

Personnes âgées

et

BESOIN D'ÉLIMINER

I- Savoir résumer ce besoin

II- Savoir reconnaître le processus de vieillissement physiologique et ses conséquences

A - Le vieillissement physiologique

- Processus du vieillissement physiologique
- Effets du vieillissement physiologique

B - Facteurs qui influencent la satisfaction de ce besoin

C - Interaction avec les autres besoins

III- Savoir-être face à la dépendance pour ce besoin afin de tendre vers l'autonomie

A - Savoir-prévenir la survenue d'une dépendance : savoir observer, savoir organiser (Prévention niveau primaire)

B - Savoir-ajuster l'aide en fonction des troubles : savoir percevoir, savoir faire (Prévention niveau secondaire)

C - Savoir diminuer les conséquences de l'état de dépendance: savoir intégrer, savoir communiquer (Prévention niveau tertiaire)

A - APPAREIL INTESTINAL

I - Savoir résumer ce besoin

L'organisme doit se débarrasser des déchets de la digestion. Cette fonction relève du gros intestin qui est l'organe responsable de l'élimination intestinale.

Le gros intestin, qui est la dernière partie du tube digestif, suit l'intestin grêle et est formé des côlons (ascendant, transverse, descendant et sigmoïde ainsi que du rectum. Il démontre une activité péristaltique comparable à celle de l'intestin grêle, mais il s'y produit en plus des contractions qui poussent les matières fécales vers l'anus. La motilité du gros intestin augmente après les repas pour stimuler l'envie de déféquer.

Les fonctions du gros intestin peuvent se résumer ainsi: 1) absorption du sodium et de l'eau ; 2) incubation des bactéries ; 3) élimination des résidus.

Les résidus que l'on nomme fèces (ou matières fécales) contiennent surtout de l'eau, des bactéries, vivantes et mortes, de la cellulose et autres matières inassimilables, des cellules mortes, des sels et des pigments biliaires.

Les fèces sont donc formées même pendant un jeûne prolongé, une bonne part des éléments qu'elles contiennent n'étant pas d'origine alimentaire.

II - Savoir reconnaître le processus de vieillissement physiologique et ses conséquences

A- Le vieillissement physiologique

• Processus du vieillissement physiologique

La phase intestinale de la digestion est peut-être la moins touchée : perte de la tonicité

musculaire et de la lubrification intestinale par les glandes de l'intestin.

Mais du fait du type d'alimentation du vieillard et de son défaut d'hydratation, il reste des surplus de glucides ou de graisses qui demeurent plus longtemps dans l'intestin à cause du ralentissement du péristaltisme chez les personnes âgées.

• **Effets du vieillissement physiologique**

Le vieillissement est susceptible d'occasionner des ballonnements, des gaz, des périodes de constipation ou de diarrhée qui vont aussi amener la personne âgée à restreindre son alimentation, à prendre différents traitements pour la digestion et la constipation, à absorber des médicaments qui vont entraver l'absorption intestinale, ralentir le transit ... et un cercle vicieux se met en place.

B - Facteurs qui influencent la satisfaction de ce besoin

L'indépendance dans la satisfaction de ce besoin souligne les différences qui existe entre les êtres humains.

Tous les besoins fondamentaux, comportent une dimension biophysique, psychologique, sociologique, culturelle et/ou spirituelle et sont influencés par un certain nombre de facteurs.

1. Dimension biophysique

- Régime inadéquat ou pauvre en fibres
- Malnutrition
- Déshydratation
- Troubles sensori-moteurs : accident cérébro-vasculaire (AVC), maladies neurologiques
- Troubles métaboliques et endocriniens : obésité, hypothyroïdie
- Douleur à la défécation (hémorroïdes, fissure anale)
- Affections cardiaques et pulmonaires
- Médicaments : antiacides, suppléments ferriques, calcium, codéine, morphine.
- Dépendance aux laxatifs
- Modifications physiologiques de l'intestin (diverticules, mégacolon)
- Manque d'exercice

2. Dimension psychologique

- Anxiété, stress, gêne et dédain
- Habitudes d'hygiène personnelle et d'élimination
- Attitudes face à l'élimination
- Intimité
- Dépendance psychologique aux laxatifs

3 - Dimension sociologique

- Organisation et contrôle sanitaire
- Salubrité des lieux publics
- Éducation

4. Dimension culturelle et/ou spirituelle

- Valeur accordée à l'hygiène dans certaines cultures

C - Interaction entre ce besoin et les autres besoins fondamentaux

Respirer

Blocage respiratoire dû à la douleur au moment de la défécation

Boire et manger

Diminution de l'alimentation par crainte de subir un blocage des intestins

Se mouvoir et maintenir une bonne posture

Difficultés à la marche due à la douleur et à la distension abdominale secondaire à un fécalome

Dormir et se reposer

Sommeil perturbé

Se vêtir et se dévêtir

Difficulté à s'habiller du fait d'une distension abdominale prolongée

Maintenir la température du corps dans les limites normales

Température élevée due à une perturbation du métabolisme secondaire à un fécalome

Être propre, soigné et protéger ses téguments

Irritation anale reliée à des selles liquides

Éviter les dangers

Anxiété par crainte d'intervention chirurgicale

Communiquer

Pensée fixée sur les troubles digestifs

Agir selon ses croyances et ses valeurs

Détresse spirituelle due au non-respect des croyances culturelles face à la santé

S'occuper en vue de se réaliser

Impuissance de s'adonner à des activités hors du domicile si diarrhée

Se récréer

Manque d'activités divertissantes relié à la crainte de selles liquides

Apprendre

Refus de changer ses habitudes alimentaires par manque de connaissances

III - Savoir-être face à la dépendance pour ce besoin afin de tendre vers l'autonomie

A - Savoir-prévenir la survenue d'une dépendance : savoir observer, savoir organiser (Prévention niveau primaire : prévention de la maladie, promotion et maintien de la santé)

Un examen des habitudes d'élimination intestinale permet de conseiller :

- 1) un horaire d'élimination en tenant compte des activités de la personne (après le déjeuner ou après le souper) ;
- 2) l'ingestion suffisante de liquide (1,5 l par jour) ;
- 3) des activités physiques selon le niveau d'endurance de la personne ;
- 4) la connaissance des aliments qui favorisent l'élimination intestinale : légumes, fruits, pruneaux.

B - Savoir-ajuster l'aide en fonction des troubles : savoir percevoir, savoir faire

(Prévention niveau secondaire : ralentir la progression de la maladie)

1- les troubles les plus fréquents

Hydratation et aliments sans fibres sont les causes premières de la **constipation**.

L'emphysème, la bronchite chronique ont un retentissement intestinal par suite d'une diminution d'oxygénation du sang qui diminue la qualité du travail musculaire (péristaltisme pour le colon) ce qui a pour effet de causer de la constipation, laquelle peut cependant simplement résulter de son manque de force pour pousser au moment de la défécation, étant pratiquement toujours «à bout de souffle».

La **dépression** affecte le comportement d'élimination intestinale car la personne dépressive n'a plus l'énergie ou l'intérêt pour aller aux toilettes.

La **démence** affecte l'élimination intestinale. La personne démente peut ne pas se rappeler quoi faire aux toilettes, peut ne pas ressentir le besoin de déféquer ou peut ne pas être capable de communiquer ce besoin.

Certaines **maladies de l'appareil intestinal** altèrent le processus d'élimination. Parmi celles-ci figurent les **hémorroïdes, la diverticulite et le cancer de l'intestin**. Ces deux dernières affections peuvent causer de la diarrhée tandis que les hémorroïdes causent surtout de la constipation en raison de la douleur éprouvée au moment de la défécation.

2 - Les signes d'alerte

- **Les selles** : évaluer la fréquence, la quantité, la consistance, la couleur et l'odeur des selles. La consistance normale des selles peut aller de tendre à moulée. La seule façon de se rappeler si la personne est allée à la selle est de l'écrire.

- **Le fécalome** : les selles deviennent sèches et dures et restent dans le rectum. Le risque de fécalome (que l'infirmière ou le médecin devront extraire par voie rectale) est possible dès l'absence de selles au bout de trois jours.

Se méfier de la personne qui émet plusieurs fois par jour ce qu'elle dit être des selles et qui ne sont que des "pets tachants", de fausses selles, témoins du fécalome, qui peut aussi induire des fausses selles liquides.

- **Les bruits** : problèmes de flatulence, bruits intestinaux, distension abdominale, émission de gaz nauséabonds.

- **Les douleurs** : évaluer la douleur au moment de la défécation et les moyens qu'utilise la personne pour se soulager.

- **La diarrhée** : il y a diarrhée s'il existe des selles liquides, abondantes et répétées. Une selle peut être liquide sans rentrer dans le cadre d'une diarrhée.

3 - Les aides des soignants

Surveillance des selles dont le rythme doit être noté et apprécié (quantité et qualité) ; répondre à la demande de la personne pour l'aider à aller aux toilettes : chacun à son horaire, souvent après les prises alimentaires et hélas, quelquefois au cours des repas.

C - Savoir diminuer les conséquences de l'état de dépendance : savoir intégrer, savoir communiquer (Prévention niveau tertiaire : diminuer les répercussions de la maladie)

1) Le régime alimentaire

Il a un impact direct sur la fonction intestinale, il doit être riche en fibres. L'une des fonctions les plus importantes des fibres est de capter l'eau de l'intestin à la façon d'un gel afin de produire des fèces plus volumineuses et plus molles.

Les fruits frais et les légumes, spécialement ceux avec la peau, sont d'importantes sources de fibres et cellulose. Toutefois, à cause de problèmes de denture ou de problèmes de mastication, les personnes âgées peuvent ne pas être capables de manger des légumes et des fruits crus.

Il est possible de consommer des fibres sous forme de son (30 g/jour) mais il doit être ajouté au régime alimentaire de façon graduelle afin de prévenir les crampes et les gaz intestinaux. L'effet est favorable chez la moitié des constipés.

Si les personnes âgées présentent une intolérance au lait qui entraîne chez eux un ballonnement abdominal, des gaz et donne l'impression d'être constipé il faut éliminer le lait. Elles n'ont souvent pas d'intolérance à certains fromages qui permettent d'apporter le calcium (25 g de gruyère jour, suffisent).

Les boissons et aliments sucrés artificiellement doivent être éliminés. Les édulcorants, non digestibles, sont fermentés par les bactéries du côlon qui produisent des gaz et des acides gras, lesquels stimulent les sécrétions et la motilité du côlon.

On doit suggérer aux personnes âgées de boire du jus de pruneau pour diminuer la constipation. Le jus de pruneau ne contient à peu près pas de fibre (contrairement aux pruneaux) et a probablement un effet laxatif parce qu'il contient du sel de magnésium.

2) L'hydratation

Si la personne âgée augmente la quantité de fibres dans son régime alimentaire elle doit aussi augmenter sa consommation de liquide.

Elle peut cependant refuser d'augmenter sa consommation de liquide par crainte d'incontinence urinaire (le café, le thé et le jus de pamplemousse ont un effet diurétique) ou parce qu'elle n'a pas l'habitude de boire beaucoup d'eau.

Il faut lui suggérer de se servir d'une bouteille d'eau minérale de 1,5 l, de la remplir le matin et au lieu de boire un verre chaque fois, de peut prendre de petites quantités tout au long de la journée.

Pendant les périodes de canicule les besoins corporels en eau augmentent. Il faut alors ajouter un quart de litre d'eau (250 ml) à la ration quotidienne.

3) L'exercice

L'exercice quotidien est nécessaire pour augmenter ou maintenir le brassage intestinal et en ce sens, marcher durant 20 à 30 minutes par jour est un bon exercice.

Lorsque la personne âgée est atteinte d'une incapacité à la marche, des exercices légers comme s'asseoir dans son lit, se tourner ou encore bouger en étant assis sur une chaise, faire de la respiration abdominale peut agir sur la motilité intestinale.

Enseigner aux personnes atteintes d'une insuffisance respiratoire sévère, à marcher lentement pour se rendre aux toilettes, puis une fois rendues, à se reposer en position assise jusqu'à ce que leur rythme respiratoire soit revenu à la normale. Dès que la dyspnée disparaît, elles peuvent déféquer.

4) L'horaire d'élimination intestinale

Puisque la motilité du côlon augmente après les repas, recommander d'aller aux toilettes un quart d'heure après le déjeuner et y rester s'il le faut de 20 à 30 minutes.

5) Les effets secondaires des médicaments

L'aspirine que la personne avale pour ses rhumatismes, les antiacides qu'elle prend pour des régurgitations acides, les sédatifs, les préparations à base de fer, les diurétiques favorisent la constipation. Augmenter la boisson et l'exercice.

6) Les laxatifs et les lavements

Les laxatifs et les lavements doivent seulement être utilisés comme mesure palliative en cas d'absence de selles au-delà de trois jours.

Les laxatifs sont inefficaces pour éliminer les problèmes persistants de constipation mais peuvent, par un usage répété, avoir un effet opposé au résultat escompté.

B - APPAREIL URINAIRE

I - Savoir résumer ce besoin

L'appareil urinaire (ou rénal) est formé des deux reins responsables de la production de l'urine. Chaque rein est muni d'un canal excréteur, l'uretère, qui conduit l'urine vers la vessie. Elle y est temporairement emmagasinée avant d'être rejeté à l'extérieur par l'urètre.

Les reins sont certes des glandes excrétrices importantes, mais il serait plus juste de les considérer comme des glandes ayant une fonction de régulation de l'équilibre en eau et en sels minéraux du sang (homéostasie).

Le rein est avant tout un organe qui assure des fonctions de régulation du volume du milieu intérieur, de sa concentration, de sa composition électrolytique. La fonction d'épuration se résume à l'excrétion des déchets métaboliques, des divers composés organiques toxiques, etc.

L'uretère, qui émerge de chaque rein achemine l'urine jusqu'à la vessie.

La vessie est un réservoir qui peut contenir normalement de 250 à 350 ml. Avec de l'entraînement toutefois on peut volontairement augmenter sa capacité à près de 800 ml.

L'urètre est le canal qui conduit l'urine de la vessie à l'extérieur. Deux sphincters

s'interposent entre la vessie et l'extérieur. Le premier, situé à l'extrémité supérieure de l'urètre, est un muscle lisse ; le second, qui enserre l'urètre au complet, est un muscle strié qui a pour rôle de faire obstacle à la miction. Ces muscles se relâchent ordinairement par voie réflexe lorsque la capacité physiologique de la vessie est atteinte.

II - Savoir reconnaître le processus de vieillissement physiologique et ses conséquences

A- Le vieillissement physiologique

- **Processus du vieillissement physiologique**

Les reins sont l'objet d'un ralentissement fonctionnel : la perfusion sanguine du rein est égale à 20% de celle du jeune de 20 ans et la filtration à 80 ans, baisse de 50%. Il s'en suit une accumulation de déchets, l'urée sanguine augmente. La capacité du rein à éliminer les déchets, (ou Clearance, de «to clear» nettoyer) baisse de 30% environ et on doit en tenir compte pour adapter les doses des médicaments à élimination rénale.

La miction, chez l'homme, débute plus lentement, le jet n'a plus la même vigueur et n'en finit plus de se terminer.

La femme passe plus rapidement que l'homme à l'incontinence à cause des grossesses qui ont entraîné une descente de la vessie (cystocèle).

- **Effets du vieillissement physiologique**

Les problèmes de dépendance, au niveau de l'élimination urinaire n'affectent pas inévitablement toutes les personnes âgées, mais les transformations physiologiques liées au vieillissement peuvent contribuer à la formation de tels problèmes lorsque certains facteurs sont présents. Parmi ces facteurs figurent les transformations physiologiques de l'appareil locomoteur ainsi que certains facteurs environnementaux.

Par exemple, lorsque les changements de l'appareil locomoteur réduisent la mobilité d'une personne âgée, ces changements peuvent affecter de façon importante sa fonction d'élimination urinaire. Des toilettes trop éloignées ou un environnement inconnu augmentent de beaucoup la probabilité d'un problème de dépendance dû aux circonstances et non vieillissement.

L'hydratation inadéquate des personnes âgées favorise également l'apparition de problèmes urinaires et/ou intestinaux. Lorsque l'organisme reçoit peu de liquide, les selles, constituées en grande partie d'eau, deviennent sèches et dures. Une grande partie de ces selles au niveau du rectum exercent une pression à la sortie de la vessie et peuvent causer un blocage mécanique.

De plus, une quantité insuffisante de liquide diminue la production d'urine dans la vessie

réduisant par le fait même la stimulation nerveuse sensitive au niveau de la vessie, ce qui a pour effet de rendre la personne incontinent. Une quantité suffisante d'urine (de 300 à 350 ml) est nécessaire pour distendre les parois de la vessie et déclencher les influx sensitifs qui entraînent une sensation de vessie pleine et le besoin d'uriner.

Certains médicaments peuvent causer de la rétention avec une incontinence par regorgement (phénomène que vous visualisez au quotidien : quand le bac d'un évier est plein, l'eau se déverse dans l'autre bac...mais le premier reste plein) ou diminuer la sensation du besoin d'uriner et la capacité de se rendre aux toilettes tandis que les diurétiques augmentent la fréquence et le volume de l'urine.

Les changements que subissent l'appareils urinaire et intestinal rendent la personne âgée plus vulnérable aux dysfonctions urinaires et/ou intestinales, mais les composantes circonstancielles (handicap moteur, accessibilité des toilettes) potentialisent cette vulnérabilité.

B - Facteurs qui influencent la satisfaction de ce besoin

Tous les besoins fondamentaux, comportent une dimension biophysiological, psychologique, sociologique, culturelle et/ou spirituelle et sont influencés par un certain nombre de facteurs.

1. Dimension biophysiological

- Troubles des voies urinaires : infection
- Maladies aiguës affectant la mobilité : pneumonie
- Troubles neurologiques : accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, démence
- Neuropathie diabétique
- Neuropathie alcoolique
- Hypertrophie de la prostate
- Modifications physiologiques de l'appareil locomoteur
- Fécalome
- Déshydratation
- Médicaments
- Modifications physiologiques de l'appareil urinaire

2. Dimension psychologique

- Anxiété, stress, peur, gêne
- Habitudes d'hygiène personnelle et d'élimination
- Attitude face à l'élimination : diminution de l'attention aux signaux de la vessie (dépression, déficits cognitifs)
- Intimité

3 - Dimension sociologique

- Organisation et contrôle sanitaire, salubrité des lieux publics
- Éducation
- Distance des toilettes
- Éclairage
- Environnement inconnu
- Hauteur du lit
- Cotés de lit (le terme barrière est psychologiquement mauvais, car une barrière il faut la sauter !)

4. Dimension culturelle et/ou spirituelle

- Valeur accordée à l'hygiène dans certaines cultures

C - Retentissement sur les autres besoins

Respirer

Respiration inefficace par anxiété secondaire à l'incontinence urinaire

Boire et manger

Consommation de liquide insuffisante due à un manque de connaissances sur l'hydratation

Se mouvoir et maintenir une bonne posture

Mobilité réduite par peur d'uriner en bougeant et en marchant

Dormir et se reposer

Sommeil perturbé (inconfort causé par des draps mouillés)

Se vêtir et se dévêtir

Non-acceptation du port de la couche

Maintenir la température du corps dans les limites normales

L'exposition prolongée à un environnement froid ou humide ou les deux peut faire craindre une altération de la température corporelle

Être propre, soigné et protéger ses téguments

Altération de de la peau due à l'humidité

Éviter les dangers

Sentiment d'impuissance face au problème d'incontinence urinaire

Communiquer

Isolement social dû à la peur d'être ridiculisé à cause de son incontinence urinaire

Agir selon ses croyances et ses valeurs

Crainte de se souiller lors de l'assistance aux services religieux

S'occuper en vue de se réaliser

Impuissance due aux attitudes négatives de l'entourage : non-respect de l'intimité et de la pudeur

Se récréer

Manque d'activités divertissantes relié à la peur d'être montré du doigt lorsque survient une miction involontaire

Apprendre

Refus de se conformer à un programme d'élimination urinaire par non-acceptation de son problème d'incontinence

III - Savoir-être face à la dépendance pour ce besoin afin de tendre vers l'autonomie

A - Savoir-prévenir la survenue d'une dépendance : savoir observer, savoir organiser (Prévention niveau primaire : prévention de la maladie, promotion et maintien de la santé)

Pour venir en aide à la personne âgée incontinente :

- 1) **Expliquer en termes simples les changements de la miction** : contrairement à l'adulte d'âge moyen qui ressent le premier signal d uriner lorsque la vessie contient environ 150 ml d'urine et le deuxième signal lorsque la vessie contient 400 ml, elle ne ressent pas toujours le premier signal ;
- 2) **Démontrer l'importance de l'hydratation ;**
- 3) **Lui recommander d'uriner dès qu'elle en ressent le besoin ;**
- 4) **Lui enseigner des techniques de relaxation.**
- 5) **Lui recommander de toujours vider sa vessie avant de sortir faire ses courses.**
- 6) **Lui conseiller de consulter son médecin au premier signe d'altération urinaire** (ex.: augmentation des mictions associée à une difficulté à se retenir) car il peut s'agir d'une infection et non d'un signe de vieillesse.

B - Savoir-ajuster l'aide en fonction des troubles : savoir percevoir, savoir faire

(Prévention niveau secondaire : ralentir la progression de la maladie)

☞ L'incontinence réversible

Nous énumérerons les interventions générales qui conviennent à toutes les catégories d'incontinences réversibles, sans énumérer ces catégories qui sont du domaine médical.

Les interventions visent à réduire, éliminer ou neutraliser les facteurs responsables de l'incontinence.

Il est intéressant de noter que dans ces interventions la personne n'est pas toujours la seule visée. L'élaboration d'un programme de soins pour l'incontinence urinaire réversible nécessite en effet la participation de tous les membres de l'équipe soignante et de la famille. Si l'un des soignants refuse de respecter une démarche spécifique (ex.: s'il envisage de faire porter des couches au lieu de conduire la personne aux toilettes 30 minutes avant sa période habituelle d'incontinence urinaire) le programme ne pourra pas réussir.

De plus, il faut éviter de faire des remarques du genre: « Ne vous en faites pas, toutes les personnes âgées présentent des problèmes d'incontinence. » Au lieu d'encourager la personne dans sa volonté de réussir, cela aura pour effet de saper sa motivation et peut-être même d'aggraver son problème.

Les interventions :

1) Être empathique.

Comprendre le blocage psychologique et les sentiments du bénéficiaire souffrant d'incontinence.

2) Augmenter la consommation de liquide

Boire jusqu'à 2 l par jour si son état de santé le permet. Cette méthode agit sur le niveau de concentration d'urine dans la vessie.

3) Redonner à la vessie sa fonction

Il faut tonifier par des exercices appropriés le muscle du sphincter vésical.

4) Éviter de donner au bénéficiaire des liquides diurétiques

Le café, le thé, le jus de pamplemousse, le cacao et l'alcool. Si toutefois il désire en boire, il faut penser à le faire uriner une demi-heure après.

5) Amener régulièrement la personne aux toilettes

Plus particulièrement au réveil, avant ou après les repas et au coucher selon l'horaire établi après observation.

On recommande d'accompagner la personne aux toilettes 30 minutes avant l'heure habituelle de l'incontinence.

Amener tous les bénéficiaires aux toilettes en même temps, toutes les deux heures par exemple, est inapproprié et illogique. Cette façon d'agir n'aide en rien les bénéficiaires même si elle est commode pour les soignantes routinières ; les seuls succès, s'il y en a, sont le fruit du hasard.

Un bénéficiaire qui a eu une miction involontaire juste avant l'heure dite aura la vessie vide : il va refuser d'aller aux toilettes, agresser.

6) Établir une programmation régulière d'élimination intestinale

La constipation et le fécalome entravent la sortie d'urine causant de la rétention urinaire avec incontinence par regorgement.

7) Les diurétiques

Administrés le matin ils entraînent des mictions fréquentes.

8) Modifier l'environnement :

- a) améliorer l'éclairage des toilettes et la signalisation qui indique où elles se trouvent ;
- b) éliminer les obstacles (montants de lit encombrants, sonnette et fauteuil roulant non à portée de main, vêtements difficiles à enlever ;
- c) placer un bassin, un urinal ou une chaise d'aisance près du lit;
- d) éviter que la personne ne se refroidisse au petit matin (et urine) en la recouvrant d'une couverture plus chaude au milieu de la nuit.
- e) conseiller à la personne d'éviter de boire au robinet car le bruit de l'eau qui coule stimule la miction.

☞ La rétention urinaire

La rétention urinaire constitue également une atteinte au mode d'élimination urinaire de la personne âgée. Elle prédispose à l'infection urinaire, à l'incontinence par regorgement et lorsqu'elle est plus sérieuse à l'insuffisance rénale. Elle est causée par une obstruction anatomique comme l'hypertrophie de la prostate, un fécalome ou encore les effets secondaires des médicaments.

- 1) Observer l'élimination urinaire.
- 2) Établir une programmation régulière d'élimination intestinale.
- 3) Faire uriner souvent

Pour l'homme âgé souffrant d'hypertrophie de la prostate, le faire uriner souvent et lui conseiller de consulter le médecin car un traitement chirurgical est souvent nécessaire.

- Pour l'aider à uriner, lui demander de presser avec ses deux mains sur la vessie.
- S'il urine goutte à goutte, lui conseiller les exercices suivants :
 - a - contracter sa vessie comme s'il avait un urgent besoin d'uriner, tenir quelques secondes et relâcher (faire cet exercice régulièrement) ;
 - b - arrêter volontairement d'uriner vers le milieu de la miction pour reprendre ensuite après un court arrêt.

C - Savoir diminuer les conséquences de l'état de dépendance : savoir intégrer, savoir communiquer (Prévention niveau tertiaire : diminuer les répercussions de la maladie)

Si l'incontinence est irréversible...

Lorsqu'une incontinence est irréversible, (non guérissable, ce qui ne signifie pas qu'on ne peut pas la traiter) les interventions de soins doivent être présentées en terme d'objectifs réalistes autant pour la personne, l'équipe de soins que pour la famille. Des attentes trop élevées entraînent des sentiments de frustration, de colère, d'hostilité, de désespoir.

Lorsque le diagnostic d'irréversibilité a été posé de façon claire et précise, il faut l'admettre, afin d'éviter les interventions inutiles de type «acharnement thérapeutique» qui ne donnent aucun résultat probant. Il faut plutôt concentrer les efforts pour mettre au point des interventions qui visent le confort et le respect de la dignité de la personne.

La première intervention de soins auprès d'une personne atteinte d'incontinence urinaire irréversible consiste pour les soignantes à sonder leurs propres sentiments face à ce problème chronique, puis à accepter la façon dont elles composent avec leurs sentiments. Si les soignantes ignorent leurs propres sentiments ou leurs craintes, elles rateront «inconsciemment» toutes les occasions d'aider la personne à exprimer ses propres sentiments.

Exemples d'interventions qui visent à respecter la dignité de la personne :

- 1) Aider la personne à prendre conscience de ses émotions, à les admettre, à les assumer et à découvrir de nouveaux moyens de satisfaire ses besoins. Insister sur ses ressources personnelles ;
- 2) Lui faire savoir que la colère est une réaction normale quand on subit une perte quelconque (perte d'autonomie entre autres) et qu'elle a le droit de ressentir ce sentiment et de l'exprimer sans crainte d'être délaissée ;
- 3) Accepter les sautes d'humeur de la la personne : échanger avec elle et l'amener à parler des inconvéniens liés à sa condition.
- 4) Admettre sa colère en lui disant : « Je serais également en colère si j'avais votre problème ou si j'étais à votre place. » Être empathique ;
- 5) Expliquer aux membres de la famille et aux membres de l'équipe de soins les réactions de la personne, puis les aider à composer avec ces réactions ;
- 6) Encourager les intervenants, la famille et la personne à utiliser l'humour pour réduire, la tension. L'humour utilisé avec goût et dans un cadre approprié peut s'avérer un outil précieux ;
- 7) Encourager la personne à participer aux activités afin de prévenir l'isolement social.

• Cette dernière intervention nous amène à énumérer **quelques interventions reliées au confort de la personne :**

- a) Inviter la personne à porter la culotte d'incontinence.** Elle évitera de mouiller ses vêtements et sera beaucoup plus à l'aise. De plus, cette culotte empêche la propagation des odeurs ;
- b) S'assurer que la personne dispose de suffisamment de vêtements de rechange ;**
- c) Brûler dans sa chambre du papier d'Arménie** (économique) ou mettre un produit désodorisant spécifique (plus cher).
- d) Les selles et l'urine** rendent la peau moite et accélèrent la prolifération bactérienne. **Il faut laver la peau avec un savon qui n'en altère pas le pH.** Une fois bien lavée et asséchée, on applique une crème protectrice afin d'empêcher l'urine ou les selles d'entrer en contact avec la peau et de l'irriter.

Lorsqu'on utilise une pommade à l'oxyde de zinc type Mitosyl, il vaut mieux, avant d'appliquer une nouvelle couche, enlever la couche précédente à l'aide d'huile minérale ou de vaseline.

Conclusion

Les changements qui surviennent au niveau des appareils urinaire et intestinal des personnes âgées n'en altèrent pas toujours le fonctionnement- Toutefois, les personnes âgées constituent une population à risque pour les altérations au niveau de l'élimination urinaire et de l'élimination intestinale.

Les problèmes reliés à l'élimination urinaire ou intestinale peuvent être embarrassants, débilissants et peuvent entraîner de l'isolement social. Aussi la satisfaction de ce besoin fondamental pose-t-elle de grands défis, non seulement aux personnes âgées mais aussi à leur famille et aux soignants.

Bibliographie

- Adam E., *Être infirmière*, Les éditions HRW, Montréal, 1983, 137 p.
- AMIEC. Bachelot, Magnon R., *Les soins infirmiers et le corps*, GRIEP, Lyon, 1979, 124 p.
- Berger L., Mailloux D., *Personnes âgées, une approche globale*, Maloine, Paris, 1989. 585 p.
- Carpatino L-J, *Diagnostic infirmier*, MEDSI, Paris, 1986, 579 p.
- Collière M-F., *Soigner... le premier art de la vie*, Interéditions, Paris, 1996, 440 p.
- Ducharme F., *Principes généraux d'interventions auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs irréversibles*, LICACD, Montréal, 1987.
- Giger J.N., Newman J., Davidhizar. R., *Soins infirmiers interculturels*, Lamarre, Paris, 1991, 252 p..
- Lazure H., *Vivre la relation d'aide*, Décarie, Québec, 1987, 192 p.
- Phaneuf M., *Démarche de soins face au vieillissement perturbé*, Masson, Paris, 1998, 290 p.
- Poletti R., *Les soins infirmiers, théories et concepts*, Centurion, Paris, 1989, 175 p.
- Potter P.A. , Perry A.G., *Soins infirmiers, théorie et pratique*, ERPI, Montréal, 1990, 1605 p.