



INCONTINENCE URINAIRE

**DE LA PRÉVENTION A
L'ACCOMPAGNEMENT DES ÉQUIPES,
UNE APPROCHE GLOBALE**



CHEZ LE SUJET AGÉ, L'INCONTINENCE URINAIRE GÉNÈRE :

- **REPLI SUR SOI**
- **ISOLEMENT**
- **DÉNI DE CETTE INFIRMITÉ**
- **RUPTURE DE LA VIE SOCIALE**
- **HONTE**
- **BAISSE DE L'ESTIME DE SOI**
- **HUMILIATION A PORTER DES « COUCHES »**
- **GESTION DIFFICILE DES ODEURS**
- **PEUR DE L'ACCIDENT**
- **FACTEUR FRÉQUENT D'INSTITUTIONNALISATION**

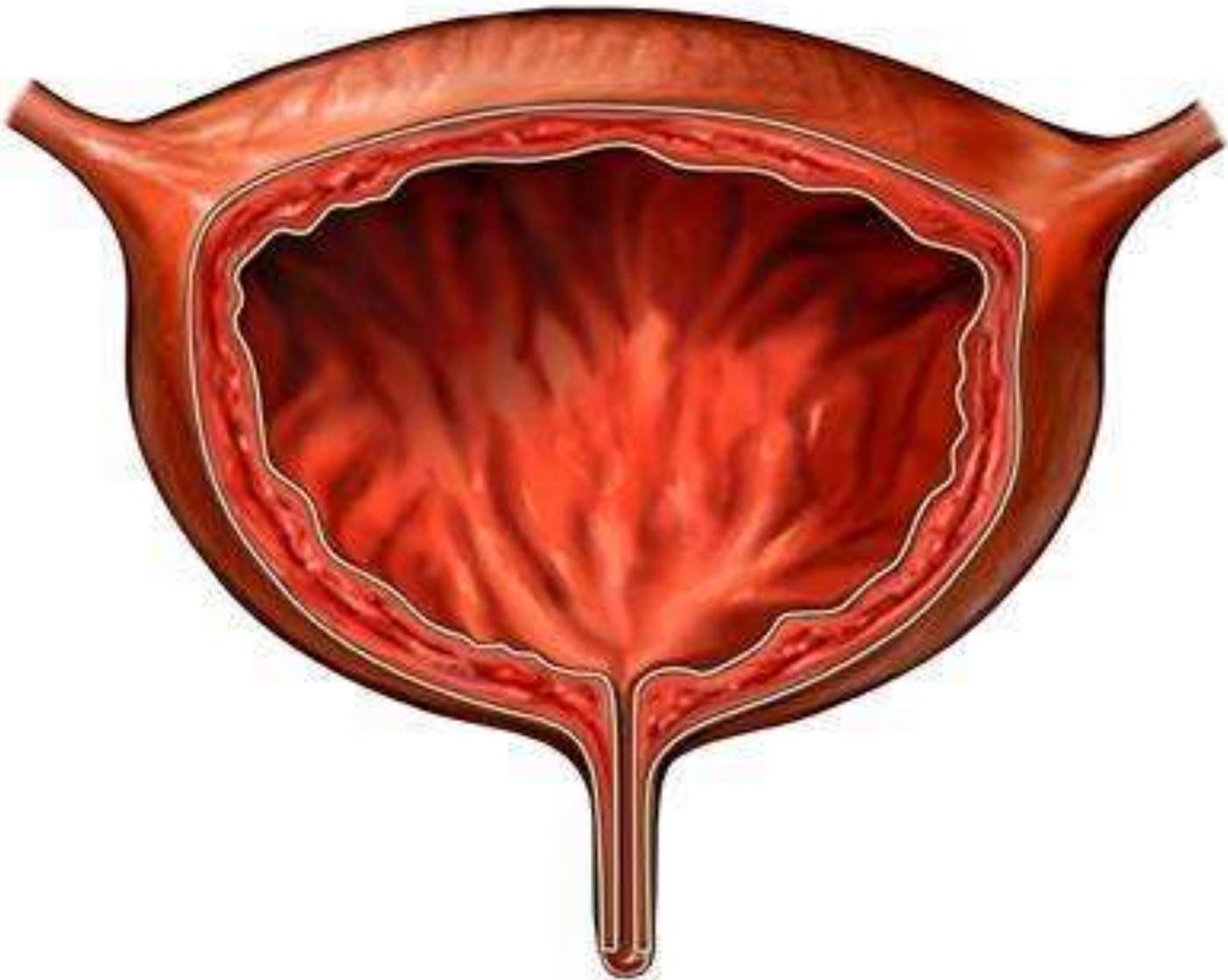


81,5 % DES SUJETS AGÉS EN EHPAD ONT UN PROBLEME D'INCONTINENCE URINAIRE

LA FRÉQUENCE AUGMENTE AVEC LA DÉPENDANCE. HORS NOUS ACCUEILLONS DES RÉSIDANTS DE PLUS EN PLUS AGÉS, ET DE PLUS EN PLUS POLYPATHOLOGIQUES....

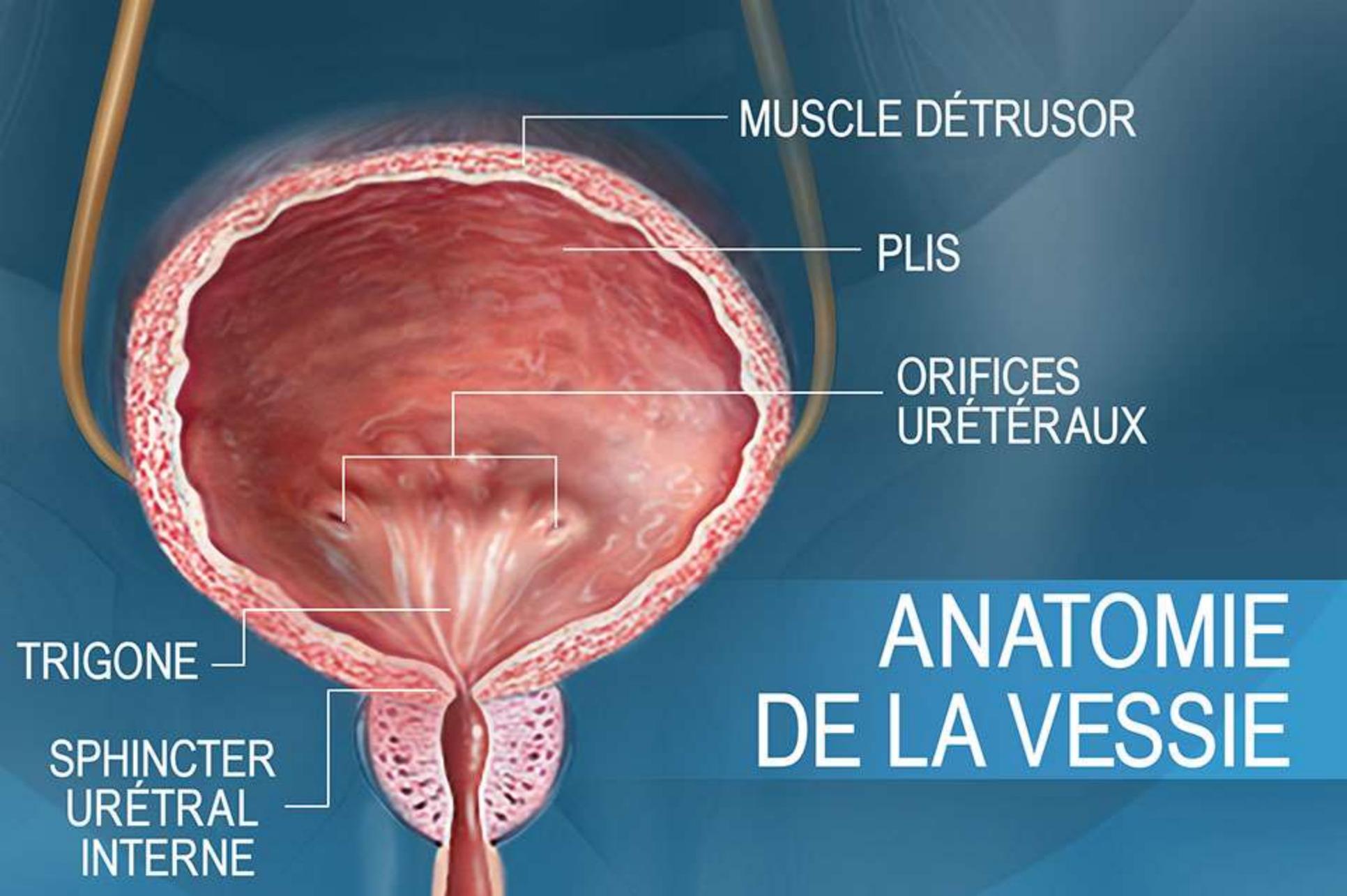
90 % DES DÉMENTS AVÉRÉS ONT UNE INCONTINENCE

ELLE EST SOUVENT UN FACTEUR DÉTERMINANT D'INSTITUTIONALISATION DU SUJET AGÉ



RAPPELS : ANATOMIE

- **La vessie est un globe contractile et élastique qui repose sur le périnée. Une fois remplie, elle se distend et s'élève dans la cavité abdominale, en refoulant l'intestin**
- **Quand elle est pleine, elle se vide dans un canal impair et médian, son point le plus déclive : l'urètre...**
- **Qui est maintenu fermé par un muscle circulaire = double sphincter qui s'ouvre lors de la miction.**
- **Elle ressemble à une poire contenant jusqu'à 600 ml d'urine. L'envie d'uriner apparaît à partir de 200 cc en moyenne. Elle devient impérieuse à 300 cc et douloureuse à 400 cc**



MUSCLE DÉTRUSOR

PLIS

ORIFICES
URÉTÉRAUX

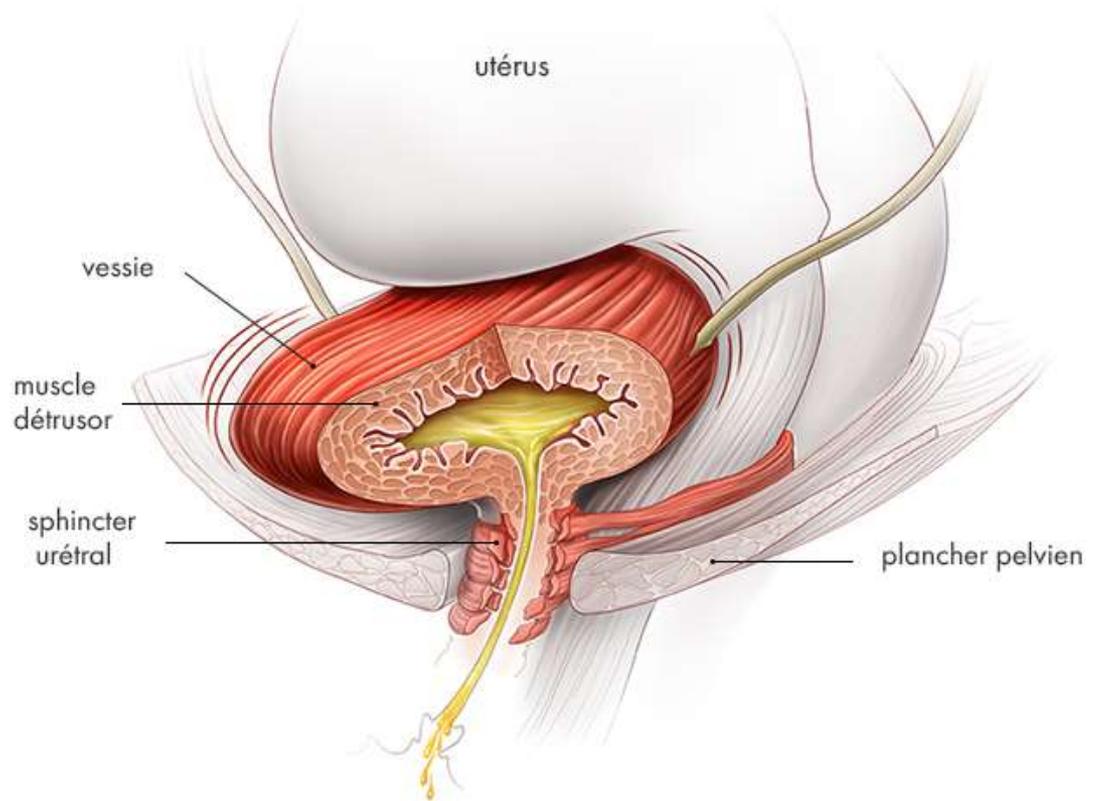
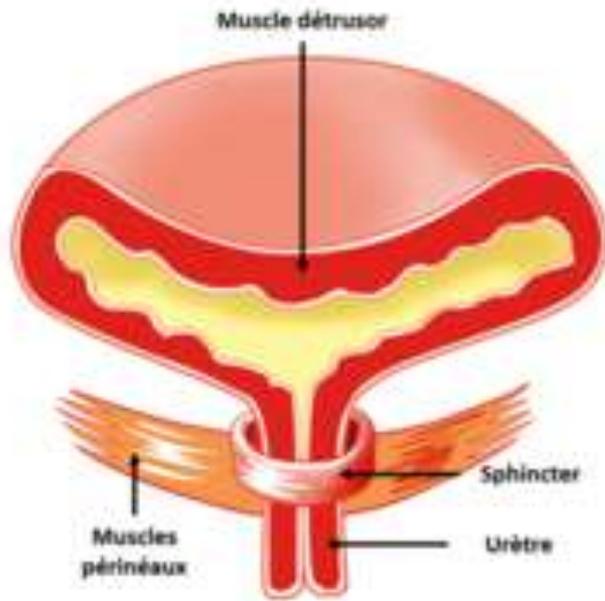
TRIGONE

SPHINCTER
URÉTRAL
INTERNE

ANATOMIE DE LA VESSIE

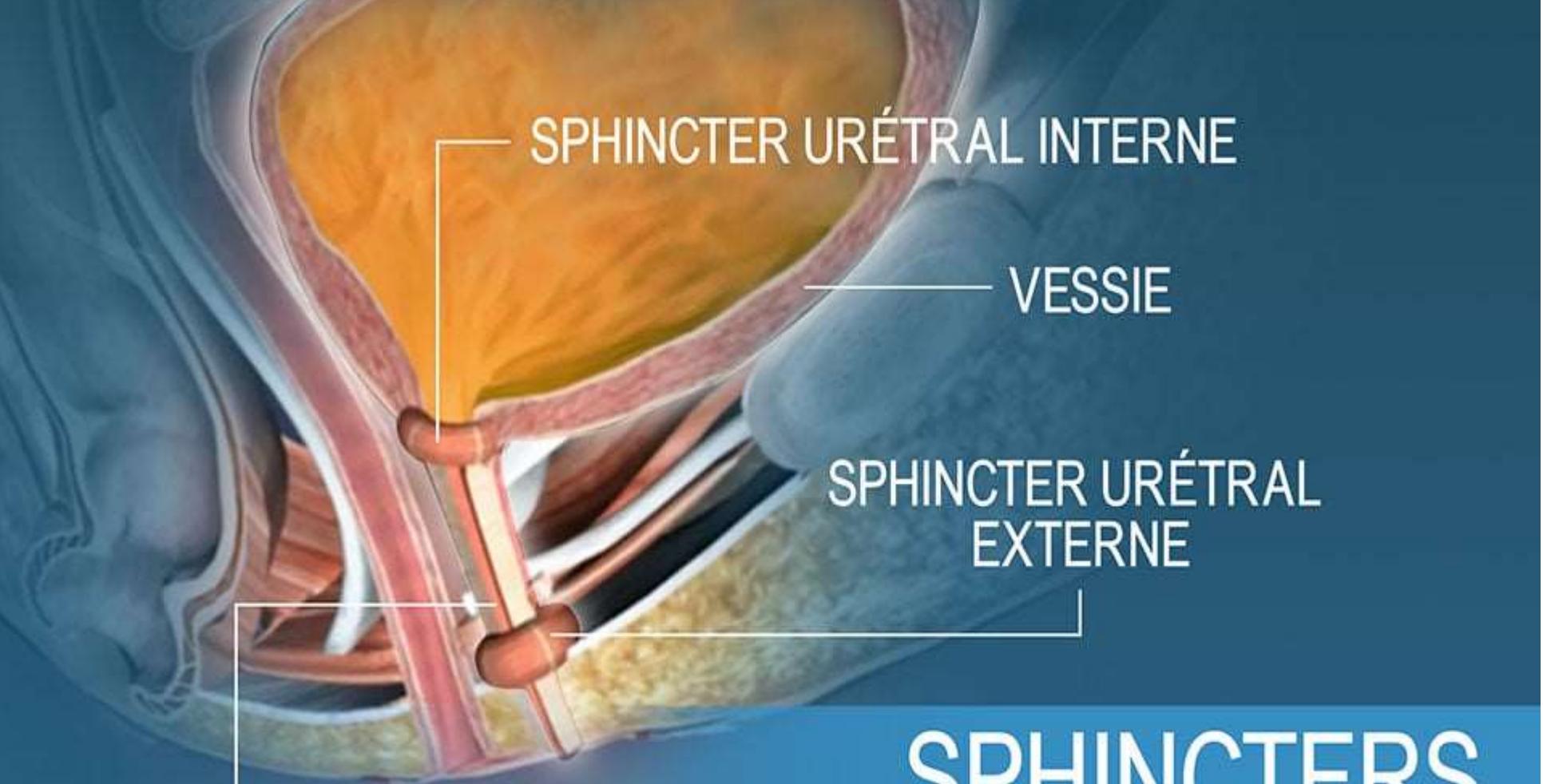
LE MUSCLE DÉTRUSOR

SPHINCTER URETRAL



RAPPEL

ANATOMIE



SPHINCTER URÉTRAL INTERNE

VESSIE

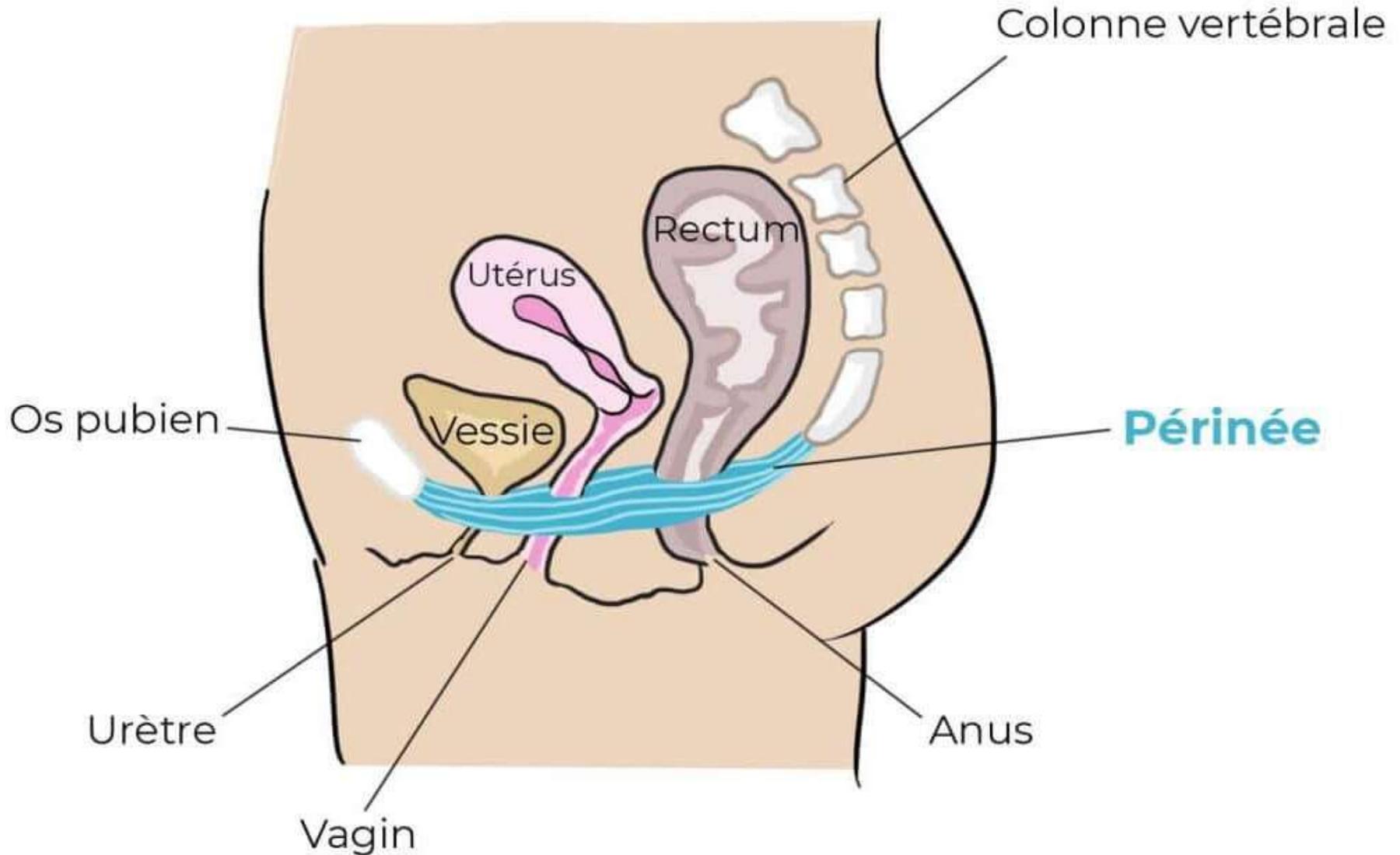
SPHINCTER URÉTRAL
EXTERNE

SPHINCTERS
INTERNE ET EXTERNE

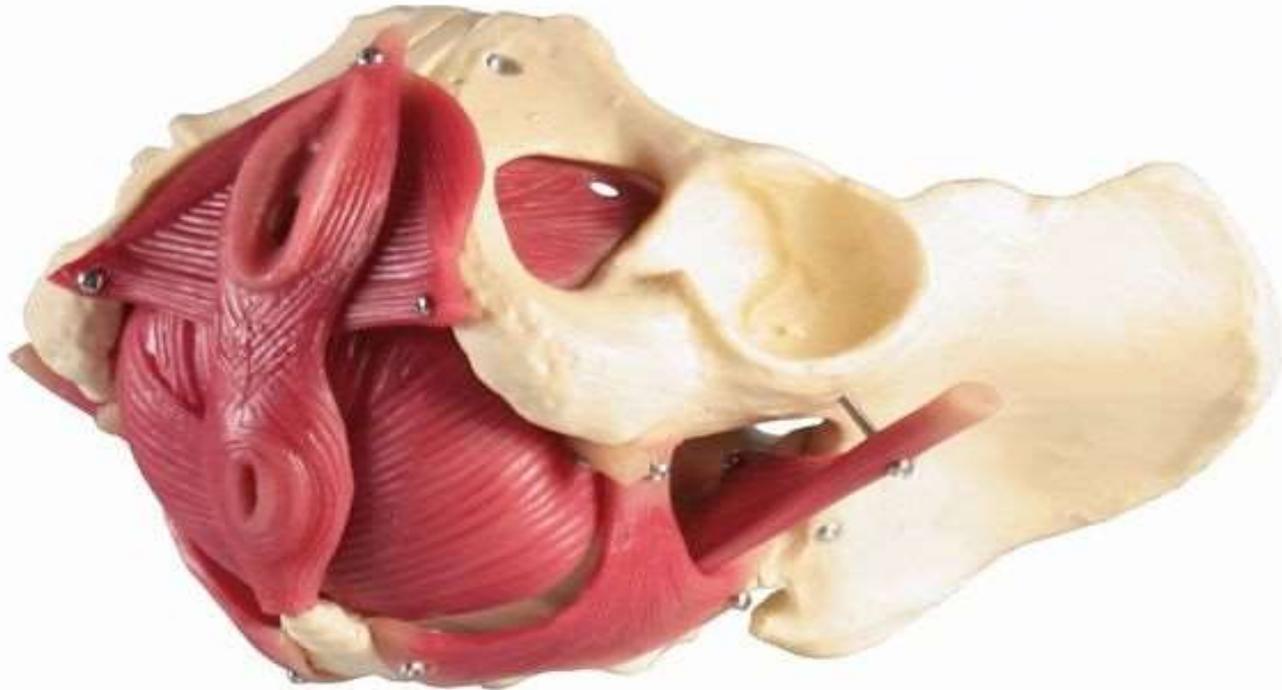
RAPPEL

ANATOMIQUE

NOTION DE PLANCHER PELVIEN



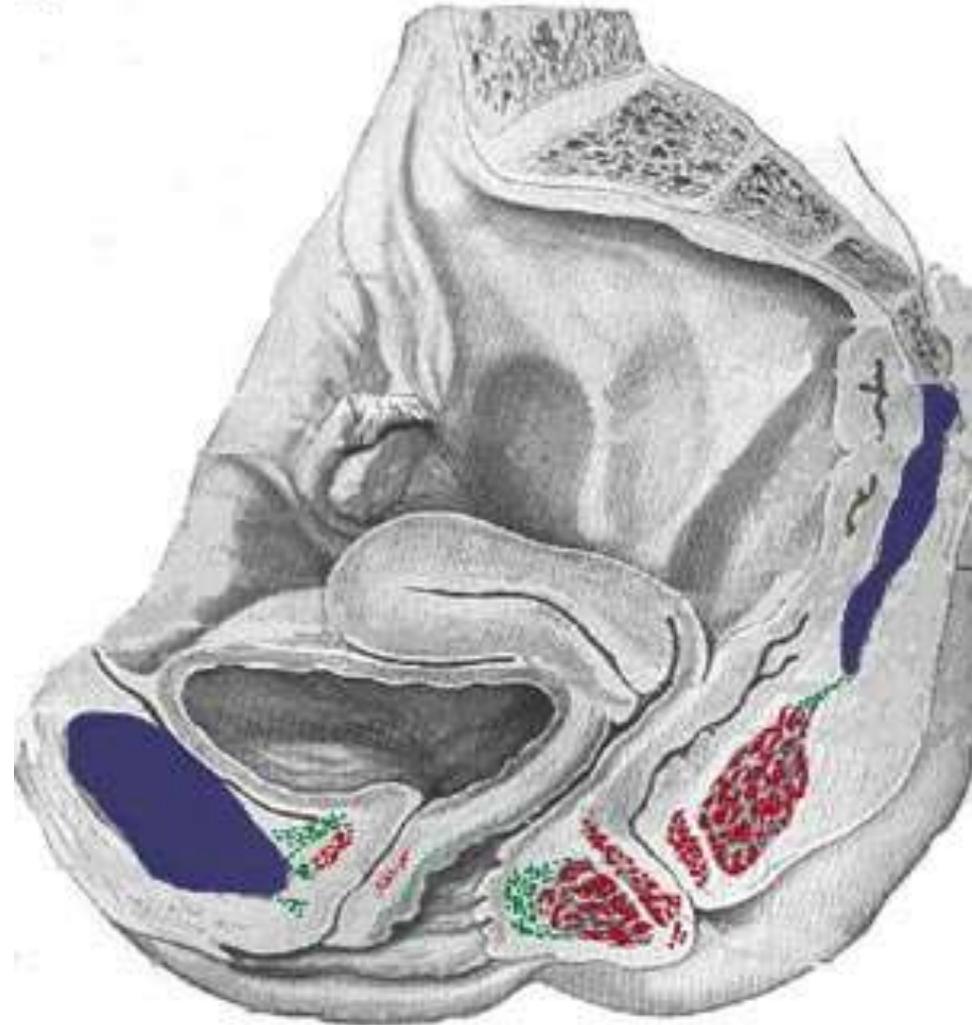
NOTION DE PLANCHER PELVIEN



**Chez la femme, les organes
du pelvis
et de l'abdomen sont
soutenus par un hamac :**

**de muscles (en rouge),
de ligaments (en vert),**

**suspendus entre les
extrémités osseuses
(en bleu).**



NOTION DE PLANCHER PELVIEN

PHYSIOLOGIE



Une miction normale se produit lorsque la contraction vésicale est coordonnée avec la relaxation du sphincter urétral.

PHYSIOLOGIE

UNE MICTION NORMALE EST :

- CONFORTABLE
- VOLONTAIRE
- SANS POUSSER
- RAPIDE (débit > 15 ml par seconde)
- COMPLETE
- INDOLORE
- PEU FRÉQUENTE



RAPPEL PHYSIOLOGIQUE GÉNÉRAL

Le réservoir vésical qui peut contenir de 300 à 600 cc reste à basse pression, d'une part grâce aux propriétés viscoélastiques de la paroi ET d'autre part grâce à l'inhibition réflexe de l'activité du muscle détrusor.

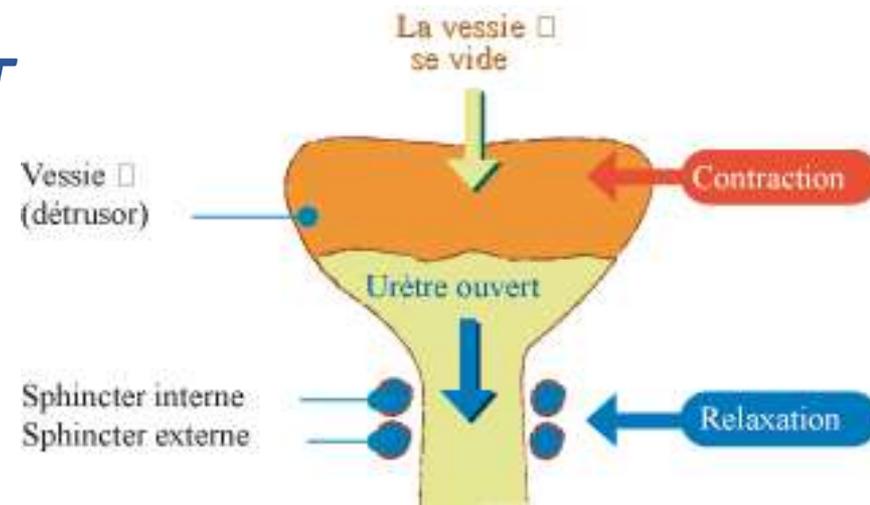
Pendant le remplissage, le renforcement du tonus urétral (**guarding réflexe**) permet la continence.

La phase mictionnelle est volontaire et de courte durée : relâchement des sphincters et contraction détrusorienne permettant une vidange vésicale rapide avec des pressions discrètement augmentées (entre 20 et 40 cm d'H₂O) puis retour à la phase de continence

avec restauration du tonus sphinctérien et mise au repos du muscle détrusor.

LA MICTION CHEZ L'ADULTE

- *DIURESE NORMALE DE 30 A 60 ML/HEURE*
- *2 L D'URINE PAR JOUR (plus ou moins, selon la température corporelle et extérieure)*
- *FABRICATION PLUS IMPORTANTE D'URINE LE MATIN VERS 6 HEURES (chronobiologie)*
- *200 A 300 ML/MICTION,*
- *6 MICTIONS PAR JOUR,*
- *MOINS DE 2 MICTIONS LA NUIT*



A close-up photograph of an elderly person's face, showing significant wrinkling and a slightly wide-eyed, curious expression. The person is wearing a white garment with a ruffled collar. The background is a plain, light-colored wall.

**PHYSIOLOGIE
QUE SE PASSE T'IL
CHEZ LE SUJET AGÉ ?**

LE VOLUME URINAIRE MOYEN EST DE :

- 35 ML/HEURE CHEZ LE SUJET JEUNE
- 70 ML/HEURE CHEZ LE SUJET AGÉ

LE DÉBIT URINAIRE NOCTURNE EST DE :

- 35 ML/HEURE CHEZ LE SUJET JEUNE
- 70 ML/HEURE CHEZ LE SUJET AGÉ

LA CAPACITÉ DE LA VESSIE EST DE :

- 400 CC CHEZ LE SUJET JEUNE
- 200 CC CHEZ LE SUJET AGÉ

LA PRODUCTION D'URINE LA NUIT EST DE :

- 280 ML CHEZ LE SUJET JEUNE
- 560 ML CHEZ LE SUJET AGÉ

CE DE FAIT, LE NOMBRE DE MICTIONS NOCTURNES EST DE :

- 0 CHEZ LE SUJET JEUNE
- AU MOINS 2 CHEZ LE SUJET AGÉ, VOIR BIEN PLUS

LES FAUSSES INCONTINENCES URINAIRES DU SUJET AGÉ





**LES CONNAITRE
POUR LES PRÉVENIR**

- 1. MARCHÉ LENTE NE PERMETTANT PAS D'ARRIVER A TEMPS....:** *grand âge, grabataire, parkinson, hémipariés, polypathologies, etc...*
- 2. LES MÉDICAMENTS DIURÉTIQUES :** *furosémide, engendrant des mictions très fréquentes et impérieuses : « chasse diurétique de l'insuffisant cardiaque »*
- 3. LES SYNDROMES POLYURO-POLYDYSIQUES :** *diabète, potomanie....*
- 4. LES PROBLÈMES DE VUE :** *DMLA, CATARACTE, CÉCITÉ*
- 5. L'IMPOSSIBILITE DE SE DÉSHABILLER SEUL PAR :** *arthrose, maladies rhumatologiques, mauvaise vue*

1. **LE SOMMEIL TROP PROFOND** : *excès de somnifères...*
2. **« INDUITES » SECONDAIRE A DES PROTECTIONS TROP PRÉCOCES** *par facilité en institution, par manque de soignants à domicile, par peur de fuite, par surprotection...*
3. **CHAMBRE ENCOMBRÉE et MAL ECLAIRÉE LA NUIT** *gênant et ralentissant la marche*
4. **WC COLLECTIFS** *non régulièrement entretenus : réflexe de retenue et*
5. **ABSENCE DE WC D'ACCES FACILE** *dans les lieux de vie des EHPAD ou à la maison (WC à l'étage)*



PATHOLOGIES

L'INCONTINENCE PAR IMPÉRIOSITÉ

Est caractérisée par une augmentation de pression, ou par des contractions anormales de la vessie.

Pour un remplissage faible, ces contractions déclenchent un BESOIN IMPÉRIEUX d'uriner avec **URGENTURIE** quelquefois accompagné de **CYSTALGIES** (douleurs) avec **POLLAKIURIE** et **NYCTURIE**

Ces contractions non contrôlées s'accompagnent d'une augmentation de la pression dans la vessie.

Lorsque cette pression devient supérieure à celle du sphincter, ce dernier, ne parvient plus à retenir l'urine et la fuite apparaît. (même si il est parfaitement fonctionnel)

ANTICHOLINERGIQUES (ou ATROPINIQUES) et AUTRES TRAITEMENTS

Ils empêchent la vessie de se contracter, diminuent la fréquence des mictions et évitent les fuites.

*Il s'agit de médicaments efficaces MAIS qui ne sont pas dénués d'effets secondaires directement liés à leur mode d'action : **sécheresse buccale, constipation, flou visuel, confusion, hallucinations, prurit***

*Ils ont certaines contre-indications notamment le **glaucome** par fermeture de l'angle, **la myasthénie** ET peuvent déclencher une rétention d'urine*

- **FESOTERODINE (TOVIAZ*)**
- **TROSPIMUM (CERIS*)**
- **SOLIFÉNACINE (VESICARE*)**
- **TOLDERODINE (DÉTRUSITOL*)**

Les ANTISPASMODIQUES, SPASMOLYTIQUES

- *Action directe sur la fibre musculaire lisse*
- *Effets secondaires = bouche sèche, dysphagie.*

CE SONT :

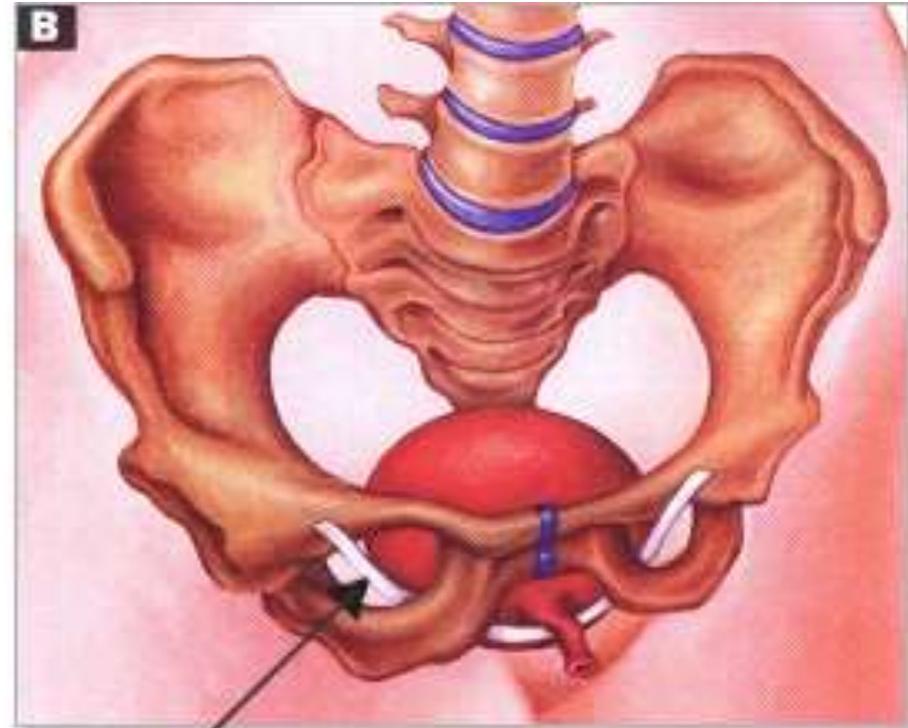
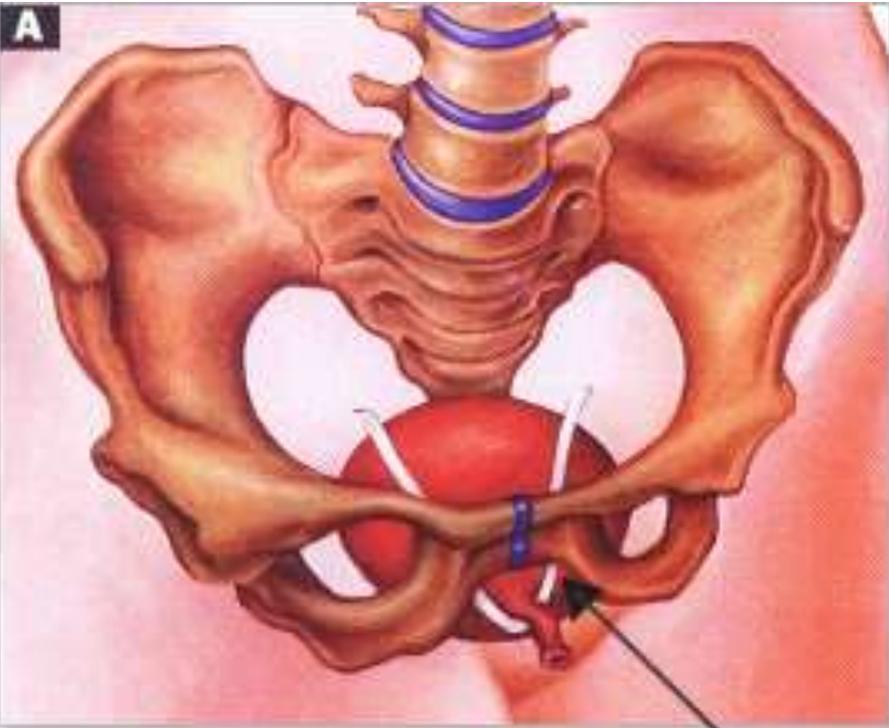
- **FLAVOXATE (URISPAS*)**
- **OXYBUTYNINE (DITROPAN*, DRIPTANE*)**

L' INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT (I U E)

1. Fuite d'urine involontaire NON liée à l'envie d'uriner
2. Examen vessie pleine : **rechercher la fuite urinaire à la toux en position couchée et debout**
3. Contrôle du plancher pelvien (éliminer un prolapsus, etc...)
4. TRAITEMENT
 - **RÉÉDUCATION PÉRINEALE : exercices quotidiens style exercices de KEGEL (musclature plancher pelvien)**
 - **PESSAIRE « MALGRE LA CONNECTITE MODERNE, N'OUBLIONS PAS LES VIEILLES PRATIQUES !!!!! »**
 - **TVT bandelette sous-urétrale TVT (tension-free vaginal tape)**
 - **TOT trans- obturator tape**

TVT

TOT



TVT

TOT

BANDELETTE

L' INCONTINENCE MIXTE

- **C'est très souvent notre quotidien en EHPAD**
- **Le diagnostic étiologique est souvent impossible chez un résident très âgé, polypathologique, avec des troubles cognitifs, parfois grabataire, et avec très ou trop souvent une incontinence très ancienne.**
- **Il est recommandé de traiter d'abord les symptômes les plus invalidants (traitement médical curatif) ou de recourir aux protections (traitement palliatif)**

POUR TOUTES, UN ÉLÉMENT DE PRÉVENTION A NE PAS OUBLIER

En cas de sécheresse vaginale, un traitement local vaginal par œstrogènes doit être proposé.

Il améliore la trophicité de la vaginale et améliore l'incontinence urinaire souvent associée, même si cela ne constitue pas un traitement direct des **fuites urinaires**

CELA DEVRAIT ETRE UNE BONNE PRATIQUE GÉRIATRIQUE SYSTEMATIQUE EN EHPAD

Colpotrophine* Trophigil*

Gydrelle* Trophicreme*

LE CALENDRIER MICTIONNEL

CALENDRIER MICTIONNEL

UNE RÉALISATION à adapter au profil du résident en EHPAD

- **Aucun intérêt à l'accueil d'un « grabataire gir 1 »**
- **Intérêt discutable, au cas par cas, en présence de troubles cognitifs significatifs**
- **Intérêt indispensable à l'accueil d'un résidant gir 3 à 6**

UNE RÉALISATION PAR LE RÉSIDANT OU PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE SI NÉCESSAIRE (exemple : résidant Autonome mais avec une DMLA...)

CALENDRIER MICTIONNEL

Une feuille par jour, 3 jours

- Noter l'heure de chaque miction en commençant par la première miction du matin
- dans la case « Fuites », signaler :
 - la survenue de fuites et leur importance (+, ++ ou +++),
 - les circonstances de survenue de ces fuites (T = toux, M = marche, I = impériosité, Ins = insensible, etc).
 - le nombre de protections utilisées lors de leur changement (1, 2, 3, 4, ...).
- dans la case « Remarques », signaler les circonstances de survenue de la miction (N = normal, P = précaution, I = impériosité, D = dysurie ou miction difficile).

L'ANALYSE DU CALENDRIER MICTIONNEL PERMET :

1. De mesurer le volume total uriné sur 24 heures pour éliminer une polyurie (quantité mictionnelle > 40 ml/kg/j ou un défaut d'apport)
2. De quantifier une pollakiurie et sa fréquence
3. D'estimer la capacité vésicale fonctionnelle en fonction du volume uriné moyen
4. D'estimer le nombre de protections nécessaires
5. De relever la présence d'événements associés : fuites, impériosités, dysurie, levers nocturnes...
6. D'orienter le diagnostic étiologique de l'incontinence
7. De suivre l'efficacité d'un traitement



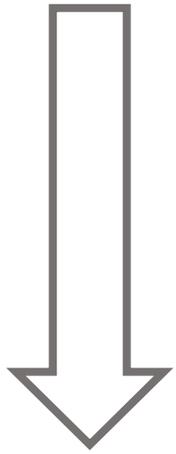
LES PROTECTIONS

IL EST NON BIENTRAITANT DE

1. LES METTRE TROP RAPIDEMENT PAR FACILITÉ, PAR PEUR DE FUITES QUI NE PRODUISENT PAS ENCORE...
2. LES CHANGER EN FIN DE NUIT ALORS QUE LE RÉSIDANT DORT, « *CAR LE RÉSIDANT DOIT ETRE SEC POUR L'ÉQUIPE DE JOUR* »
3. MAIS POUR D'AUTRES, LAISSER DORMIR UN RÉSIDANT DANS UNE PROTECTION SATURÉE EST MALTRAITANT, EN PARTICULIER POUR L'ÉTAT CUTANÉ
4. NE PAS RÉÉVALUER LE BESOIN RÉEL PARCEQUE... CELA ÉTAIT COMME CELA AVANT L'EHPAD, A LA MAISON OU AILLEURS...DONC, ON CONTINUE.....
5. NE PAS AVOIR UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'INCITATION A SE RENDRE AUX TOILETTE, MAIS....avons nous le personnel nécessaire ?

DE LA PRÉVENTION A L'ACCOMPAGNEMENT : CONSTAT

- LA RECHERCHE DU MOYEN LE PLUS ADAPTÉ POUR GÉRER L'INCONTINENCE D'UN RÉSIDANT EN EHPAD EST AUJOURD'HUI UNE RÉALITÉ POUR BEAUCOUP D'ENTRE NOUS.
- CEPENDANT, NOUS PÉCHONS TROP SOUVENT PAR :



1. NON RÉÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE D'UN RÉSIDANT INCONTINENT ++++
2. NON RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC ET INSUFFISANCE DE RECHERCHE THÉRAPEUTIQUE SPECIFIQUE (AUTRE QUE PROTECTION URINAIRE)

CE QUE NOUS DEVONS AMÉLIORER

1. LA RÉÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE D'UN RÉSIDENT INCONTINENT : *trop souvent, « la protection est à vie... ». IL faut sortir de l'équation « EHPAD =PROTECTION » et RÉÉVALUER ++*
2. LA RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC ET LA RECHERCHE DE SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES AUTRES QUE PROTECTION URINAIRE : *nous devons, malgré le manque de médecins, préciser le diagnostic et réfléchir à des thérapeutiques ciblées proactives*

**EN EHPAD, SE CONTENTER DE
METTRE UNE PROTECTION ?**



QUELLES PROTECTIONS UTILISER ?

FORMER LES SOIGNANTS AU CHOIX DU TYPE DE PROTECTION LA PLUS ADAPTÉE :

- ANAFORM maintenue avec une culotte filet de bonne taille / image moins infantilissante qu'un change complet / avec moins de transpiration l'été
- CHANGE COMPLET : surtout si obésité/diarrhée chronique ou aigue/ grabataire en rétraction fœtale. Mais problèmes cutanés car transpiration et frottement du caoutchouc de fixation sur la peau
- PETITES PROTECTIONS «D'ASSURANCE » pour des fuites mineures ou inhabituelles (« lady »)

FORMATIONS

FORMER LES SOIGNANTS AU CHOIX DE LA TAILLE DE LA PROTECTION

- **TAILLE unique pour les anaform**
- **Différentes tailles pour les change complet. Les scratchs de fixation doivent arriver au niveau des épines iliaques, et non pas se toucher en avant sur l'abdomen**
- **Couleurs ou autres marqueurs indiquant les tailles différentes selon les marques**

FORMATIONS

FORMER LES SOIGNANTS AU BON CHOIX DE LA CAPACITE D'ABSORPTION

FORMER LES SOIGNANTS A UNE BONNE MAITRISE DE LA MISE EN PLACE DE LA PROTECTION

FORMER LES SOIGNANTS A UNE BONNE MAITRISE DE LA SURVEILLANCE DE LA SATURATION DE LA PROTECTION

LES INFIRMIERES CONSEIL DES SOCIÉTÉS SPÉCIALISÉES



ELLES SONT PRÉCIEUSES DANS NOS EHPAD :

- Pour aider à une sélection des produits en fonction du degré d'incontinence du patient
- Pour former en interne aux bonnes pratiques : change, évaluation de la saturation d'une protection, choix de la taille, choix de la capacité d'absorption, etc...
- Pour assurer un suivi
- Pour parler INCONTINENCE comme une problématique très importante de la prise en charge du sujet âgé en EHPAD +++
- Pour éviter un gaspillage couteux, y compris au niveau écologique

LES LOGICIELS DE GESTION DES SOCIÉTÉS SPÉCIALISÉES



APPORT DE CES LOGICIELS

- Maitriser les coûts,
- Editer un budget prévisionnel
- Suivre le budget
- Planifier les commandes
- Avoir des outils de gestion (supports papier, gommettes, horloges, logiciel de gestion...)
- Editer un reporting
- Eviter du gaspillage, y compris au niveau écologique
- Conseiller en organisation (tournées de change, horaires, contrôles,...)



SANS
CONTRAINTES



BLUETOOTH BASSE
CONSUMMATION



ADAPTABLE
A TOUTE PROTECTION



18 MOIS
D'AUTONOMIE
SANS RECHARGE



RÉUTILISABLE



DISPOSITIF MÉDICAL
CLASSE I



GARANTIE
2 ANS



CAPTEUR FABRIQUÉ
EN FRANCE

EN ROUTE VERS
LES
PROTECTIONS
« CONNECTÉES »
AVEC DES
CAPTEURS DE
SATURATION ?

EN EHPAD, DEVONS NOUS NOUS CONTENTER DE CHOISIR LA BONNE PROTECTION ?



ESSAYONS DE SORTIR DE L'ÉQUATION « EHPAD = PROTECTIONS »



OLBIGEONS NOUS A RÉÉVALUER L'ÉQUATION « EHPAD = PROTECTIONS »



Quand et
Comment ?

A L'ADMISSION D'UN RÉSIDANT

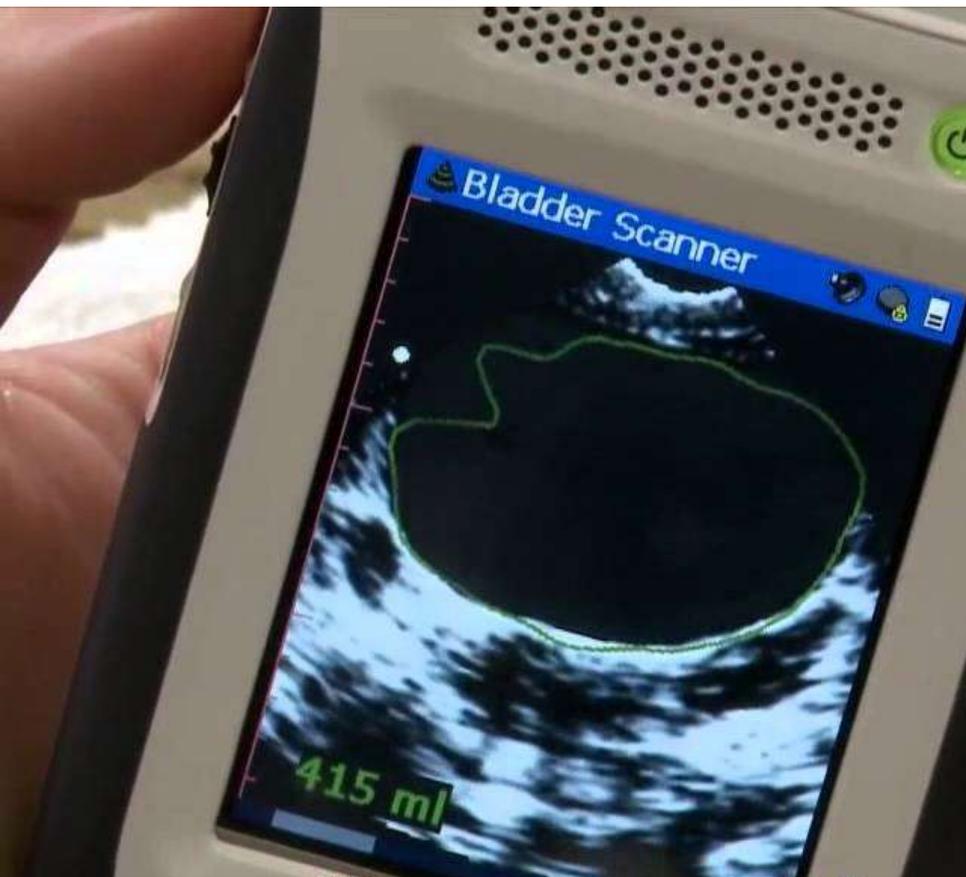
1. Incontinence connue ou non ?
2. Incontinence minimisée/exagérée ou non ?
3. Évaluation de l'importance quantitative des fuites urinaires annoncées
4. Si port de protections, depuis quand ?
Décidée quand et par qui ? Lesquelles ?
5. Choix d'une protection adaptée...connectée ?
6. Une alternative aux protections est elle envisageable ??

**Un bilan « incontinence »
simple est toujours
nécessaire
à l'arrivée d'un nouveau
résidant ou à son retour
d'hospitalisation**

1. BILAN INCONTINENCE à l'admission en EHPAD :

- 1. bladderscann avec recherche de RPM (Résidu Post Mictionnel)**
- 2. CCBU**
- 3. transit intestinal (échelle de BRISTOL) ?**
- 4. capacité et autonomie du résident à gérer seul le temps WC ?**
- 5. Cette femme âgée bénéficie d'elle de l'application locale de crème oestrogénique ?**
- 6. Girage ?**

2. SI RÉSIDANT NON GRABATAIRE, faire un calendrier mictionnel de 3 jours +++++



AVEC AUJOURD'HUI UN GRAND CHOIX DE PRODUITS, DE MARQUES, ETC

UNE INCONTINENCE DOIT DONC BÉNÉFICIER D'UN MINIMUM D'INVESTIGATIONS

1. **BILAN UROLOGUE SIMPLE** pour opposer incontinence d'effort à une incontinence par impériosité
2. **POUR ALORS PROPOSER UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE :** médical, kinésithérapique, chirurgical, etc.....
3. **ENCORE UNE FOIS, LE CALENDRIER MICTIONNEL A VISÉE DIAGNOSTIQUE ou L'ACCOMPAGNEMENT PROGRAMMÉ 4X/JOUR DOIT DEVENIR UNE OBLIGATION ÉTHIQUE**
4. **UNE SENSIBILISATION FORTE DES ÉQUIPES SOIGNANTES EST NÉCESSAIRE : ELLES NE MESURENT PAS ASSEZ L'IMPORTANCE DE CET OUTIL ET DE SON IMPACT EN TERME DE COUTS ET DE RÉSULTATS**

EN EHPAD, QUE FAIRE CONCRETEMENT CHEZ UN NOUVEAU RÉSIDANT NON GRABATAIRE AVEC DES CAPACITÉS COGNITIVES PEU ALTÉRÉES ?

1. FAUTEUIL GARDE ROBE A PROXIMITÉ IMMÉDIATE
2. URINAL ET PÉNILEX CHEZ L'HOMME
3. IMPOSER UN ACCOMPAGNEMENT A HEURE FIXE AUX TOILETTES, 4 FOIS PAR JOUR AU MOINS ou CALENDRIER MICTIONNEL A VISEE DIAGNOSTIQUE
4. **SONDE A DEMEURE ? (CONTEXTE MÉDICAL, CUTANE PAR EXEMPLE) (cathéter sus ombilical)**
5. RÉFLÉCHIR AU UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE
 - PAR IUE = rééducation, thérapie comportementale, TVT ou TOT
 - PAR IMPERIOSITÉ = traitement anti cholinergique

EN EHPAD, QUE FAIRE CONCRETEMENT AVEC LE MANQUE DE PERSONNEL, AVEC LE TURN-OVER DES SOIGNANTS, AVEC TOUS LES REMPLACANTS OU INTÉRIMAIRES ?

- 1. S'APPUYER SUR LE « NOYAU DUR » DES ANCIENS
EXPÉRIMENTÉS (doublures lorsque cela est possible)**
- 2. AVOIR UN PROTOCOLE SIMPLE ET COURT, PERMETTANT
« AU FLUX DES NOUVEAUX » D'Y VOIR CLAIR TRES
RAPIDEMENT**
- 3. S'APPUYER SUR UN LOGICIEL DE GESTION ET SUR LES
OUTILS DE SIGNALÉTIQUE MIS EN PLACE (logo, etc...)**
- 4. EN ÉQUIPE RESTREINTE, LA GESTION OPTIMALE DES
PROTECTIONS NE SAURAIT EN AUCUN CAS ETRE SACRIFIÉE**

RETENIR CINQ IDÉES ?

1. POSER UN DIAGNOSTIC (IUE, IMPÉRIOSITÉ)
2. CALENDRIER MICTIONNEL et ACCOMPAGNEMENT PROGRAMMÉ AUX TOILETTES
3. SORTIR DE L'ÉQUATION « EHPAD=PROTECTION »
4. PROTECTION : LAQUELLE ? CONNECTÉE ? FORMATIONS ++
5. RÉÉVALUATION RÉGULIÈRE DES INDICATIONS DE PROTECTION

**VOUS SOUHAITEZ
AVOIR LE PDF DE
CETTE INTERVENTION ?**

ADRESSEZ UN MAIL

Dr hervé ZACHARIE

contact@formepad.fr