est insuffisamment prise en soins, y compris durant un séjour hospitalier en gériatrie. Pourtant on sait que l'hospitalisation est une période charnière durant laquelle les personnes âgées les plus fragiles peuvent basculer vers la dépendance. On connaît aussi l'importance du dépistage des syndromes gériatriques qui peuvent apparaître ou s'aggraver durant une hospitalisation avec un retentissement majeur sur l'autonomie du patient. L'incontinence urinaire fait partie des syndromes gériatriques et n'échappe donc pas à ce phénomène. Pourtant sa prise en soins est loin d'être optimale même au moment où le patient est le plus à risque de décompensations et de perte d'autonomie, c'est-à-dire durant une hospitalisation, alors que l'accès à des explorations pour son diagnostic et son traitement est facilité à ce moment-là. C'est pour cela que j'ai décidé de cibler mon travail sur cette période critique qu'est l'hospitalisation.

Mes recherches sur le sujet ont mis en exergue un outil simple et validé par un consensus d'experts, l'algorithme décisionnel GRAPPPA (1). Son objectif est l'aide au dépistage, à l'évaluation et au traitement de l'incontinence urinaire de la personne âgée.

La finalité de ce travail étant l'amélioration des pratiques professionnelles au sein du Centre Hospitalier du Quesnoy quant à ce problème de santé, il semblait nécessaire de faire un état des lieux sur la situation de l'établissement. S'est alors posée la question de départ :

Les patients admis en gériatrie au Centre Hospitalier du Quesnoy bénéficient-ils d'un dépistage et d'une prise en soins de l'incontinence urinaire durant leur séjour ?

Dans un premier temps, nous développerons le contexte à travers le cadre théorique ayant conduit à la problématique et la question de recherche.

Dans un second temps, je présenterai la méthodologie de ce travail de recherches mené à travers une étude mixte observationnelle.

Enfin, après avoir exposé les résultats, nous les confronterons à la littérature. Nous expliquerons les forces et limites de cette étude avant d'envisager les perspectives et les pistes d'amélioration quant à la prise en soins des personnes âgées.

2 INTRODUCTION THEORIQUE

2.1 L'incontinence urinaire : enjeu de santé publique

2.1.1 Définition

L'incontinence urinaire est définie selon la terminologie de l'*International Continence Society* comme étant une « perte involontaire et incontrôlable d'urine par l'urètre », dans un lieu et/ou un moment inapproprié. Elle constitue un problème social et d'hygiène et qui peut objectivement être démontré (2). Elle peut être partielle ou totale, chronique ou transitoire liée à un facteur déclenchant. Ce symptôme est souvent imputé à l'avancée en âge. La physiopathologie de l'appareil urinaire et de la miction est complexe et nécessite d'en connaître le fonctionnement (3). Cependant, même si le vieillissement physiologique entraîne des modifications histologiques et fonctionnelles de la vessie et de son sphincter, il n'explique pas à lui seul l'apparition d'une incontinence urinaire (4)(5). En effet, la plupart du temps, les causes de l'incontinence urinaire sont plurifactorielles. De plus, certaines d'entre elles sont même réversibles. Cela est notamment le cas des incontinenances urinaires en lien avec la survenue d'une infection urinaire, la présence d'un fécalome ou l'apparition d'effets secondaires à l'introduction d'un nouveau médicament. Ces causes réversibles peuvent à la fois favoriser l'apparition d'une infection urinaire ou aggraver une incontinence urinaire chronique.

Il existe quatre types d'incontinence urinaire prévalentes chez la personne âgée (2) :

- L'incontinence d'effort secondaire à une déficience périnéale. Elle est objectivée lors d'effort de toux, rires, changement de position, marche rapide, port de charge plus lourde...
- L'incontinence par urgence mictionnelle (urgenturie) secondaire à des contractions vésicales anarchiques et désinhibées.
- L'incontinence urinaire mixte, associant incontinence d'effort et urgence mictionnelle.
- L'incontinence fonctionnelle (fréquente) peut être citée : le patient est dans l'incapacité motrice et/ou psychique de se rendre aux toilettes du fait de ses maladies et d'assurer une miction. Peuvent être en cause l'altération de la mobilité, le contrôle neurologique par exemple. Elle est secondaire à des facteurs liés au patient et à l'environnement comme les difficultés de communication, l'éloignement des toilettes, l'absence de dispositif d'alerte...

2.1.2 Prévalence

La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge. Elle est plus importante chez les femmes que les hommes. D'après les données de l'Assurance Maladie (6), l'incontinence urinaire concerne au moins 2,6 millions de personnes de plus de 65 ans. Les fuites urinaires pourraient concerner au moins 1 femme sur 3 de plus de 70 ans, 7 à 8% des hommes de plus de 65 ans et plus de 28% des hommes de plus de 90 ans. Si l'on se réfère aux dernières projections de l'INSEE avec une hausse de plus de 80 % des personnes âgées de 60 ans et plus, la proportion des personnes concernées par l'incontinence urinaire va fortement augmenter (7).

La prise en soins de l'incontinence urinaire est donc un réel enjeu de santé publique du fait du nombre de personnes concernées mais aussi de ses potentielles conséquences notamment chez les personnes âgées les plus fragiles.

2.1.3 Les conséquences de l'incontinence urinaire

Les conséquences délétères sont nombreuses et reconnues autant pour le patient, son entourage que pour la société. Elles sont physiques, psychologiques, sociales et financières (8).

Premièrement, il existe une atteinte physique de la personne avec :

- Le risque d'altération de l'intégrité de la peau avec des dermites, macération, mycoses, d'apparition de rougeurs voire d'escarre.
- Des infections urinaires récurrentes.
- Le risque majeur de chute.
- Des troubles du sommeil liés à des levers nocturnes, altérant la qualité du sommeil.

Les conséquences psychologiques altérant la qualité de vie sont tout aussi marquantes avec :

- Le déni de l'incontinence.
- La perte de l'estime de soi.
- La perte de dignité.
- La dépendance.
- L'anxiété et l'insécurité.
- La dépression.
- Des troubles sexuels.

Enfin, il est important de citer les conséquences sociales et financières existantes :

- Les perturbations des relations familiales.
- Une réduction des activités sociales.
- Un isolement.
- Une surcharge financière non négligeable.
- Une prédisposition et un facteur favorisant l'institutionnalisation.

L'incontinence urinaire est un des syndromes gériatriques les plus fréquents, aux conséquences multiples, justifiant l'importance du dépistage et de sa prise en soins pour éviter les complications et l'évolution irréversible vers la dépendance des plus fragiles.

2.1.4 L'incontinence urinaire, un marqueur de fragilité

Le concept de fragilité est multidimensionnel avec l'intrication de facteurs multiples : physiques, neuropsychologiques, sociaux et environnementaux. La fragilité est une notion dynamique, évolutive et répandue (9).

Dans sa définition théorique, la fragilité est envisagée comme un « syndrome biologique caractérisé par la perte des réserves et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité pour événements indésirables » (10).

Les critères de fragilités définis par Fried en 2001 permettent de repérer un déclin des capacités du patient. Les signes précurseurs à rechercher sont une perte de poids involontaire, une sensation subjective d'épuisement, une faiblesse musculaire, une vitesse de marche lente ou une activité psychologique réduite (grande sédentarité).

Ces signes précurseurs permettent ainsi de classer les personnes âgées en trois catégories (10) :

- Personnes robustes, c'est-à-dire non fragiles, autonomes qui ne présentent pas de maladies chroniques.
- Personnes pré-fragiles et fragiles (1 à 2 critères présents), présentant des déficiences de capacités fonctionnelles corrigeables.
- Personnes dépendantes (présence de 3 critères et plus), nécessitant des soins lourds et complexes.

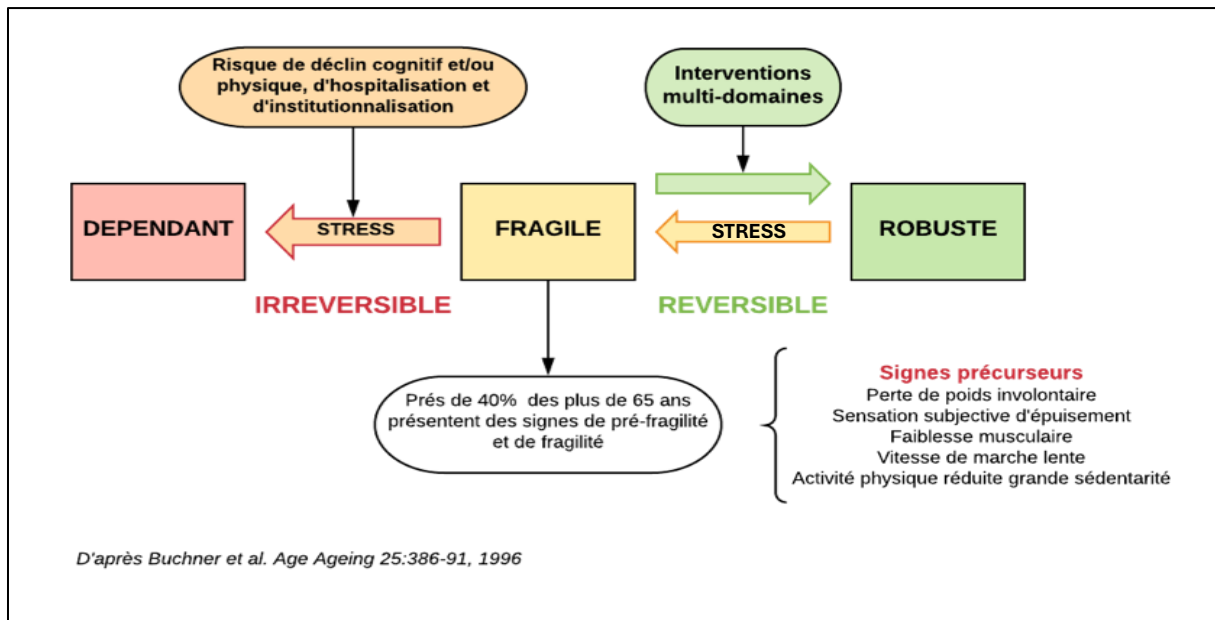


Schéma 1 : Modèle conceptuel (Buchner et al.)

Les personnes âgées fragiles sont les patients à dépister en priorité. Elles sont vulnérables d'un point de vue médical et/ou social et présentent des risques de décompensation, de déclin fonctionnel, de chutes, de fractures, d'hospitalisation les amenant vers la dépendance.

Le repérage de la fragilité est donc la phase initiale d'une démarche gériatrique comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions multidimensionnelles pour reverser ses déficiences.

L'infirmier, à travers son rôle dans l'évaluation globale du patient et de son état de santé, tient une place essentielle dans le dépistage de l'incontinence urinaire.

2.2 Le dépistage de l'incontinence urinaire

2.2.1 Le rôle infirmier

Depuis de nombreuses années, le métier d'infirmier a évolué et se développe à travers les apports théoriques qui émergent.

De manière globale, l'infirmier a de nombreuses missions qui s'identifient à travers l'évaluation, le dépistage, la prévention, l'analyse, la planification, la coordination, l'éducation thérapeutique, le soutien/l'accompagnement et les interventions diverses (11).

Rappelons que le besoin d'éliminer est un besoin physiologique fondamental se trouvant à la base de la pyramide des besoins de Maslow (12). L'incontinence urinaire n'est pas qu'un problème médical mais avant tout un besoin primaire perturbé et non satisfait à l'origine de nombreuses conséquences.

Marjory Gordon a défini 11 modes fonctionnels de santé pour une approche globale de la personne dont l'élimination fait partie (13). Par un recueil de données, les fonctions sont analysées et définies comme fonctions efficaces ou fonctions altérées. Ce modèle est à l'origine des diagnostics infirmiers (14). A l'aide de schémas fonctionnels, ils permettent à l'infirmier de comprendre les besoins fondamentaux (efficaces ou altérés) qui doivent être satisfaits pour assurer, maintenir ou rétablir la santé et bien-être des patients. L'objectif est de faciliter les prises de décisions en vue de planifier des interventions ciblées mais également d'améliorer la qualité des soins. L'utilisation d'outils d'évaluation standardisés favorise l'élaboration des schémas fonctionnels.

Dans son rôle propre, l'infirmier doit :

- Evaluer la fonction urinaire (fonction efficace ou altérée) avec des outils d'évaluation et de ce fait dépister l'incontinence urinaire.
- Définir les objectifs de soins et établir un plan de soins personnalisé.
- Coordonner les interventions ciblées et la collaboration pluriprofessionnelle.
- Entreprendre de l'éducation thérapeutique et accompagner le patient.

Pour comprendre les obstacles, résoudre les problèmes de santé dans le but de prendre en soins la personne dans sa globalité, l'infirmier doit adopter une écoute active, faire preuve d'empathie et d'observation pour conduire à une démarche clinique.

La prise en soins de la personne âgée nécessite une expertise gériatrique débutant dans un premier temps par une évaluation gériatrique standardisée.

2.2.2 L'Evaluation Gériatrique Standardisée

La démarche gériatrique se fait grâce à l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) menée par une équipe pluridisciplinaire. Elle permet ainsi de mettre en évidence les facteurs prédisposants (liés au vieillissement et aux pathologies chroniques) et les facteurs précipitants (liés aux

situations aiguës provoquant des décompensations) responsables d'une décompensation fonctionnelle (15).

Pour dépister les fragilités, l'évaluation globale du patient est fondée, entre autres, sur l'évaluation de l'autonomie notamment pour les actes de la vie quotidienne et les activités instrumentales. Pour ce faire, nous disposons de nombreuses échelles et outils standardisés de dépistage.

L'échelle de Norton est une échelle d'évaluation du risque d'escarre utilisée en gériatrie. Elle évalue la condition physique, la condition mentale, la mobilité, l'incontinence et l'activité du patient. Côté sur 20, un score supérieur à 16 indique un risque d'escarre faible ; un score entre 5 et 12 indique un risque d'escarre élevé. Cela permet aux soignants d'anticiper le risque d'apparition d'escarre en adaptant le matériel, la nutrition et diverses surveillances (annexe 1). L'échelle Katz évalue le degré de dépendance du patient. Au CH du Quesnoy, l'échelle de Katz évalue 16 items dans 6 domaines de la vie quotidienne : l'habillage, les déplacements, l'alimentation, la continence, le comportement et la relation. La cotation varie de un point correspondant à une indépendance complète à quatre points pour le besoin d'une assistance totale (autrement dit dépendance). Plus le score est élevé, plus le patient est dépendant pour les gestes de la vie quotidienne. Cet outil est très similaire à l'échelle ADL mais plus complet.

Au CH du Quesnoy, pour réaliser l'évaluation gériatrique, nous utilisons également l'échelle ADL (annexe 2) et IADL (annexe 3). Ces échelles sont simples d'utilisation, rapides et reproductibles permettant de suivre l'évolution du patient et d'anticiper les besoins et altérations fonctionnelles éventuels. Elles sont utilisables dans différents domaines médicaux ou services de soins.

L'ADL permet d'évaluer l'autonomie pour les besoins fondamentaux avec 6 activités essentielles de la vie quotidienne :

- Se laver.
- Se vêtir et dévêtir.
- S'alimenter.
- Les transferts et déplacements.
- La continence urinaire.
- Utiliser les toilettes.

La notation dépend si le patient réalise seul, avec assistance ou ne réalise pas seul l'activité. Son score varie de 0 à 6. Un score de 6/6 indique que la personne est indépendante. A l'inverse, plus le score est bas, plus la personne est dépendante.

L'IADL permet l'évaluation de tâches plus complexes, relevant des activités instrumentales permettant d'apprécier l'indépendance du patient avec 8 critères dans l'IADL :

- Capacité à utiliser le téléphone.
- Réalisation des courses.
- Préparation des repas.
- Entretien ménager.
- Lessive/blanchisserie.
- Moyen de transport.
- La prise de médicaments.
- Capacité à gérer son budget.

Un score de 8/8 indique une indépendance totale pour les activités instrumentales. L'altération d'une ou plusieurs activités indique une perte d'indépendance.

Parfois, l'utilisation de l'IADL simplifiée est possible avec l'évaluation de 4 critères (téléphone, transport, prise de traitement et gestion du budget).

Parmi ces outils, nous retrouvons systématiquement le critère concernant la continence urinaire. Ces échelles d'évaluation de l'autonomie contribuent au dépistage et aux prises de décision dans la prise en soins du patient fragile.

L'évaluation gériatrique standardisée est un outil incontournable de la prise en soins globale et multidisciplinaire du patient. Elle est utilisée au sein de l'ensemble de la filière gériatrique.

2.2.3 Le rôle de la filière gériatrique

Définie par la circulaire du 28 mars 2007 (16) et en lien avec le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 (17), c'est un dispositif de soins qui permet d'identifier et de répondre aux besoins de santé de la personne âgée en lui permettant l'accès à des expertises gériatriques et de lui proposer une prise en soins graduée et un suivi adapté. La filière gériatrique doit pouvoir couvrir l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée en tenant compte de l'évolution de ses besoins de santé, en évitant la rupture de parcours et de ce fait de limiter le risque de décompensation et de complications (4).

Portées par un ou plusieurs établissements de santé, les filières gériatriques sont implantées sur un territoire géographique défini, pour répondre aux besoins de la population. Leur organisation est bien cadrée et s'organise autour d'un établissement support qui dispose d'un service

d'accueil des urgences et d'un service de médecine gériatrique. Elles disposent d'un CSG, d'un SMR, d'une EMG, d'une USLD ainsi que d'un HDJ et consultations gériatriques. Elles sont donc le pivot autour duquel gravitent différents maillons comme les structures sanitaires, médico-sociales et les prestataires d'aides à domicile. Cette organisation ficelée permet l'exécution de leurs diverses missions :

- Prendre en soins des patients gériatriques en hospitalisation programmée et non programmée.
- Favoriser les admissions directes des patients en évitant le passage par les services d'urgence.
- Réaliser un bilan médical à froid.
- Dispenser un avis gériatrique par le biais d'une EMG dans tous les services demandeurs.
- Mettre en œuvre les soins palliatifs avec l'appui des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) et unités de soins palliatifs (lits identifiés soins palliatifs).
- Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
- Prendre en charge les problèmes psycho-gériatriques et les troubles du comportement.
- Elaborer un projet de vie et/ou projet de soins.
- Accompagner la sortie d'hospitalisation pour réduire la rupture de parcours de soins.
- Coordonner des soins extrahospitaliers et favoriser le lien ville-hôpital.
- Assurer un suivi ambulatoire des patients.
- Diffuser et promouvoir la culture gériatrique et les bonnes pratiques.
- Réaliser des EGS dans l'objectif de dépister les syndromes gériatriques.

Elles tendent donc à améliorer l'aval de l'hospitalisation et le retour à domicile en veillant à développer et diffuser la culture gériatrique par l'harmonisation de la prise en soins de la personne âgée en favorisant l'interdisciplinarité et la coordination. Se créer alors tout un réseau organisé coordonnant la ville et l'hôpital.

Quel que soit le mode d'entrée d'un patient dans la filière, le dépistage de l'incontinence urinaire aura lieu. Pour ce qui est du diagnostic et du traitement de l'incontinence urinaire, un autre outil simple existe et pourrait améliorer cette prise en soins, l'outil GRAPPPA.

2.2.4 L'outil GRAPPPA

Mes recherches mettent en évidence l'existence de recommandations de l'Assurance Maladie (6) concernant l'incontinence urinaire en général ou de l'HAS pour des types de population spécifiques ou dans des contextes particuliers, notamment chez la femme en soins primaires (18). Néanmoins, il existe peu de données concernant la personne âgée et l'incontinence urinaire.

En 2007, un guide de bonne pratique des soins en EHPAD destiné spécifiquement aux équipes soignantes a été rédigé. Il a été mené par la Société française de gériatrie et de gérontologie sur demande du ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports. Un volet complet est dédié à l'incontinence urinaire avec la rédaction d'un algorithme décisionnel (19).

En 2013, des recommandations concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée ont été rédigées après la validation d'un consensus d'experts. De cette analyse a été publié l'algorithme décisionnel GRAPPPA (Groupe de Recherche Appliquée à la Pathologie Pelvi-périnéale de la Personne Agée). Cet outil simple et validé permet le dépistage, l'évaluation initiale et le choix de traitement de première ligne de l'incontinence urinaire de la personne âgée. Il est destiné aux services non spécialisés prenant en soins les personnes âgées, hommes et femmes confondus (1).

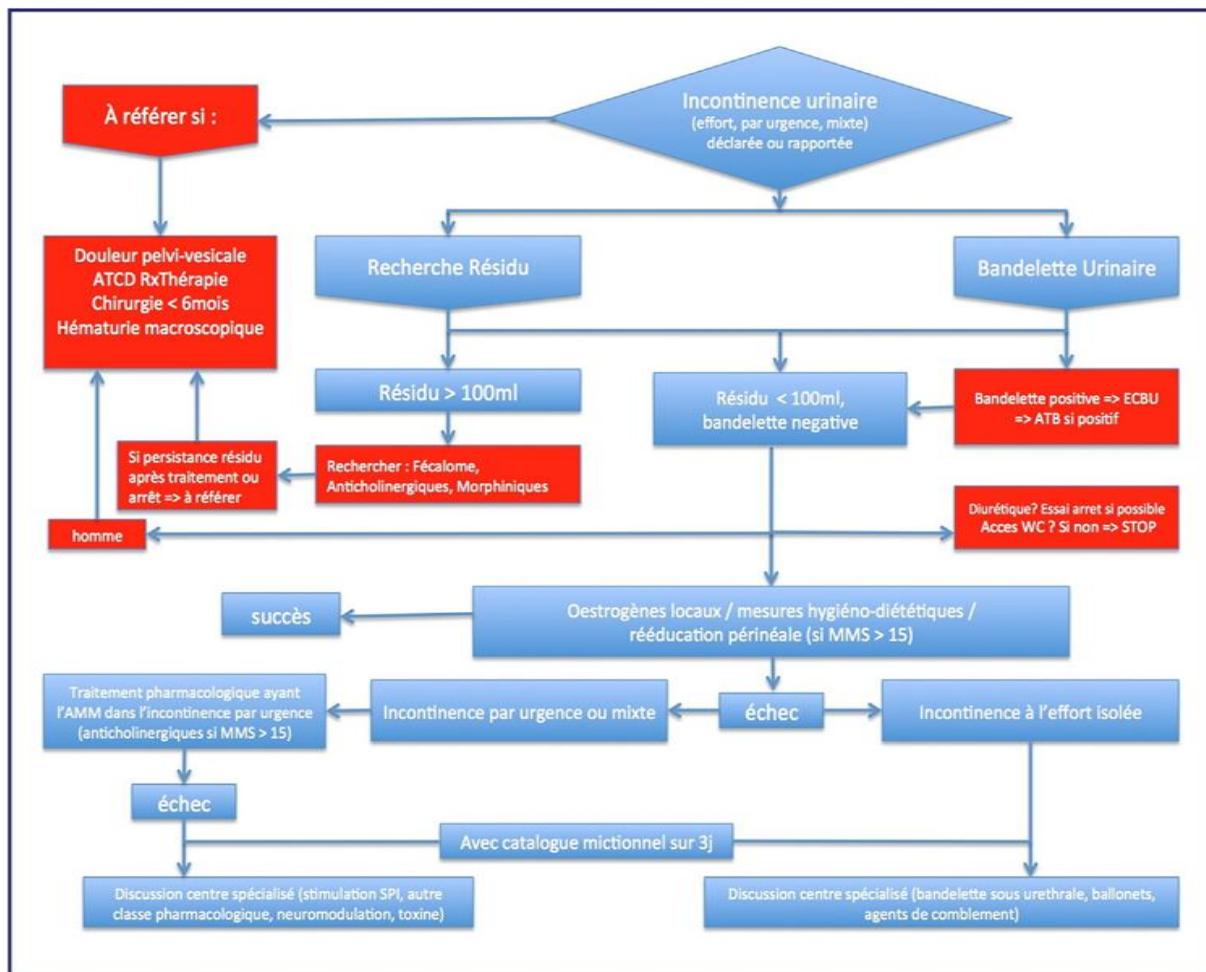


Schéma 2 : L'algorithme GRAPPPA

Il détaille les conduites à tenir et propositions d'actions en cas d'incontinence urinaire. En premier lieu, tout type d'incontinence urinaire doit amener à rechercher une cause réversible.

Deux étapes sont primordiales après la mise en évidence d'une incontinence urinaire. Le soignant doit effectuer une recherche de résidu post mictionnel (avec un Bladder Scan) et une bandelette urinaire à la recherche d'une infection urinaire sous-jacente.

Si la bandelette urinaire est positive, un ECBU (Examen Cyto Bactériologique des Urines) sera réalisé. Le traitement dépendra du résultat. Si l'ECBU est positif, autrement dit une infection urinaire est diagnostiquée, un traitement par antibiotique sera proposé pour traiter le germe responsable.

Si le résidu post-mictionnel est positif, c'est-à-dire supérieur à 100 ml, il faudra rechercher une cause potentiellement responsable réversible :

- Un fécalome, très fréquent chez la personne âgée.
- Un traitement médicamenteux responsable d'une constipation voire d'un fécalome (entre autres les morphiniques) ou responsable d'une incontinence urinaire (les anticholinergiques).

Bien sûr, si des signes de complication ou antécédents particuliers sont présents, l'orientation vers un avis spécialisé se fera immédiatement.

Une fois les causes réversibles recherchées et éradiquées, si l'incontinence urinaire persiste, le traitement de première ligne pour tous types d'incontinence urinaire sera :

- La rééducation périnéale si les fonctions cognitives le permettent (l'âge du patient ne doit pas être un frein).
- L'oestrogénothérapie locale chez la femme surtout avant la rééducation périnéale (pour lutter contre la trophicité vaginale).
- Les mesures hygiéno-diététiques simples (réduction surcharge pondérale, lutter contre la constipation ou encore diminuer les substances irritantes comme tabac, alcool, café).

Cet outil explique comment dépister, évaluer et prendre en soins l'incontinence urinaire. Tous les services et l'ensemble des soignants ont la capacité de réaliser une recherche de résidu post-mictionnel et une bandelette urinaire à la recherche d'une cause réversible. Cependant, pour conduire à une prise en soins adaptée de l'incontinence urinaire, le dépistage demeure l'étape essentielle.

2.3 Problématique et question de recherche

Le sujet de l'incontinence urinaire reste tabou, souvent évité par le patient, non systématiquement évoqué par le médecin ou les soignants. Il ne semble pas toujours être une priorité contrairement à d'autres symptômes ou maladies. Pourtant, l'incontinence urinaire est un critère présent dans toutes les échelles d'évaluation de l'autonomie réalisées par les infirmiers de gériatrie.

Au sein de notre activité ambulatoire, nous rencontrons régulièrement des patients ayant un score de l'autonomie altéré (via l'échelle ADL) car ils présentent une incontinence urinaire totale ou partielle. Cette information est volontairement recherchée pour évaluer l'autonomie. Pour autant, cette donnée importante n'est pas ciblée, non approfondie, ni exploitée alors même qu'elle est un facteur de risque de fragilité.

L'hospitalisation du patient âgé est une des portes d'entrée dans la filière gériatrique et devient donc une période durant laquelle le dépistage et la prise en soins de l'incontinence urinaire pourraient être réalisés.

De cette problématique s'est affinée ma question de recherche qui est :

Les patients admis en gériatrie au Centre Hospitalier du Quesnoy bénéficient-ils d'un dépistage et de conseils de prise en soins de l'incontinence urinaire à l'issue de leur séjour ?

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux concernant le dépistage pendant l'hospitalisation et la prise en soins à l'issue du séjour de l'incontinence urinaire des patients âgés.

Un objectif secondaire consiste à évaluer la mise en pratique des recommandations selon l'algorithme GRAPPPA dans les services de gériatrie du Centre Hospitalier du Quesnoy.

3 METHODE ET MATERIEL

3.1 Description de l'étude

A travers une étude mixte observationnelle monocentrique, ce travail se déroulera en deux temps selon le modèle séquentiel explicatif. C'est un travail de recherches en Sciences Sociales et Humaines.

La première partie sera une étude quantitative rétrospective permettant l'évaluation de la fréquence du dépistage et des conseils de prise en soins de l'incontinence urinaire chez les patients admis en services de gériatrie au Centre Hospitalier du Quesnoy (étude sur données rétrospectives).

La deuxième partie sera consacrée à l'exploration des freins et leviers permettant d'améliorer le dépistage et la prise en soins de l'incontinence urinaire par une étude qualitative à l'aide

d'entretiens semi-directifs auprès des infirmiers de gériatrie qui évaluent l'autonomie du patient à son entrée. Leur analyse permettra de confirmer, infirmer et d'expliquer les résultats des données statistiques.

3.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'évaluer la fréquence du dépistage de l'incontinence urinaire effectuée à l'entrée d'un patient admis en gériatrie au Centre Hospitalier du Quesnoy.

Le critère de jugement principal est le nombre de patients chez qui le dépistage de l'incontinence urinaire a été effectué à l'entrée du séjour étudié. Cette information est recueillie dans le dossier patient informatisé, à travers les transmissions médicales et/ou paramédicales, lors des 24h suivant l'entrée et dans le courrier médical de sortie

Les objectifs secondaires recherchés sont :

1. Evaluation de la fréquence de la notion de continence/incontinence urinaire (toute cause) présente dans les courriers de sorties des patients admis en gériatrie au CH du Quesnoy.
2. Evaluation de la fréquence des diagnostics d'incontinence posés /confirmés durant le séjour et renseignés dans le courrier de sortie des patients admis au CH du Quesnoy.
3. Evaluation de la fréquence des propositions de prise en charge établies à la sortie pour les patients chez qui une incontinence urinaire a été rapportée (dans le bilan d'entrée et/ou dans le courrier de sortie).
4. Lister les propositions de prise en charge.
5. Evaluation du nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge selon l'algorithme décisionnel GRAPPPA ou, à défaut, pour lequel est renseigné dans le dossier les informations permettant de reconstituer l'algorithme décisionnel GRAPPPA (notion du résidu post-mictionnel, de la bandelette urinaire) et pour lesquels ces informations sont reprises dans le courrier de sortie.
6. Evaluation des freins et leviers permettant d'améliorer le dépistage et la prise en soins de l'incontinence urinaire chez les patients admis en gériatrie au CH du Quesnoy.

Les critères de jugement secondaires sont :

1. Nombre de patients pour lesquels il est retrouvé dans le courrier de sortie (CRH) une indication sur la notion de continence/incontinence urinaire.
2. Nombre de patients pour lesquels un diagnostic d'incontinence détaillé est renseigné dans le courrier de sortie (incontinence d'effort, urgence mictionnelle, mixte).
3. Nombre de patients ayant bénéficié d'un dépistage positif d'incontinence urinaire (patient incontinent toute cause) et pour lesquels une proposition de prise en charge est retrouvée dans le courrier de sortie (CRH).
4. Liste des propositions de prise en charge figurant dans les courriers de sortie des patients pour lesquels la notion d'incontinence urinaire est renseignée dans le courrier de sortie.
5. Nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge selon l'algorithme décisionnel GRAPPPA ou à défaut, pour lequel est renseigné dans le dossier les informations permettant de reconstituer l'algorithme décisionnel GRAPPPA (notion du résidu post-mictionnel, de la bandelette urinaire) et pour lesquels ces informations sont reprises dans le courrier de sortie.
6. Entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers en gériatrie permettront d'explorer, par la méthode qualitative, les éléments déterminant les freins (obstacles) et les leviers (ressources) à la prise en soins de l'incontinence urinaire de la personne âgée (par le champ sémantique).

3.3 Choix de la population étudiée

Critères d'inclusion (étude portant sur les données rétrospectives) :

- Patients hospitalisés (tout motif) dans un des services de Court Séjour Gériatrique (CSG) ou de Soins Médicaux et Réadaptation gériatrique (SMR) ou en Hôpital de jour Gériatrique (HDJ) entre la période du 1/10/2023 au 30/09/2024.

Critères de non-inclusion (étude portant sur les données rétrospectives) :

- Patient ayant fait état de son opposition à la réutilisation de ses données de santé.
- Patient décédé durant le séjour.
- Patient sorti en situation palliative.
- Patient grabataire.
- Patient présentant des troubles cognitifs modérés à sévères rendant la mise en place du dépistage ou des propositions de prise en charge de l'incontinence difficiles.

Critères d'inclusion (étude portant sur les freins et les leviers) :

- Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat.
- Exerçant en service de gériatrie au Centre Hospitalier du Quesnoy.

Critères de non-inclusion (étude portant sur les freins et les leviers) :

- Refusant de participer.

3.4 Cadre légal et éthique

Dans le cadre du GHT, l'Unité de Recherche Clinique du Centre Hospitalier de Valenciennes a été sollicitée pour une aide méthodologique et réglementaire à l'élaboration de ce travail. Après soumission du projet au Comité Ethique de la Recherche Clinique (CERCL) le 26 février 2025, un avis favorable a été émis.

Pour être conforme à la réglementation en vigueur, les patients n'ayant pas été avertis de l'utilisation potentielle de leurs données de santé durant leur hospitalisation antérieure, une note d'information a été envoyée aux patients pouvant être inclus dans l'étude. Celle-ci explique l'étude en cours et les modalités dont ils disposent pour s'y opposer (annexe 4).

Un délai de latence a été respecté avant d'effectuer le recueil de données dans les dossiers patients pour laisser le temps à d'éventuelles oppositions auprès du DPO. Aucun patient n'a fait part de son opposition.

3.5 Le recueil de données

Dans un premier temps, après autorisation de la Direction du Centre Hospitalier pour mener l'étude, la liste des patients entrant dans les critères d'inclusion et de non-inclusion a été éditée par le Département d'Information Médicale (DIM) sur requête.

Secondairement, un échantillon pris aléatoirement de 60 patients a été extrait de cette liste (50 patients à inclure et 10 patients « en réserve »).

Les courriers de sortie des 50 premiers patients sur la liste ont été consultés ainsi que les transmissions médicales et non-médicales des 24h suivant l'admission. Si certaines de ces sources étaient manquantes, le patient n'était pas inclus et était remplacé par le 1^{er} patient « en réserve » sur la liste. Il n'a pas été nécessaire d'utiliser la liste de réserve.

Les données ont été extraites par l'investigatrice principale qui fait partie de l'équipe soignante. Les données ont été consignées sur un tableur Excel sécurisé et conservées selon les règles de sécurité en vigueur pour assurer la sécurité et la confidentialité des données. Les identités des patients n'ont pas été conservées dans ce tableur et ont été remplacées par un numéro identifiant (1 à 50). Une liste de correspondance a été établie et conservée selon les règles en vigueur.

Dans un second temps, après le recueil des données rétrospectives et pour répondre aux objectifs secondaires de l'étude, un guide d'entretien a été rédigé pour mener l'étude qualitative (annexe 5).

Un mail d'information a été envoyé aux cadres de santé des trois services de gériatrie concernés pour sensibiliser l'ensemble des infirmiers à participer à cette étude.

Les cadres de santé ont contribué au recrutement et à l'identification des infirmiers volontaires. Les rendez-vous ont alors été fixés.

Les entretiens semi-directifs ont été menés en présentiel au sein du Centre Hospitalier du Quesnoy auprès d'infirmiers en gériatrie. Pour arriver à suffisance des données, sept entretiens ont été nécessaires. Tous les entretiens ont été enregistrés numériquement, retranscrits intégralement mots pour mots. Les Verbatims sont consultables sur ces liens :

[Verbatim.pdf](#).



L'analyse a débuté par plusieurs lectures des Verbatims puis par l'extraction des parties de texte qui reflétaient des idées, des pratiques ou des expériences similaires. Les données narratives ont été analysées pour former des catégories d'informations reliées pour former des thèmes.

4 RESULTATS ET ANALYSES

4.1 Méthode quantitative rétrospective

4.1.1 Résultats et analyse des données rétrospectives

4.1.1.1 Description de la population étudiée

Pour mener la méthode quantitative, un échantillon de 50 dossiers patients a été étudié. Le **Tableau 1** et la **Figure 1** en décrivent les caractéristiques.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population (N=50) en fonction de l'âge et du sexe

Population (N=50)			
<i>Sexe</i>	Femmes	Hommes	Total
	34	16	50
<i>Age</i>			
Moyenne	82,32	81,5	82,06
Ecart type	7,31	6,85	7,17
Min	63	68	63
Max	96	93	96

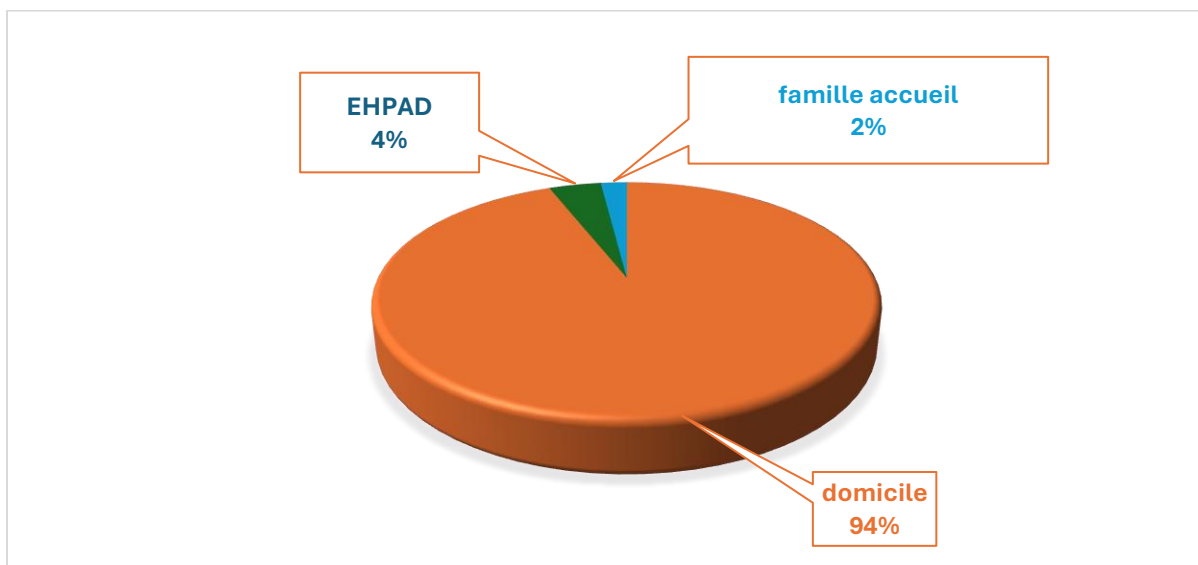


Figure 1 : Répartition de la population selon le lieu de vie

En premier lieu, il est intéressant d'annoncer les données socio-démographiques : la moyenne d'âge des patients hospitalisés était de 82,06 ans avec un âge compris entre 63 et 96 ans.

La majorité des patients était des femmes avec une moyenne d'âge de 82,32 ans. Les hommes, quant à eux, avaient une moyenne d'âge de 81,5 ans.

La grande majorité des patients vivaient au domicile au moment de l'hospitalisation. Ils étaient une minorité à vivre en EHPAD ou en famille d'accueil.

4.1.1.2 Dépistage de l'incontinence urinaire à l'entrée

Notre objectif principal était d'évaluer la fréquence du dépistage de l'incontinence urinaire effectué à l'entrée (dans les 24h) d'un patient admis en gériatrie au CH du Quesnoy. Les résultats sont reportés dans le **Tableau 2**.

Tableau 2 : Traçabilité du dépistage de l'incontinence urinaire à l'entrée en fonction du sexe (N = 50)

Statut de continence	Renseigné (N=49)		Non renseigné (N=1)	Total (N=50)
	Incontinence (N=18)	Continence (N=31)		
<i>Femmes</i>	12	21	1	34
<i>Hommes</i>	6	10	0	16
Total	36%	62%	2%	100%

Notre étude rétrospective a relevé un plus grand nombre de patients continents que de patients incontinents. Parmi les patients incontinents, la majorité était des femmes.

Dans la quasi-totalité des dossiers patients étudiés, le dépistage de l'incontinence urinaire est réalisé dans les 24h après son admission et concerne l'ensemble des services de gériatrie de l'étude. Un seul dossier n'était pas renseigné.

Le **Tableau 3** décrit quel était le professionnel de santé qui a recherché le statut de continence urinaire. Il a été identifié à l'aide des transmissions dans le Dossier Patient Informatisé, il s'agissait :

- Soit de l'infirmier seul (transmissions paramédicales).
- Soit du médecin et de l'infirmier (les deux).

Tableau 3 : Profil du professionnel de santé réalisant l'évaluation de la continence urinaire à l'entrée (N = 49)

	Statut de continence renseigné (N=49)			Total
<i>Profil du professionnel de santé</i>	Médecin seul	Médecin et IDE	IDE seul(e)	
	0	34	15	49
Total (%)	0	69,4%	30,6%	100%

Le dépistage est réalisé en général par le médecin et l'infirmier ou l'infirmier seul. Les résultats ont montré que dans 69,4 % des dossiers, la recherche d'incontinence urinaire a été faite par le médecin et l'infirmier

Cependant, sur les 34 dossiers où les 2 professionnels de santé ont réalisé le dépistage, 10 dossiers montraient un résultat discordant entre l'évaluation médicale et l'évaluation infirmière : pour ces dossiers le statut de continence était différent à l'entrée du patient. Nous avons pris en considération le statut de continence émis par le médecin car potentiellement repris dans le courrier de sortie.

Le **Tableau 4** permet de décrire les outils utilisés pour le dépistage de l'incontinence urinaire selon le profil du professionnel de santé. Le médecin utilise uniquement les éléments recueillis lors de l'interrogatoire à l'entrée du patient. Ces éléments sont tracés sur le Dossier Patient Informatisé. Dans notre étude, le statut de continence pouvait être retranscrit clairement ou intitulé « absence de signe fonctionnel urinaire ». Comme l'incontinence est un signe fonctionnel urinaire (SFU), nous avons considéré que l'absence de signe fonctionnel urinaire statuait une continence urinaire.

Tableau 4 : Outils utilisés pour le dépistage de l'incontinence urinaire selon la catégorie professionnelle (N = 49)

<i>Statut de continence</i>	<i>Outil utilisé par le médecin</i>	<i>Outil utilisé par l'IDE</i>		
	N=49	N=49		
	Interrogatoire	ADL	KATZ	NORTON
Non Renseigné	15	0	0	0
Renseigné	34	11	1	37
Total	100%	22,40%	2%	75,50%

Les résultats montrent que l'infirmier réalisait toujours le dépistage de l'incontinence urinaire lors de l'évaluation de l'autonomie en utilisant une échelle. Dans 75,5% des dossiers, elle a été

faite avec l'échelle de Norton. Dans 22,4% des dossiers, l'échelle ADL a été utilisée. Une minorité de soignants (un dossier) a utilisé l'échelle Katz.

Précisons que parmi les 34 dossiers pour lesquels le dépistage a été réalisé par le médecin et l'infirmier, 10 dossiers présentaient une discordance entre l'évaluation médicale et l'évaluation infirmière concernant le statut de continence.

L'échelle la plus utilisée par les infirmiers étaient l'échelle de Norton (dans 75,5% des cas), venait ensuite l'échelle ADL (22,4%). L'échelle Katz n'a été utilisée que dans un seul dossier.

4.1.1.3 Statut de continence dans les courriers de sortie

Notre étude met en évidence plusieurs objectifs secondaires. Le premier est l'évaluation de la fréquence de la traçabilité du statut de continence dans les courriers de sortie des patients admis en gériatrie au CH du Quesnoy. Ces données sont reportées dans la **Figure 2** et le **Tableau 5**.



Figure 2 : Pourcentage de CRH renseignés par le statut de continence urinaire

Sur l'ensemble des dossiers, 64 % des courriers de sortie (32 courriers au total) mentionnaient le statut de continence ou d'incontinence urinaire du patient.

Tableau 5 : Répartition des patients dans les Compte-Rendu Hospitaliers (CRH) selon leur statut de continence (N = 50)

	<i>Continent</i>		<i>Incontinent</i>		<i>NR</i>		<i>Total</i>	
	N = 31	%	N = 18	%	N = 1	%	N=50	%
<i>Statut renseigné dans le CRH</i>								
NON	5	16,1	12	66,7	1	100	18	36
OUI	26	83,9	6	33,3	0	0	32	64

Rappelons que la majorité des patients étaient déclarés continents à leur entrée. Pour ces patients continents, l'information a été retrouvée dans 83,9 % des courriers de sortie. En revanche, pour les patients déclarés incontinents à l'entrée, l'information a été précisée dans seulement 33,3% des courriers de sortie. Autrement dit, dans 66,7% des dossiers où le patient est déclaré incontinent, l'information n'a pas été mentionnée dans le courrier de sortie.

Nous nous sommes enfin intéressés à la mention d'un diagnostic pour les patients dépistés incontinents. Les résultats sont présentés dans le **Tableau 6**. Evidemment, pour les patients déclarés continents, aucun diagnostic n'était attendu.

Tableau 6 : Pourcentage de diagnostic d'incontinence urinaire mentionné dans le CRH

	Diagnostic mentionné		Pas de diagnostic mentionné		Total
	Nb	%	Nb	%	N =32
<i>Statut renseigné dans le CRH pour les patients incontinents</i>	2	33,3	4	66,7	6
<i>Statut renseigné dans le CRH pour les patients continents</i>	NA	NA	NA	NA	26

Enfin, pour les patients dont l'incontinence urinaire a été stipulée dans le courrier de sortie, aucun diagnostic précis n'a été évoqué, nous n'avons relevé aucune proposition de prise en soins ni de liste établie selon l'outil GRAPPPA.

4.2 Méthode qualitative

4.2.1 Résultats et analyse des entretiens infirmiers

L'étude qualitative a nécessité sept entretiens infirmiers pour arriver à la suffisance des données. Le guide d'entretien se trouve en annexe. Les thèmes sont basés sur l'analyse des récits relatant des expériences, des pratiques communes ou non des participants, illustrés par les propos des Verbatims.

A partir de l'analyse narrative, nous avons identifié 6 thèmes principaux illustrant les freins et 3 thèmes objectivant les leviers possibles.

Concernant les freins, nous retrouvons les idées suivantes :

- 1) Les discordances dans l'évaluation de l'autonomie.
- 2) Les disparités dans l'évaluation de l'incontinence urinaire.
- 3) Les transmissions des évaluations.
- 4) Les représentations de l'incontinence urinaire.
- 5) Le manque de connaissances.
- 6) Les actions entreprises.

Concernant les leviers, les idées suivantes sont apparues :

- 1) La formation sur l'incontinence urinaire.
- 2) L'information sur la prise en soins.
- 3) Les effectifs du personnel soignant.

1) Les discordances des évaluations de l'autonomie :

➤ Dans l'évaluation de l'autonomie :

Elle se fait toujours auprès du patient et/ou de sa famille mais les modalités sont différentes. Souvent réalisée à l'aide d'échelles et d'outils, elle peut se baser sur une fiche de liaison de transfert, sur le recueil lors de l'interrogatoire d'entrée ou sur les transmissions entre collègues.

Il paraît souvent difficile d'évaluer l'autonomie d'un patient non connu à son entrée notamment lorsqu'il présente des troubles du langage, de la compréhension, une confusion ou des troubles cognitifs. Le patient peut avoir une altération de l'état général laissant supposer qu'il soit en perte d'autonomie, nécessitant l'aide des soignants.

V3 : « *Et ben déjà, on les pose les bonnes questions, savoir euh...ce qui sait faire de lui-même. Et puis....euh... On essaye de l'estimer comme on peut* ».

V4 : « *Bah déjà le premier jour on se base sur la fiche de liaison, sur ce que le patient nous dit* » ; « *On n'utilise pas forcément d'échelle en tout cas chez nous. Je sais qu'il existe des échelles, mais on n'en utilise pas forcément* ».

V6 : « *Grâce aux scores, aux grilles d'évaluation, les échelles, enfin les échelles d'évaluation* » ; « *Après on évalue nous aussi entre collègues* ».

➤ **Dans les outils et échelles utilisés.**

Plusieurs échelles ou outils sont utilisés et diffèrent selon le service de soins. Sont cités l'échelle de Norton, ADL et Katz. Il n'existe pas de concordance et d'uniformité dans les pratiques des soignants. En effet, les pratiques sont différentes entre l'HDJ MCO et les services de soins.

V2 : « *on fait des échelles, ce qu'on appelle ADL, donc là on évalue l'autonomie du patient, donc ADL et IADL* ».

V6 : « *On en parle avec les aides-soignants mais sinon d'office c'est sûr qu'on fait une grille d'évaluation, Norton et Katz.* »

V7 : « *Par la grille de Norton, Katz et en le voyant.* »

2) Les disparités dans l'évaluation de l'incontinence urinaire :

➤ **Des méthodes différentes**

De même, les moyens utilisés pour évaluer la continence urinaire vont différer d'un service à un autre, voire d'un soignant à un autre. L'évaluation de la continence peut se faire via un courrier de transfert ou courrier médical, via les échelles d'évaluation d'autonomie, par un interrogatoire auprès du patient et/ou de la famille selon les situations.

V5 : « Il n'y a pas d'évaluation particulière ». « Ouais à part dans la grille de Norton mais sinon... »

V1 : « On l'évalue lors de la première consultation, via l'échelle ADL. Et ensuite elle est réévaluée à chaque consultation de suivi tous les ans ou tous les 6 mois selon le rythme des consultations. » « Oui, on se réfère au courrier, déjà voir s'il a une sonde, des choses comme ça ».

V3 : « Ben, on leur pose la question à leur arrivée (sourire). Et puis après on voit au cours de l'hospitalisation s'ils présentent des fuites urinaires la nuit, tout ça. Après on instaure soit une protection ou si c'est un homme un péniflow. Selon toujours la mobilité on voit ce qui est préférable pour eux ».

V6 : « Quand c'est des patients qui communiquent, ça va, ils nous expliquent, ils nous le disent en arrivant, donc y a pas de soucis. Euh...quand c'est des patients qui ne communiquent pas, qui ont des gros troubles du comportement, en général ils sont incontinents, quand même on demande tout le temps aux familles si on a pas de courrier, si c'est pas stipulé ou pas, au pire on demande à la famille, on appelle pour demander des renseignements, savoir comment ça se passe au domicile, est-ce qu'il va aux toilettes, est-ce qu'on doit l'amener. Donc euh...la famille c'est important dans ces cas-là et sinon ouais on demande directement au patient s'ils sont capables. Et c'est évalué à chaque fois, à chaque entrée, systématiquement. »

➤ Des objectifs d'évaluation différents

L'objectif et l'intérêt d'évaluer la continence urinaire vont être très différents d'un soignant à un autre. Cela peut être fait par automatisme car partie intégrante des échelles d'évaluation, en prévention de complications surtout du risque d'escarre et d'altération cutanée, pour évaluer les besoins et adapter l'environnement et le matériel du patient. Parfois, le soignant ne sait pas pourquoi l'incontinence est évaluée.

V1 : « Principalement parce que elle est sur l'échelle ADL qu'on réalise à chaque moment, à chaque consultation. »

V3 : « Bah toujours pour les problèmes d'escarres...euh pour moi c'est ça vu que ça intègre l'échelle de Norton. Si euh...s'ils font dans leur protection, qui sont incontinents, ça crée vite des escarres enfin l'altération de la peau. »

V5 : « *Pourquoi vous l'évaluez cette continence urinaire ?* » en réponse « *C'est une bonne question ça !* (rires, pas de réponse) ; « *Donc, voir déjà si il a une sonde vésicale, voir si on met des protections ou pas.* » ; « *Il n'y a pas forcément, d'après vous, d'objectifs précis sur l'évaluation de la continence ?* » Réponse IDE : « *Non.* »

V6 : « *Bah pour savoir déjà s'il est capable de se mobiliser, si on doit mettre une chaise percée à côté, enfin pour le risque de chute en priorité. Pour s'adapter à eux, s'ils ont besoin d'un urinal, on met pour pas qu'ils essayent de se lever et chuter, c'est trop risqué. Ouais, c'est pour, c'est pour s'adapter en fait, pour que ce soit plus facile pour eux et pour éviter tous les risques qui s'en suivent. Comme les chutes par exemple ou alors les rétentions urinaires parce que ils veulent à tout prix aller aux toilettes et ne peuvent pas faire, ça arrive aussi. C'est surtout pour ça.* »

V2 : « *Je vois plus l'autonomie mais pourquoi on l'évalue ? je réfléchis...* »

3) Les transmissions des évaluations :

Il ressort des entretiens l'insuffisance voire l'absence de transmissions et de communication entre les soignants et le médecin quant à l'évaluation de l'autonomie et donc de l'incontinence urinaire. L'évaluation est faite, retranscrite dans le DPI si une échelle est utilisée mais pas communiquée oralement de manière systématique. Des transmissions ciblées ne sont pas faites si un problème d'incontinence est relevé. Si besoin, il faut aller rechercher l'information dans les grilles d'évaluation dans le DPI. L'information va être écrite sur les feuilles papiers dans certains services : sur les feuilles de transmissions écrites des soignants et le dossier papier. L'autonomie va être abordée également lors des réunions de soins hebdomadaires réunissant les médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes et cadres de santé.

V5 : « *Y a pas vraiment de transmissions, ça donne un score et point.* » ; « *Dans le dossier, dans Futura* » (NB : logiciel informatique CH).

V3 : « *Sur l'ordinateur.... Via l'échelle de Norton* » ; « *Oui, il y a des transmissions verbales entre nous....euh...transmissions verbales dans toute l'équipe et après il y a certains mots de suite qui peuvent être effectués mais c'est pas très courant non plus. C'est surtout dans nos feuilles de transmissions.* »

V6 : *« On ne transmet pas l'évaluation telle quelle comme ça. C'est vrai que les scores tout ça, on n'en parle pas. Donc ça c'est vrai qu'on ne le transmet pas. Par contre, on en parle à chaque réunion, donc deux fois par semaine avec l'ensemble de l'équipe. Aussi bien les médecins, les kinés, les infirmiers, des aides-soignants. On parle de l'autonomie, comment ils évoluent. Mais on ne se sert pas de l'outil. »*

V2 : *« Alors ça reste dans le dossier alors nous c'est sur papier. Euhm...après c'est transmis au niveau du médecin, le gériatre, qui retranscrit dans son courrier médical qui est transmis au médecin traitant. »*

V4 : *« Pas systématique. S'il nous demande on va lui transmettre mais c'est pas des éléments qu'on transmet systématiquement. »*

4) Les représentations de l'incontinence urinaire :

➤ Critère non prioritaire

L'incontinence urinaire ne ressort pas comme un critère prioritaire dans l'évaluation de l'autonomie. La mobilité et les déplacements sont les éléments les plus importants pour les soignants car toute la prise en soins va en découler. Les troubles de la mobilité et locomoteurs vont influencer la continence, la réalisation des soins d'hygiène, le risque d'escarre. Néanmoins, plusieurs soignants vont affirmer que tous les critères sont prioritaires sans donner de raisons précises.

V3 : *« Bah vraiment, leur mobilité à eux. C'est ça le plus essentiel, hein. Une fois qu'ils savent se mobiliser et puis bah...y a une grande partie qui est réglée entre guillemets »*

V5 : *« Je dirais la mobilisation » ; « Bah, parce que ça permet de prendre en charge le patient. Bah comme on a des patients déjà âgés qui ont des problèmes locomoteurs, forcément c'est plus facile déjà de savoir si ça marchait ou pas et pour les prendre en charge. »*

V1 : *« Tous semblent importants, afin de pouvoir les aider, d'apporter des aides pour remédier à cette perte d'autonomie ».*

V4 : *« Je dirai un peu tous. C'est quand même des besoins primaires pour moi, donc enfin par ordre de priorité....Après peut-être au niveau des déplacements, enfin le risque d'escarre, tout ça... je pense qu'on peut les mettre dans les priorités. Après l'alimentation et après les soins de confort et habillage. »*

➤ Banalisation

L'incontinence urinaire est banalisée dans les services de gériatrie. Plusieurs raisons sont retrouvées : l'âge, l'incontinence urinaire irréversible, les troubles cognitifs.

V2 : « *Après je trouve qu'on parle moins de l'incontinence urinaire, on est moins ciblé. Alors est-ce que parce que la personne vieillie, elle devient âgée, ça devient pas quelque chose de, comment je pourrais dire ? de banal.... Oui, on banalise plus je pense...dans la prise en soins. Je pense qu'on est moins focalisé là-dessus.* »

V3 : « *Une fois qu'ils sont incontinents, ils sont incontinents.* »

V4 : « *C'est une question que je ne me suis jamais posée, j'ai pas de réponse.* »

V6 : « *Quand c'est des patients qui ne communiquent pas, qui ont des gros troubles du comportement, en général ils sont incontinents* »

V5 : « *Bah après c'est sûr que ça sera mieux s'ils étaient continents.* » ; « *Parfois peut-être le manque de volonté aussi.* »

➤ Non remédiable

De manière générale pour les soignants, l'incontinence urinaire de la personne âgée semble difficile à prendre en soins et à traiter. Plusieurs facteurs vont justifier cette difficulté comme l'âge, les troubles cognitifs, l'ancienneté et sévérité de l'incontinence urinaire.

Certains soignants mentionnent les traitements médicamenteux comme solution, d'autres proposent des alternatives palliatives adaptées, la stimulation et l'aide à apporter au patient pour aller aux toilettes. D'autres soignants ne savent pas et n'émettent aucune réponse. Seul un soignant a évoqué la kinésithérapie périnéale.

V6 : « *Peut-être que ouais dans certaines situations. En général je pense qu'il y a des patients qui sont vraiment incontinents depuis plusieurs années et je sais pas si dans ce cas-là c'est possible d'y remédier. Ils ont des gros troubles cognitifs, ils ne se rendent pas compte. Donc dans ce cas-là ça me paraît compliqué* »

V1 : « *On peut probablement remédier pour certaines personnes âgées à cette incontinence. Pour ça, euh....il faut savoir orienter le patient* ».

V3 : « Oui. Médicamenteux, je sais que y en a certains qui peuvent aider et puis remédier à l'incontinence ? Il n'y a pas beaucoup de remède... On fait avec les moyens du bord (rires). On y remédie pas vraiment. Une fois qu'ils sont incontinents, ils sont incontinents. »

V7 : « Remédier à l'incontinence urinaire ? Bah en proposant d'aller aux toilettes plusieurs fois par jour. Bah...d'écouter le patient, s'il veut y aller tout de suite. » ; « On a des protections, les pull ups, comme ça ils sont autonomes pour aller aux toilettes et comme ça il n'y a pas de problème d'estime de soi, s'il y a des soucis d'incontinence ».

V4 : « Alors là ! Bonne question ! (sourire). C'est une question que je ne me suis jamais posé, j'ai pas de réponse ».

5) Le manque de connaissances :

Il existe une méconnaissance de l'incontinence urinaire de la personne âgée, de son dépistage, des traitements et des recommandations existantes. L'incontinence urinaire semble difficile à évaluer pour les soignants et donc à prendre en soins.

V1 : « c'est vrai qu'il y a une grande méconnaissance au niveau de l'incontinence urinaire pour ce qui est de ma part »

V4 : « Je trouve que c'est compliqué d'évaluer la continence parce que parfois le patient va dire « oui je suis continent » et en fait pas du tout. Et pis des fois, je sais pas trop comment l'évaluer. »

V3 : « Je ne connais pas en tous cas » (en parlant des recommandations) ; « Mais s'il y en a, bah, je suis bien curieuse de savoir ce que c'est ».

V4 : « Alors ça c'est....Une grande question. Je pense que tous les patients ils ont un peu une protection et après on voit en fonction de... » ; « Mais c'est juste comment l'évaluer ? C'est la question. » ; « Je pense qu'on manque d'outils et peut être d'informations aussi. » ; « Vers qui se tourner quoi, tout simplement. Enfin nous, une fois qu'on a l'information, qu'est-ce qu'on en fait ? »

V6 : : « On ne m'a jamais parlé de recommandations ».

6) Les actions entreprises :

Face à l'incontinence urinaire du patient, la plupart du temps aucune action spécifique n'est mise en place. Parfois un traitement médicamenteux peut être initié par le médecin, la rééducation périnéale a été citée. Sinon, ce sont des actions palliatives qui sont mentionnées avec mise en place de matériel et protections pour incontinence. Par ailleurs, les protections sont souvent mises de manière systématique.

V1 : « *En soi il y a pas vraiment d'action qui est mise en place* ».

V4 : « *Dans le service, je dirai qu'on met pas tellement d'actions face à la découverte d'une incontinence* ». ; « *Je pense que tous les patients ils ont un peu une protection et après on voit en fonction de...* »

V2 : « *Il y aura plus l'instauration d'un traitement. Mais ça, après ça reste au niveau du médecin.* » ; « *il y a la rééducation au niveau.... De la rééducation du gynéco ou même kiné, de l'orienter vers cette solution.* »

V6 : « *si c'est un patient qui est alité, on peut lui proposer sonde urinaire. Euh, pour son confort. Par contre si c'est un patient qui se mobilise et qui a des troubles cognitifs, on ne met pas de sonde parce que il y a trop de risques qu'il se désonde avec le ballonnet et qu'il y ait des hémorragies, des hématuries du coup. Ouais peut-être la sonde mais je ne suis pas sûre que ça soit une solution. Et pour les patients qui déambulent, on a déjà mis des péniflow avec la poche qu'on attachait à la jambe, c'est pas mal....enfin, c'est une solution. C'est vraiment au cas par cas. C'est difficile de dire en général, il y a des patients c'est pas possible du tout.* »

« *Oui, en solution on avait déjà péniflow, sonde urinaire. Après oui comme je vous ai dit, le fait de mettre l'urinal vraiment proche ça peut les inciter. La chaise percée proche aussi.* »

En ce qui concerne les leviers identifiés :

1) La formation sur l'incontinence urinaire

Les infirmiers n'ont pas de formation spécifique sur l'incontinence urinaire et l'idée de formation est ressortie.

V1 : « *Déjà de la formation auprès des professionnels sur l'incontinence urinaire* »

V2 : *« Je pense d'être formés par rapport aux professionnels de santé, plus de ce côté-là, d'être formé et informé sur l'incontinence et sur tout ce qui peut être proposé que ce soit au niveau du dépistage, des traitements, des possibilités »*

2) L'information sur la prise en soins

Au-delà de la formation spécifique, il semble que l'information sur le dépistage, l'orientation, les traitements soit une possibilité.

V4 : *« Je sais qu'on a fait tous les dépliants sur les troubles de déglutition tout ça mais je pense que l'incontinence de la personne âgée ça pourrait être bien. » ; « Bah, je pense qu'il faut déjà faire circuler l'information sur l'incontinence dans les services. »*

« Je pense qu'on manque d'outils et peut être d'informations aussi. »

V1 : *« Sur la connaissance des techniques pour remédier à l'incontinence urinaire, savoir quel spécialiste orienter ».*

3) Les effectifs du personnel soignant :

Selon certains soignants, la difficulté de prise en soins de l'incontinence urinaire est liée à l'effectif du personnel. En effet, pour ces soignants, la prise en soins se fait par les traitements palliatifs, l'accompagnement du patient ayant besoin d'aide pour assurer l'élimination urinaire. Pour y remédier, la solution serait plus de personnel soignant pour accompagner davantage les patients à assurer l'élimination urinaire voire d'assurer des changes plus fréquents.

V6 : *« Je pense vraiment l'effectif au final. On aurait des personnes, enfin plus de soignants peut-être, on pourrait se dire aller, euh...tous les autant, on les emmène aux toilettes. Comme ça on peut les installer soit aux toilettes, soit sur la chaise percée ou le bassin. Je pense que ça, ça aiderait bien quand même. »*

V7 : *« Oui, je pense qu'on pourrait facilement euh...mobiliser plus souvent si on était un peu plus et il y aurait encore plus de passages dans les chambres. Malgré un passage régulier. Surtout chez les patients qui ne se manifestent pas en fait »*

Le manque de temps a été évoqué également.

Enfin, certains soignants ne sachant pas, n'avaient aucune idée à suggérer sur les moyens d'amélioration de la prise en soins de l'incontinence urinaire.

En finalité, le dépistage de l'incontinence urinaire est toujours réalisé par l'infirmier dans les 24h à l'entrée du patient. Cela fait partie intégrante de son rôle propre, notamment en évaluant le niveau d'indépendance ou de dépendance du patient. En réalisant une évaluation de l'autonomie via des échelles et outils, cela permet de mesurer tous les critères intéressant les éventuelles pertes fonctionnelles.

Précisons que les entretiens ont été assez rapides. Le sujet de l'incontinence urinaire, non évoqué au départ, semblait surprendre les soignants, les laissant surpris et parfois perplexes. Les réponses étaient souvent écourtées, laissant supposer les difficultés liées à l'incontinence urinaire dans les services de gériatrie.

Il est maintenant intéressant de discuter des résultats obtenus en les confrontant à la littérature pour ensuite mettre en lumière les perspectives envisageables.

5 DISCUSSION

5.1 Données et résultats quantitatifs

Notre question de départ était de savoir si les patients admis en gériatrie au CH du Quesnoy bénéficiaient d'un dépistage et d'une prise en soins de l'incontinence urinaire durant leur séjour. Pour y répondre, il était intéressant d'étudier les caractéristiques des patients hospitalisés dans les services de gériatrie.

L'âge moyen était de 82,06 ans avec un âge compris entre 63 et 96 ans, laissant paraître l'hétérogénéité de la population gériatrique. La majorité des patients étaient des femmes avec une moyenne d'âge de 82,32 ans et une moyenne d'âge de 81,5 ans pour les hommes. Ces chiffres concordent avec les statistiques de la population française. Au 1^{er} janvier 2019, les femmes représentaient 51,6 % de la population, plus nombreuses de 2,2 millions que les hommes. Ces derniers sont minoritaires aux âges avancés (20). D'ailleurs, cette évolution démographique du vieillissement ne cesse d'augmenter depuis le début des années 2000. En effet, en 2006 un rapport a été rédigé contenant un « programme pour la gériatrie ». Il a été édité pour atténuer et anticiper l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement

des hôpitaux dans les années à venir. Le fonctionnement des hôpitaux et la nécessité de créer des filières gériatriques étaient, entre autre, expliqués (21).

L'autre caractéristique des patients de notre étude est qu'ils vivaient presque tous au domicile au moment de l'hospitalisation. En 2023, la Drees exposait un rapport indiquant que 96% des plus 60 ans vivaient au domicile et que 90,8% des plus de 75 ans vivaient au domicile (22). Nos résultats reflètent donc bien le type de population pris en soins en services de gériatrie.

Un des objectifs de la gériatrie est effectivement le maintien au domicile dans des conditions optimales et sécuritaires de patients âgés de 75 et plus. Les services de gériatrie assurent la prise en soins de patients présentant des polypathologies invalidantes chroniques ayant décompensées ou une affection aigue, tout en assurant le maintien ou le rétablissement de l'indépendance. Selon le service, les missions et l'organisation peuvent être différentes (CSG ou SMR ou HDJ). Cependant, le point commun de tous est le savoir-faire gériatrique permettant une prise en soins globale du patient par une équipe pluridisciplinaire formée à la gériatrie (23). L'évaluation globale du patient et de son état de santé requiert l'évaluation de l'indépendance. A l'aide d'outils standardisés, les différents besoins sont évalués permettant à l'équipe soignante d'adapter le plan de soins personnalisé du patient et de viser le maintien ou retour à l'indépendance. L'incontinence urinaire est un critère présent dans tous les outils et échelles d'évaluation. La continence doit donc être une fonction toujours évaluée.

Notre objectif principal était d'évaluer la fréquence du dépistage de l'incontinence urinaire effectuée à l'entrée d'un patient admis en gériatrie au CH du Quesnoy.

Pour la quasi-totalité des patients, le dépistage de l'incontinence urinaire a été effectué dans les 24h après l'admission quel que soit les services de gériatrie du Centre Hospitalier. Seul un dossier ne retrouve aucune information concernant le dépistage : les raisons peuvent être diverses mais aucune explication précise n'a été retrouvée. Plusieurs hypothèses peuvent être émises : un simple oubli, une durée de séjour courte, un motif d'hospitalisation particulier, une situation d'urgence, un dépistage non réalisable ou non applicable...

Nos résultats rétrospectifs ont relevé un plus grand nombre de patients continents (62%) que de patients incontinents (36%), contrairement à ce qui est retrouvé dans la littérature. Parmi les patients incontinents, les femmes étaient majoritaires. En effet, la prévalence de l'incontinence urinaire est plus importante chez la femme et augmente avec l'âge, en lien avec des facteurs favorisants comme l'indice de masse corporel élevé et la parité. En 2013, l'étude Norvégienne EPICONT a démontré l'augmentation avec l'âge de la prévalence de l'incontinence urinaire

chez la femme ainsi que l'augmentation de sa sévérité (24). Par ailleurs, la prévalence de l'incontinence urinaire de la femme à domicile est de 30% et d'au moins 50 % chez les femmes vivant en institution. Toutes ces données confirment l'importance du dépistage et de la prise en soins chez les patients au domicile.

Notre étude a montré que le dépistage de l'incontinence urinaire est réalisé majoritairement (à 69,4%) par le médecin et l'infirmier, augmentant et renforçant la découverte et la mise en évidence d'une incontinence urinaire. C'est un résultat non négligeable et satisfaisant alors même que l'incontinence urinaire est souvent non évoquée par le patient. En effet, l'infirmier effectue systématiquement ce dépistage à l'entrée du patient en réalisant une synthèse clinique. Pour ce faire, il s'appuie sur des outils et des échelles d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, il pose la question au patient et peut détecter une incontinence urinaire. Le médecin mène, quant à lui, un interrogatoire durant l'examen clinique d'entrée en évaluant l'ensemble des fonctions organiques à la recherche de défaillances ou déficiences, notamment l'appareil uro-génital. Chaque professionnel doit transmettre les résultats de son évaluation dans le DPI et auprès de l'équipe pluriprofessionnelle.

Cependant, nos résultats ont mis en évidence des discordances entre le résultat du médecin et de l'infirmier concernant le statut de continence du patient à l'entrée. Cet élément pourrait être exploré pour en connaître les raisons. L'hypothèse du manque ou mauvaise communication et transmissions à ce sujet peut être évoquée. Une autre hypothèse peut évoquer des discordances dans l'évaluation de la continence du patient. Cela laisse supposer des impairs dans la prise en soins du patient.

Nos résultats ont montré que les infirmiers utilisaient des échelles différentes selon le service de soins dans lequel il exerce, à ce jour il n'existe pas de standardisation. En première position, on trouve l'échelle de Norton, évaluant le risque d'escarre, qui est utilisée. L'échelle ADL arrive secondairement et enfin l'échelle de Katz, similaire à l'ADL mais plus complète, n'est quasiment pas utilisée. En effet, l'hétérogénéité et la singularité des patients gériatriques obligent les soignants à s'adapter au patient et à ses capacités. Les informations recueillies peuvent être biaisées ou erronées selon le mode de recueil, selon le soignant ou le patient. Les fonctionnements et organisations des services contribuent aussi aux disparités d'outils.

Par ailleurs, nous pouvons nous interroger sur l'intérêt d'utiliser l'échelle de Norton en premier lieu à l'entrée du patient mais surtout nous interroger sur sa performance dans l'évaluation de l'incontinence urinaire. En 2018, une étude prospective a montré que l'élément « continence »

de l'échelle ADL de Katz n'était pas assez sensible pour le dépistage de l'incontinence urinaire dans la population gériatrique. L'outil de dépistage ICIQ-UI-sf (annexe 6) était simple, plus complet, précis et donc plus efficace pour dépister l'incontinence urinaire chez les personnes âgées hospitalisées vulnérables (25).

L'utilisation et la standardisation des outils dans les services pourraient être revues. En effet, l'outil d'évaluation devrait être adapté à la situation selon l'état général du patient et de ses capacités.

Enfin, les objectifs secondaires ciblaient l'évaluation des courriers de sortie en termes de traçabilité du statut de continence, du diagnostic précis et des propositions de prise en soins. Dans la plupart des cas, le statut de continence est indiqué dans le courrier de sortie. Pour autant, on peut s'interroger sur la véracité du statut de continence mentionné dans le dossier. Si le médecin ne possède pas les informations ou si elles sont erronées, la prise en soins du patient ne sera pas optimale et l'incontinence urinaire ne sera pas, voire mal, prise en soins et l'information risque d'être erronée voire non indiquée dans le courrier de sortie.

Concernant les courriers de sortie, les résultats ont montré que le fait que le patient soit continent est plus souvent mentionné que s'il est incontinent. Nous pouvons nous interroger sur les raisons : peut-être par oubli, problématique non prioritaire ou en raison de l'absence de propositions de prise en soins ou parce que l'information obtenue n'est pas certaine. Une étude Suisse de 2007 sur les connaissances, les représentations et les pratiques des soignants a révélé que malgré leurs connaissances sur cette problématique, 45% des médecins interrogés ne se sentaient pas impliqués dans la prise en charge de l'incontinence urinaire. Les médecins sont moins confrontés à cette problématique que les soignants directement. Ce peu d'implication pouvait avoir des conséquences sur la prise en charge (26).

Cela pourrait expliquer les résultats de notre étude qui ont montré qu'en cas d'incontinence urinaire détectée, le type d'incontinence n'est pas précisé dans le courrier de sortie, que l'utilisation de l'outil GRAPPPA n'a jamais été évoqué et qu'aucune proposition de prise en soins n'apparaît. Cette étude n'a pas étudié le point de vue des médecins. Il serait donc intéressant de compléter les données avec une étude qui concernerait les médecins quant à la prise en soins de l'incontinence urinaire.

Cette première partie de l'étude nous montre que le dépistage de l'incontinence urinaire, étape primordiale, est réalisée mais sans donner suite à une évaluation complète qui permettrait

d'identifier le type d'incontinence et d'aboutir à une prise en soins optimale. Les raisons essentielles sont ressorties durant la partie qualitative de l'étude.

5.2 Données et résultats qualitatifs

5.2.1 Freins

Les représentations sociales sur l'incontinence urinaire ont souvent été étudiées. Une étude française a mené une enquête sur toute la population générale. Les résultats montrent que l'incontinence urinaire est un sujet perçu comme tabou, avec dégoût et largement méconnu, surtout chez les hommes (27). C'est un sujet peu abordé par le corps médical, qui touche l'intimité, dégradant et stigmatisant. D'ailleurs, il n'existe pas de campagne d'informations ou de prévention à ce sujet.

En ce qui concerne les soignants, le besoin d'éliminer et la physiologie de la miction fait partie du cursus de formation et sont des notions acquises faisant partie de la pratique professionnelle. Pourtant, les représentations des soignants sur l'incontinence urinaire restent un élément déterminant dans la prise en soins du problème. En effet, l'incontinence urinaire n'est pas un critère prioritaire dans la prise en soins du patient malgré sa mise en évidence avec les échelles d'évaluation réalisées. L'information est recherchée, retranscrite via les outils mais non mobilisée. La mobilité et les troubles locomoteurs restent la cible des soignants car la prise en soins du patient va en découler. En 2013, une étude menée en Suisse a mis en évidence une prévalence importante de l'incontinence urinaire en service de gériatrie mais a révélé que ce critère ne faisait pas partie des dossiers infirmiers et que la grande majorité des infirmiers mettaient en place des actions palliatives (28).

L'enquête préalable de 2007 (26) sur les connaissances, les pratiques et les représentations des soignants a voulu identifier les obstacles et ressources liés à l'incontinence urinaire. Elle a montré les connaissances incomplètes des soignants sur le sujet, avec des représentations plus marquées chez les aides-soignantes, un manque d'outils d'évaluation et d'orientation.

L'incontinence urinaire est banalisée : perçue comme la conséquence du vieillissement, souvent associée aux troubles cognitifs ou aux troubles locomoteurs, elle est décrite comme irréversible ou difficilement remédiable selon son ancienneté et sa sévérité. Les solutions ou traitements efficaces sont peu cités et non exhaustifs.

En 2015, une revue systématique des études sur les traitements efficaces disponibles pour les personnes âgées présentant une incontinence urinaire a conclu qu'il existait des traitements conservateurs même chez les personnes âgées fragiles, permettant de réduire les fuites urinaires et d'améliorer la qualité de vie (29).

En effet, les possibilités de prise en soins actuelles permettent souvent d'améliorer ce symptôme, voire de le supprimer et ainsi d'améliorer la qualité de vie de la personne âgée. Le traitement va dépendre de la cause de l'incontinence urinaire ; il ne diffère pas vraiment du traitement de l'adulte plus jeune.

La rééducation pelvi-périnéale est le traitement de première intention dans tous les types d'incontinence. L'objectif est le renforcement de la musculature périnéale. Cependant, pour que ce traitement soit efficient et obtenir des résultats positifs, cela requiert l'accord et la motivation du patient. Ses capacités motrices et cognitives doivent donc être préservées.

La rééducation comportementale concerne également tous les types d'incontinence urinaire (2)(6). Elle consiste à éliminer dans un premier temps les facteurs favorisant à l'aide de règles hygiéno-diététiques.

Le manque de connaissances sur l'incontinence urinaire est révélateur du type de prise en soins qui sera proposé. Il concerne toutes les étapes de cette prise en soins, que ce soit sur le dépistage, les mécanismes et les types d'incontinence, les causes réversibles, les traitements thérapeutiques ou non, les recommandations et les outils efficaces à utiliser. L'outil GRAPPPA n'est quant à lui pas connu.

Par ailleurs, les actions entreprises par les soignants sont souvent palliatives associant généralement des adaptations de l'environnement et/ou du matériel au patient et à ses capacités. Mais elles sont aussi fréquemment délétères, parfois à l'origine de l'apparition ou d'une aggravation d'une incontinence urinaire. La mise en place de protection urinaire « préventive » de manière systématique est souvent citée par les soignants. Elle est mise en place à la découverte d'une incontinence et perçue comme « le traitement » de l'incontinence. Les capacités du patient à se mobiliser, à faire ses transferts mais aussi la présence de troubles cognitifs sont régulièrement associés à la protection urinaire. Si le patient ne peut se mobiliser ou si des troubles cognitifs ou même du langage sont présents, la protection sera initiée. Evidemment, l'intérêt des soignants n'est pas de nuire au patient, au contraire, ils cherchent à le protéger d'éventuelles complications liées à l'incontinence urinaire (souillures, inconfort,

chutes, dermite, escarres...). L'utilisation systématique de protections urinaires est un biais dans le dépistage mais surtout un frein pour la prise en soins de l'incontinence.

Cette pratique a été mise en évidence dans de nombreuses études. Une étude a voulu identifier les facteurs inhérents à la prise en charge hospitalière favorisant l'incontinence urinaire. Après une revue intégrative des recherches disponibles, en sont ressortis plusieurs facteurs favorisant tels que l'utilisation injustifiée de protections, l'hospitalisation et son organisation affectant négativement les besoins de la personne âgée, le manque de dépistage, d'identification des risques favorisaient l'incontinence urinaire chez les personnes âgées (30).

Les préoccupations infirmières autour de l'incontinence urinaire sont trop peu nombreuses. Par ailleurs, le changement des habitudes et pratiques professionnelles est un long travail et ne peut se faire qu'en connaissant les freins, les besoins, les demandes et les attentes des soignants pour tenter de reverser les pratiques.

Le manque de connaissances, d'informations et de formation sur l'incontinence urinaire est le point central. Cela peut expliquer en partie les pratiques et actions non adaptées comme le port de protections urinaires qui reste le facteur favorisant d'une incontinence chronique.

Il ressort de cette étude qu'aucun soignant n'a envisagé une évaluation plus complète de l'incontinence urinaire ni l'éventualité de la traiter.

5.2.2 Leviers

En premier lieu apparaît le besoin de formation sur l'incontinence urinaire. En effet, il demeure beaucoup de fausses idées sur l'incontinence de la personne âgée et les traitements possibles. La formation en soins infirmiers est complète et riche mais l'absence de cours spécifique sur l'incontinence urinaire durant la formation a été soulignée par les infirmiers durant les entretiens. Il en est de même quant à la formation continue au CH du Quesnoy. La thématique de l'incontinence n'est pas proposée mais ne semble pas non plus demandée par les professionnels. De plus, il n'existe pas de protocole ou de fiche « conduite à tenir » prédéfinie pour prendre en soins un patient incontinent. Avant toute chose, il semble indispensable de sensibiliser les soignants à la problématique de l'incontinence urinaire chez les patients hospitalisés.

D'ailleurs, l'idée du besoin d'informations est ressortie durant les entretiens. Les informations de prise en soins avec des outils adaptés, des documents sur les bonnes pratiques et les recommandations destinés aux soignants sont nécessaires. Comme déjà évoqué précédemment, l'outil de dépistage utilisé dans les services n'est peut-être pas le plus adapté pour l'incontinence urinaire, en tous cas, il n'est pas spécifique. Il serait judicieux d'approfondir l'évaluation de l'incontinence quand elle a été mise en évidence. Il existe des outils plus adaptés, spécifiques à l'incontinence qui évalue certes les fuites urinaires mais surtout le retentissement sur la personne.

Tous ces besoins ont notamment été exprimés par des soignants dans une étude Suisse menée auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève. Les résultats ont mis en avant la nécessité de formation, de directives, d'informations, le besoin de matériel et aussi le besoin de temps et de personnel (26). Ce dernier besoin a également été exprimé par des soignants du CH du Quesnoy. L'idée que plus de moyens humains permettraient une meilleure prise en soins de l'incontinence urinaire fait partie des représentations des soignants. Le fond du problème demeure les pratiques inadéquates et l'absence de bonnes pratiques.

Par ailleurs, en Suisse il existe des infirmières spécialisées ou IPA dans l'incontinence urinaire qui assurent des dépistages et évaluations ainsi que des consultations (26). Une filière spécifique qui se nomme ResoContinence a été créée (31). Elle permet de diffuser les bonnes pratiques et recommandations dans tous les départements suisses et aide à l'orientation des patients.

5.3 Forces et limites de l'étude

La force de ce travail est d'avoir mené une étude mixte permettant une compréhension plus complète et détaillée du sujet de l'incontinence urinaire sur le CH du Quesnoy. La partie quantitative rétrospective a permis de préciser la question de départ avec des données concrètes. La partie qualitative a permis de comprendre, d'expliquer et approfondir le sujet en explorant les opinions et ressentis des soignants. L'aspect psychologique et émotionnel des soignants directement confrontés par le sujet de l'incontinence urinaire a permis de comprendre les freins et les leviers à la prise en soins de l'incontinence urinaire.

Il existe plusieurs limites à cette étude. Tout d'abord, le temps imparti court pour mener l'étude. L'aspect réglementaire et les démarches pour aboutir au protocole validé par le Comité

d'éthique peut être long. L'étude mixte est conséquente à réaliser et reste chronophage comprenant le recueil et l'analyse des données dans deux méthodologies différentes.

C'est la raison pour laquelle l'échantillon des dossiers est restreint et que nous avons priorisé le corps de métier infirmier alors même que la problématique concerne également les médecins et aides-soignants.

Le fait que l'étude ait été menée sur le CH où l'investigateur principal exerce peut être un biais : d'abord avec la connaissance du fonctionnement des services de gériatrie et du DPI et ensuite, par le fait de connaître certains infirmiers des services. Ils ont peut-être été dans la retenue, moins expressifs sur leurs idées par crainte du jugement. Il demeure une absence de neutralité.

Enfin, en l'absence de triangulation, la fiabilité des résultats est moins probante.

5.4 Perspectives

Notre établissement est un centre hospitalier de proximité proposant diverses consultations et services d'hospitalisation. Malgré une offre de soins importante au sein de la filière gériatrique de territoire, il n'existe pas de parcours de soins dédié à l'incontinence urinaire, compliquant probablement la prise en soins.

Des perspectives dans la pratique avancée sont envisageables. En effet, l'IPA possède un champ large de connaissances et de compétences, définis dans le référentiel de compétences de l'arrêté du 18 juillet 2018 (32) :

- Evaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
- Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé.
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
- Organiser les parcours de soins et de santé de patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.
- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.
- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

Tout en poursuivant l'apprentissage des connaissances théoriques et cliniques pour accroître ses compétences sur l'incontinence urinaire, l'expertise et le leadership clinique de l'IPA pourrait conduire à l'information et à la formation des acteurs de santé au sein du CH du Quesnoy. D'ailleurs, en 2007, un rapport sur le thème de l'incontinence urinaire remis au ministère de la Santé et des Solidarités proposait la formation d'infirmiers spécialisés dans l'incontinence urinaire, comme cela existe déjà dans d'autres pays européens. La mise en place d'un plan d'actions spécifiques en milieu gériatrique était proposé avec notamment le développement des filières gériatriques (30).

En faisant partie de la filière gériatrique, les missions de l'IPA seraient réparties au sein des consultations et de l'HDJ gériatriques mais également à travers l'EMG. Elle pourrait contribuer au dépistage, à l'évaluation et à l'orientation des patients présentant une incontinence urinaire.

La création d'un groupe de travail institutionnel autour de la continence avec pour objectifs d'établir des recommandations de bonnes pratiques, des fiches techniques permettraient, dans un premier temps, de sensibiliser les soignants avant d'entrevoir leur formation. L'élaboration d'un chemin clinique sur la prise en soins d'un patient admis en gériatrie présentant une incontinence urinaire pourrait être aussi une perspective pour le développement professionnel continu, l'amélioration des pratiques professionnelles, un gage de qualité des soins et donc d'amélioration du parcours de soins des patients (33).

La filière gériatrique pourrait être au cœur du parcours de soins de l'incontinence urinaire au CH du Quesnoy en collaboration avec l'IPA de gériatrie pour le dépistage, l'évaluation, l'orientation et la prise en soins de l'incontinence urinaire de la personne âgée.

6 CONCLUSION

L'incontinence urinaire de la personne âgée est une problématique très fréquente, à l'origine de nombreuses conséquences sur le plan physique, psychologique, social et financier. Un sujet encore tabou à notre époque, souvent évité et trop souvent banalisé par les patients et les professionnels de santé.

Alors que la période d'hospitalisation d'un patient pourrait être l'occasion de prendre ce problème au sérieux, cette situation contrainte pour le patient lui est souvent délétère et susceptible de le faire basculer dans un déclin fonctionnel.

Notre étude de recherche nous a permis de faire un état des lieux sur les pratiques professionnelles dans les services de gériatrie du CH du Quesnoy quant au dépistage, à l'évaluation et aux propositions d'actions mises en place au sujet de l'incontinence urinaire chez les patients âgés.

Rappelons que les résultats ont montré que les patients bénéficiaient d'un dépistage de l'incontinence urinaire réalisé majoritairement par l'infirmier et le médecin à son entrée mais que cela ne conduisait à aucune évaluation ni proposition d'action. L'infirmier en gériatrie tient un rôle prépondérant dans le dépistage et l'évaluation de la continence du patient âgé avec pour perspective l'élaboration du plan de soins. Cependant, les représentations, le manque de connaissances des soignants, les discordances dans l'utilisation d'outils sont à l'origine de cette situation. Nous avons retrouvé dans la littérature l'identification de ces causes responsables à travers plusieurs études. Ce qui nous amène à réfléchir à des perspectives d'amélioration dans le parcours de soins de l'incontinence urinaire. Des stratégies à entrevoir notamment à travers les missions de l'IPA en gériatrie dans la communication, la transmission de l'information des recommandations et bonnes pratiques auprès des soignants. La création d'un groupe de travail institutionnel avec l'élaboration d'un chemin clinique pourrait contribuer à sensibiliser les soignants et entrevoir un changement dans les pratiques professionnelles.

Ce travail de recherche a été intéressant et pertinent mais s'est révélé complexe car l'exercice réflexif de recherches, d'analyse et d'écriture n'est pas dans nos pratiques courantes infirmières. L'étude mixte requiert une méthodologie très rigoureuse pour qu'elle soit aboutie et cohérente.

Mes nombreuses recherches bibliographiques m'ont permis d'enrichir mes savoirs sur l'incontinence urinaire et sa prise en soins mais également sur les sciences infirmières et par

conséquent d'entrevoir de nouveaux savoir-faire, repensant en premier lieu ma position et ma pratique professionnelle. La perspective en tant qu'IPA de devoir apporter de nouvelles connaissances et de commencer à sensibiliser les soignants sur l'incontinence urinaire s'est avéré être un objectif fondamental pour les services de gériatrie.

Pour faire évoluer les pratiques, il fallait comprendre les causes des difficultés ou problèmes. D'avoir pu identifier les freins et les leviers à la prise en soins de l'incontinence urinaire permettra d'axer les interventions et de travailler sur les problématiques.

Ce travail n'est pas une fin en soi : l'idée de poursuivre et compléter les recherches à d'autres corps de métier ou d'autres services non gériatriques peut être une perspective. L'objectif étant toujours d'optimiser les pratiques professionnelles pour améliorer la prise en soins globale des patients et l'offre de soins de la filière gériatrique.

Bibliographie

1. Amarenco G, Gamé X, Petit AC, Fatton B, Jeandel C, Robain G, et al. Recommandations concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée : construction et validation de l'algorithme décisionnel GRAPPPA. Prog En Urol. 1 mars 2014;24(4):215-21.
2. Urofrance | Chapitre 07 - Incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé - Urofrance Disponible sur: <https://www.urofrance.org/lafu-academie/formation-du-college/referentiel-du-college-durologie-5eme-edition/chapitre-07-incontinence-urinaire-de-ladulte-et-du-sujet-age/>
3. Béguin AM. De la miction à l'incontinence urinaire. Aide-Soignante. mai 2014;28(157):10-1.
4. PUISIEUX F. Gériatrie. Cachan: Flammarion medecine-sciences; 2012. (Le livre de l'interne).
5. Haab F, Castel E, Ciofu C, Coloby P, Delmas V. Physiopathologie et évaluation de l'incontinence urinaire de la personne âgée non institutionnalisée. Prog En Urol. 1999;9:760-6.
6. Assurance Maladie. Incontinence urinaire : mécanisme, fréquence et causes Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/incontinence-urinaire/mecanismes-frequence-causes>
7. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. 2010 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151#titre-bloc-3>
8. Kassouha A, Gogniat V, Vuagnat H, Meriah H. Démarches d'amélioration de la qualité des soins liés à l'incontinence urinaire. Rev Médicale Suisse. 2013;9(409):2289-93.
9. Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D, Novella JL, Gauvain JB, et al. La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives. Gérontologie Société. 2004;27 / n° 109(2):31-45.
10. Gérontopôle Sud. Définitions | Gérontopôle Sud 2019. Disponible sur: <https://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>

11. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 20 mai 2025]. Infirmier(ère) en soins généraux (IDE). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/soins-infirmiers/metier/infirmier-ere-en-soins-generaux-ide>
12. Pichère P, Cadiat AC. La pyramide de Maslow : Comprendre et classifier les besoins humains Disponible sur: <https://univ.scholarvox.com/book/88858046>
13. Marjory_Gordon_5.pdf . Disponible sur: https://www.ifsitroyes.fr/sites/default/files/marjory_gordon_5.pdf
14. Gordon M. Diagnostics infirmiers et processus de diagnostic sur JSTOR 1976. Disponible sur: <https://www-jstor-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/stable/3424002?sid=primo&seq=2>
15. Avet S. Les infirmières et l'évaluation en gériatrie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2008;8(43):8-16.
16. Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. 2002 Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
17. plan_solidarite_grand_age_2006.pdf Disponible sur: http://oise.pcf.fr/sites/default/files/plan_solidarite_grand_age_2006.pdf
18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
19. guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-ehpad-z5k.pdf Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2009/11/guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-ehpad-z5k.pdf>
20. Femmes et hommes – France, portrait social | Insee [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238375?sommaire=4238781>
21. Un-programme-pour-la-geriatrie-5-objectifs-20-recommandations-45-mesures-pour-attenuer-l-impact-du-choc-demographique-geriatrique-sur-le-fonctionnement-des-hopitaux-dans-les-15-ans-a-venir.pdf Disponible sur: <https://api.reseauprosante.fr/files/santepublique/Un-programme-pour-la-geriatrie-5-objectifs-20-recommandations-45-mesures-pour-attenuer-l-impact->

du-choc-demographique-geriatrique-sur-le-fonctionnement-des-hopitaux-dans-les-15-ans-a-venir.pdf

22. Roy D (DREES/OS/BHD). Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? 2023;
23. Conseil National Professionnel de gériatrie. Soins de Suite et Rééducation – SSR – Annuaire CNP Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/soins-de-suite-et-reeducation-ssr/>
24. Omli R, Hunskaar S, Mykletun A, Romild U, Kuhry E. Urinary incontinence and risk of functional decline in older women: data from the Norwegian HUNT-study. BMC Geriatr. 16 mai 2013;13:47.
25. Mary-Heck G, Krief H, Akrou R, Ishida M, Schurch B, Lang PO. Screening for urinary incontinence in acute care for elders unit: comparative performance analysis of Katz's ADL and ICIQ-UI-SF. Eur Geriatr Med. oct 2018;9(5):579-88.
26. Gogniat V, Rae AC, Séraphin MA, Rosso AD, Herrmann FR. Incontinence urinaire : connaissances, représentations et pratiques des soignants. Enquête aux Hôpitaux universitaires de Genève. Rech Soins Infirm. 2011;107(4):85-97.
27. Peroni L, Armaingaud D, Rothan-Tondeur M. Représentations sociales de l'incontinence urinaire : une enquête auprès de la population française. Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. avr 2024;36(2):23-34.
28. Regat-Bikoï C, Vuagnat H, Morin D. L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie : est-ce vraiment une priorité pour les infirmières ? Rech Soins Infirm. 2013;115(4):59-67.
29. Stenzelius K, Molander U, Odeberg J, Hammarström M, Franzen K, Midlöv P, et al. The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. Age Ageing. sept 2015;44(5):736-44.
30. Góes RP, Pedreira LC, David RAR, Silva CFT, Torres CAR, Amaral JB do. Hospital care and urinary incontinence in the elderly. Rev Bras Enferm. 5 déc 2019;72:284-93.
31. Gogniat V. Dépistage, évaluation et traitement de l'incontinence urinaire, ResoCONTINENCE. Forum Escarre HUG. 2016;

32. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

33. chemin_clinique_guide.pdf Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	5
GLOSSAIRE.....	6
1 INTRODUCTION GENERALE	1
2 INTRODUCTION THEORIQUE	2
2.1 L'incontinence urinaire : enjeu de santé publique.....	2
2.1.1 Définition	2
2.1.2 Prévalence	3
2.1.3 Les conséquences de l'incontinence urinaire	3
2.1.4 L'incontinence urinaire, un marqueur de fragilité.....	5
2.2 Le dépistage de l'incontinence urinaire.....	6
2.2.1 Le rôle infirmier	6
2.2.2 L'Evaluation Gériatrique Standardisée.....	7
2.2.3 Le rôle de la filière gériatrique	9
2.2.4 L'outil GRAPPPA.....	11
2.3 Problématique et question de recherche	13
3 METHODE ET MATERIEL	14
3.1 Description de l'étude	14
3.2 Objectifs de l'étude	15
3.3 Choix de la population étudiée.....	16
3.4 Cadre légal et éthique	17
3.5 Le recueil de données	18
4 RESULTATS ET ANALYSES	19
4.1 Méthode quantitative rétrospective	19
4.1.1 Résultats et analyse des données rétrospectives.....	19
4.1.1.1 Description de la population étudiée	19
4.1.1.2 Dépistage de l'incontinence urinaire à l'entrée	20
4.1.1.3 Statut de continence dans les courriers de sortie.....	23
4.2 Méthode qualitative.....	25
4.2.1 Résultats et analyse des entretiens infirmiers.....	25
5 DISCUSSION.....	34

5.1	Données et résultats quantitatifs.....	34
5.2	Données et résultats qualitatifs.....	38
5.2.1	Freins	38
5.2.2	Leviers	40
5.3	Forces et limites de l'étude.....	41
5.4	Perspectives	42
6	CONCLUSION	44
	BIBLIOGRAPHIE.....	1
	TABLE DES MATIERES.....	5
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	7
	ANNEXES.....	8

Table des illustrations

Schéma 1 : Modèle conceptuel (10)	6
Schéma 2 : L'algorithme GRAPPPA (1)	12
Tableau 1 : Caractéristiques de la population (N=50) en fonction de l'âge et du sexe.....	19
Tableau 2 : Traçabilité du dépistage de l'incontinence urinaire à l'entrée en fonction du sexe (N = 50)	21
Tableau 3 : : Profil du professionnel de santé réalisant l'évaluation de la continence urinaire à l'entrée (N = 49)	21
Tableau 4 : Outils utilisés pour le dépistage de l'incontinence urinaire selon la catégorie professionnelle (N = 49)	22
Tableau 5 : Répartition des patients dans les Compte-rendu Hospitaliers (CRH) selon leur statut de continence (N = 50)	24
Tableau 6 : Pourcentage de diagnostic d'incontinence urinaire mentionné dans le CRH.....	24
Figure 1 : Répartition de la population selon le lieu de vie	20
Figure 2 : Pourcentage de CRH (compte-rendu hospitalier) renseignés par le statut de continence urinaire.....	23

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de Norton.....	7
Annexe 2 : Echelle ADL.....	8
Annexe 3 : Echelle IADL.....	8
Annexe 4 : Courrier d'information destiné aux patients.....	16
Annexe 5 : Guide d'entretien semi-directif.....	17
Annexe 6 : Questionnaire ICIQ.....	36

Annexe 1 : Echelle de Norton

ECHELLE DE NORTON				
(Evaluation du Risque d'Escarres)				
Nom et Prénom du Patient :				
N° SS :				
Présence d'Escarres au début de la prise en charge				OUI NON
ETAT GENERAL	ETAT MENTAL	ACTIVITE AUTONOME	MOBILITE	INCONTINENCE
Bon 4	Bon 4	Sans Aide 4	Totale 4	Aucune 4
Moyen 3	Apathique 3	Marche avec Aide 3	Diminuée 3	Occasionnelle 3
Mauvais 2	Confus 2	Assis au Fauteuil 2	Très Limité 2	Urinaire ou Fécale 2
Très Mauvais 1	Inconscient 1	Totalement Alité 1	Immobile 1	Urinaire et Fécale 1
SCORE SUP. A 14 : SANS RISQUE			SCORE INF. A 14 : RISQUE	
DATE :			TOTAL :	
SCORE : + + + +				
DATE :			TOTAL :	
SCORE : + + + +				
DATE :			TOTAL :	
SCORE : + + + +				

Etat général : Etat clinique et santé physique (considérer le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau)

- Bon : état clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri.
- Moyen : état clinique généralement stable, paraît en bonne santé.
- Mauvais : état clinique instable, en mauvaise santé.
- Très mauvais : état clinique critique ou précaire.

Etat mental : Niveau de conscience et orientation

- Bon : orienté, a conscience de son environnement.
- Apathique : orienté (2 fois sur 3), passif.
- Confus : orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois inappropriée.
- Inconscient : généralement difficile à stimuler, léthargique.

Activité : Degré de capacité à se déplacer

- Ambulant : capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne)
- Marche avec Aide : incapable de marcher sans aide humaine.
- Assis au Fauteuil : marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale.
- Alité : confiné au lit en raison de son état et/ou sur prescription médicale.

Mobilité : Degré de contrôle et de mobilisation des membres

- Totale : bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser
- Diminuée : capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position.
- Très limitée : incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures.
- Immobile : incapable de bouger, de changer de position.

Incontinence : Degré de capacité à contrôler intestins et vessie

- Aucune : contrôle total des intestins et de la vessie, ou présence d'une sonde urinaire.
- Occasionnelle : a de 1 à 2 incontinences d'urine ou de selles /24 h, a une sonde urinaire ou un Pénilex mais a une incontinence fécale.
- Urinaire ou Fécale : a de 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les 24 h.
- Urinaire et Fécale : ne contrôle ni intestins ni vessie, a de 7 à 10 incontinences/ 24 h.

Annexe 2 : Echelle ADL

ECHELLE D'AUTONOMIE DE KATZ (A.D.L.)

(S'informer auprès de l'infirmière et de l'Aide-Soignante).

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

<u>ECHELLE A.D.L.</u> (Aide-soignante Infirmière)	<u>1ère évaluation</u> <u>Date :</u> <u>Score:</u>	<u>2ème évaluation</u> <u>Date :</u> <u>Score:</u>	<u>3ème évaluation</u> <u>Date :</u> <u>Score:</u>
<u>HYGIENE CORPORELLE</u>			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>HABILLAGE</u>			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>ALLER AUX TOILETTES</u>			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
<u>LOCOMOTION</u>			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
<u>CONTINENCE</u>			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
<u>REPAS</u>			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

Annexe 3 : Echelle IADL

IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

1. Aptitude à utiliser le téléphone		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	
2. Courses		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	
3. Préparation des aliments		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	
4. Entretien ménager		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	
5. Blanchisserie		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	
6. Moyens de transport		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	
7. Responsabilité à l'égard de son traitement		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	
8. Aptitude à manipuler l'argent		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	
Total score IADL		/ 8
Nombre items non applicables		/ 8

Annexe 4 : Courrier d'information destiné aux patients

Note d'information sur la réutilisation de vos données de santé

Analyse de pratique professionnelle concernant l'incontinence urinaire en gériatrie

Promoteur de l'étude : Centre Hospitalier du Quesnoy

Responsable scientifique : Dr CIUPA Rachèle, gériatre

Investigateur principal : MORTIER Jennifer, infirmière

Madame, Monsieur,

Le Centre hospitalier du Quesnoy participe à une étude observationnelle rétrospective sur le dépistage et le traitement de l'incontinence urinaire de la personne âgée. Cette étude concerne les patients hospitalisés dans les services de Court Séjour Gériatrique, de Soins Médicaux et de Rééducation et d'Hôpital de Jour Gériatrique entre 1/10/2023 et le 30/09/2024.

Cette étude sera développée au Centre Hospitalier du Quesnoy du 01/04/2025 au 31/05/2025 sous la responsabilité de MORTIER Jennifer, Infirmière Diplômée d'Etat exerçant au Centre Hospitalier du Quesnoy (03 27 14 86 91).

1) Quel est le but de cette étude et en quoi consiste-t-elle ?

Actuellement en deuxième année de Master Infirmière de Pratique Avancée, Madame Jennifer MORTIER prépare un mémoire de fin d'études pour valider son diplôme.

Cette étude a pour objectif d'analyser la pratique des professionnels soignants quant au dépistage, à l'évaluation et au traitement de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées. Le but est de vérifier si notre pratique correspond aux recommandations existantes.

Cette étude est menée pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé, par son objectif d'améliorer la qualité de prise en charge et le parcours de soins des patients. A ce titre, l'étude est conforme aux dispositions particulières relatives aux traitements à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé autorisées par la Commission Nationale Informatique et libertés (CNIL) en application de la loi Informatique et Libertés.

Cette étude repose exclusivement sur la **réutilisation et le traitement des informations médicales contenues dans votre dossier médical durant votre séjour d'hospitalisation qui a eu lieu durant la période du 1/10/2023 au 30/09/2024**. Cette étude n'implique donc aucun examen complémentaire ni aucune intervention de votre part.

Les données recueillies **ne comporteront pas votre nom** et concerneront :

- Vos données sociodémographiques (âge, sexe, lieu de vie).
- Les données en lien avec le dépistage d'une l'incontinence urinaire et les propositions de prise en charge faites durant votre séjour.

Vos données seront **pseudonymisées**. Cela signifie que vos données seront identifiées par **un code de confidentialité**, puis analysées de manière globale de sorte **qu'il ne sera plus possible de vous identifier**.

L'accès à vos données de santé identifiantes est restreint aux professionnels de santé du Centre hospitalier du Quesnoy ayant participé à votre prise en charge médicale et à leurs collaborateurs de santé intervenant dans la recherche.

L'accès à vos données de santé pseudonymisées (non identifiantes), extraites de votre dossier médical, est autorisé à Madame Jennifer MORTIER.

Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de communications lors de congrès scientifiques et/ou être publiés dans une revue scientifique. Dans tous les cas, l'anonymat sera préservé. Vous pourrez être informé des résultats globaux de cette recherche par l'intermédiaire de Madame Jennifer MORTIER.

Les données de l'étude seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée maximale de vingt ans.

Dans le cadre de la « Méthodologie de référence » MR-004 de la CNIL, le traitement a été enregistré auprès du Health Data Hub (HDH), aux fins de publication sur le répertoire public des études réalisées sous méthodologies de références.

2) Quels sont vos droits ?

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD-2016/679) et aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation de vos données personnelles.

Vous disposez également d'un droit d'opposition. Vous pouvez donc, à tout moment et sans vous justifier, vous opposer à la réutilisation de vos informations médicales dans le cadre de cette recherche. Une opposition n'entraînera **aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués** dans la structure que vous consultez.

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits en écrivant au délégué à la protection des données du Centre hospitalier du Quesnoy, en joignant une pièce d'identité :

✉ Par mail à l'adresse : dpo@ch-lequesnoy.fr

✉ Par courrier au Centre hospitalier du Quesnoy- Délégué à la Protection des Données, 90 rue du 8 mai 1945, 59 530 LE QUESNOY.

N'hésitez pas à poser toutes questions que vous jugerez utiles au médecin qui vous a pris en charge.

Nous vous remercions pour votre contribution à cette étude.

Annexe 5

Guide d'entretien semi directif IDE

Mon mémoire de fin d'études est un travail de recherches sur la prise en soins des patients en gériatrie au CH du Quesnoy.

Sans jugement, l'objectif est d'améliorer les prises en soins et de développer l'offre de soins. Il durera entre 10 à 20 min, il sera enregistré et restera anonyme. Les données seront retranscrites intégralement pour permettre l'analyse. L'enregistrement audio sera détruit immédiatement après retranscription sur un fichier Word.

1) Comment évaluez-vous l'autonomie du patient ? Par quels moyens ?

Si manque de précision :

Auprès de qui ?

Avec quel(s) outil(s) ?

A quel moment de l'hospitalisation ?

Comment transmettez-vous l'évaluation ? A qui ?

2) Quels critères évaluez-vous ?

3) Lesquels vous semblent prioritaires ?

4) Comment est évaluée la continence urinaire au cours de l'hospitalisation ?

Quelles difficultés rencontrez-vous ? Pourquoi ?

5) Pourquoi évaluez-vous (ou pas) l'incontinence urinaire ?

6) Comment peut-on remédier à l'incontinence urinaire chez la personne âgée ? Pourquoi ? (+ ou - explorer les représentations sur l'IU de la personne âgée)

7) (Si oui) Quelles actions mettez-vous en place à la découverte d'une incontinence urinaire ?

8) Quels sont les freins à la prise en charge de l'incontinence urinaire de la personne âgée ?

9) Quelles sont les recommandations concernant (le dépistage, l'évaluation et le traitement) l'incontinence urinaire de la personne âgée ?

10) D'après vous, quelles solutions pourraient améliorer la prise en soins de l'incontinence urinaire des personnes âgées ?

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

Revue Médicale Suisse • www.revmed.ch • 4 décembre 2013

AUTEUR : Nom : MORTIER
Soutenance : le 2 juillet 2025

Prénom : JENNIFER

Titre : Dépistage et prise en soins de l'incontinence urinaire chez la personne âgée : état des lieux dans les services de gériatrie du Centre Hospitalier du Quesnoy.

Title: Screening and treatment of urinary incontinence in the elderly: a review of geriatric services at the Hospital Center Le Quesnoy.

Mots-clés : incontinence urinaire, personne âgée, dépistage, évaluation, prise en soins.
Key words: urinary incontinence, elderly people, screening, evaluation, care.

Résumé :

Contexte : L'incontinence urinaire chez la personne âgée est un critère de fragilité très fréquent aux nombreuses conséquences. Pourtant, elle est insuffisamment prise en soins en service de gériatrie. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des pratiques et de la prise en soins dans les services de gériatrie du Centre Hospitalier du Quesnoy.

Méthode : Une étude mixte observationnelle monocentrique a mesuré la fréquence du dépistage et de propositions d'actions. Elle a aussi identifié les freins et leviers à sa prise en soins.

Résultats : L'incontinence urinaire est souvent dépistée mais reste sous-évaluée et sous-traitée. Les disparités des pratiques infirmières, les représentations et le manque de connaissances des soignants sur les recommandations et les traitements possibles en sont les raisons principales.

Conclusion : Des stratégies visant à agir sur le dépistage, la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire sont envisagées. Par ses missions, l'IPA pourrait accompagner les équipes soignantes, élaborer des actions de formation et coordonner le parcours de soins du patient âgé incontinent. La création d'un groupe de travail institutionnel et d'un chemin clinique sur l'incontinence urinaire de la personne âgée en gériatrie pourrait être une perspective.

Abstract:

Background: Urinary incontinence in the elderly is a very common symptom of frailty, with a lot of consequences. However, it is insufficiently treated in geriatric wards. The aim of this study is to take stock of practices and care in the geriatric departments of the Hospital Center du Quesnoy.

Method: A mixed observational monocentric study measured the frequency of screening and proposals for action and identified the obstacles and levers to care.

Results: Urinary incontinence is often detected but remains under-assessed and under-treated. The main reasons for this are disparities in nursing practice, perceptions and a lack of knowledge among carers about recommendations and possible treatments.

Conclusion: Strategies for the detection, prevention and treatment of urinary incontinence are envisaged. The APN's role would be to support healthcare teams, develop training initiatives and coordinate the care pathway for elderly incontinent patients. The creation of an institutional working group and a clinical pathway on urinary incontinence in geriatric patients could be one possibility.

Directeur de mémoire : le Docteur Rachèle CIUPA