

Recommandation de l'Unité PSPS à l'intention des infirmier-e-s scolaires (ISC)

Encoprésie - Incontinence urinaire diurne - Enurésie

Question	Quel soutien l'infirmier-e scolaire peut-il/elle proposer à l'élève souffrant d'encoprésie, d'incontinence diurne ou d'énurésie et à ses parents ?
Population concernée	Elèves souffrant d'encoprésie, d'incontinence diurne ou d'énurésie.
Contexte	Lors d'entretiens avec l'ISC, les élèves souffrant de ces troubles jusqu'à un âge avancé et leurs parents échangent sur les difficultés engendrées au niveau scolaire, mais aussi sur le fait de se sentir démunis, coupables, épuisés.
Messages-clés pour l'ISC	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer qu'il y a eu une évaluation médicale• Accompagner l'élève en s'assurant que les mesures structurelles ont été prises dans l'école• Etre en appui aux mesures mises en place par le médecin traitant• Favoriser la communication entre l'élève, ses parents, et les divers professionnels concernés
Généralités	<p>Les problèmes d'incontinence sont fréquents et dans la majorité des cas se règlent sans difficulté. Ils évoluent avec la croissance de l'enfant vers la guérison complète.</p> <p>L'élève et sa famille doivent être soutenus dans les difficultés physiques ou psychosociales engendrées par l'incontinence. Ces troubles peuvent être une source importante d'anxiété pour l'élève et ses parents.</p> <p>L'ISC travaille en étroite collaboration avec les familles, le milieu scolaire et l'équipe interdisciplinaire PSPS. Les professionnels de santé doivent se coordonner pour la prise en charge.</p> <p>Les troubles du contrôle sphinctérien (incontinence diurne, énurésie et encoprésie) ont des étiologies diverses et donc des traitements différents.</p>
Encoprésie	Elle est très souvent d'origine rétentionnelle et fait suite à une constipation chronique. Elle nécessite une approche globale, une écoute attentive.
Incontinence diurne, Enurésie	Nombreux sont les enfants qui rencontrent des troubles mictionnels, des fuites urinaires le jour ou des draps mouillés la nuit. Ces symptômes sont dus aux étapes plus longues de l'acquisition de la propreté.

Encoprésie - Incontinence urinaire diurne - Enurésie

Il faut différencier l'incontinence urinaire diurne et l'énurésie nocturne car le traitement n'est pas le même.

La persistance des troubles mictionnels peut générer un grand stress pour l'enfant en âge scolaire, elle peut être **source de stigmatisation sociale**, elle peut affecter les relations avec les pairs et entraîner **une baisse de l'estime de soi**, ainsi que des conflits avec les parents. Il faut absolument **déculpabiliser l'enfant**.

Mesures pour l'encoprésie, l'incontinence urinaire diurne et l'énurésie

Les mesures sont principalement **comportementales** ; habitudes de l'enfant, apprentissage de l'enfant à aller aux toilettes, conseils nutritionnels, gestion des boissons, sport.

Mesures structurelles : la ou le professionnel-le de santé doit penser qu'il se peut que les conditions à l'école posent problème et que dès lors l'enfant se retienne d'aller aux toilettes pour diverses raisons. L'enfant est gêné par des WC sales, mixtes, qui se trouvent loin de la classe, il a peur de rester enfermé, il ne va pas aux toilettes parce qu'il n'ose pas demander l'autorisation. Pour les plus grands, la sécurité dans les toilettes est parfois un problème.

L'ISC peut participer à la mise en évidence de problèmes structurels et promouvoir l'amélioration des conditions sanitaires.

L'ISC peut aider à anticiper les sorties ou les camps. Elle peut participer à l'organisation de la mise en place d'éléments facilitants pour l'élève.

Elle peut prévoir avec l'enfant et ses parents comment procéder en cas de vêtements souillés ou mouillés.

Ces mesures peuvent être associées à d'autres mesures d'ordre médicales. Le traitement et la prise en charge dépendent de l'étiologie.

Les élèves et leurs parents doivent être renseignés sur les éléments physiques et psychiques liés à la problématique de l'incontinence. Ils doivent recevoir des conseils pour éliminer la culpabilité, la honte et les punitions. L'ISC peut être la personne ressource pour maintenir le lien avec l'élève et s'assurer de l'évolution de la situation.

Impact sur la vie scolaire

L'ISC doit :

- évaluer les difficultés et les impacts engendrés par l'incontinence, l'énurésie ou l'encoprésie au niveau du développement de l'enfant et de son apprentissage ;
- établir avec l'élève et sa famille leurs besoins.

L'ISC peut être le lien entre la famille et les enseignants.

Si les parents le souhaitent, l'ISC peut :

- organiser une rencontre avec l'enseignant-e ;
- proposer des mesures structurelles ;
- établir un « Besoin de Santé Particulier » suivant le degré de difficulté.

Lien avec le réseau

Médecin de l'enfant, médecin scolaire, psychologue scolaire, psychomotricien, pédopsychiatre.

Informations complémentaires

Annexe 1 – Définitions

Encoprésie : Émission involontaire et répétée de matières fécales en dehors des lieux réservés à cet usage, chez un enfant de plus de 4 ans indemne de toute maladie organique. (Larousse)
On parle d'encoprésie, quand un enfant de plus de 4 ans (l'âge auquel un enfant a acquis la propreté fécale) fait des selles ailleurs que sur le pot ou les toilettes. Cela peut être involontaire ou délibéré. L'épisode se répète (au moins une fois par mois pendant au moins trois mois). (1)

Incontinence diurne : Selon une nouvelle terminologie standardisée, on parle **d'incontinence diurne comme une fuite d'urine incontrôlée pendant la journée chez les enfants âgés de plus de 5 ans**. Dès l'âge de 3 ans et demi - 4 ans les parents qui ont des inquiétudes sur la continence de leur enfant devraient consulter le pédiatre afin d'éviter des problèmes psychologiques chez l'enfant surtout au moment de l'entrée à l'école. **Le terme énurésie s'applique à l'incontinence nocturne** et se définit par une perte d'urine intermittente pendant le sommeil, chez un enfant ayant dépassé l'âge de la propreté nocturne (après 5 ans pour les filles – après 6 ans pour les garçons). L'acquisition de la propreté diurne précède l'acquisition de la propreté nocturne. On parle d'incontinence secondaire lorsque l'enfant a déjà été propre pour une période d'au moins 6 mois de suite. (2) (3) (4)

Annexe 2 – Prise en charge

Résumé de la littérature

1. Généralités

La grande majorité des problèmes d'incontinence ou d'énurésie évoluent avec la croissance de l'enfant vers la guérison complète.

Des facteurs de risque ont été mis en évidence pour l'incontinence urinaire et fécale par Joinson *et al.* (5), tels, des problèmes de développement ou de comportement de l'enfant, la dépression maternelle, l'anxiété et le rôle parental. Il relève l'importance de détecter par les professionnels la détresse maternelle prolongée.

Pour l'énurésie, la prédisposition familiale est un facteur de risque connu. En effet, il existe une tendance familiale (0 parent: probabilité 15% que l'enfant développe une énurésie, 1 parent: 45%, 2 parents: 77%, concordance de 68% chez vrais jumeaux et 36% chez les faux jumeaux).

La ou le professionnel-e de santé doit aussi penser au fait qu'il se peut que les conditions à l'école posent problème et que l'enfant se retienne d'aller aux toilettes. L'enfant est gêné par des WC sales, mixtes, qui se trouvent loin de la classe, il a peur de rester enfermé, ou il ne va pas aux toilettes parce qu'il n'ose pas demander l'autorisation. Pour les plus grands, la sécurité dans les toilettes est remise en question. (6)

Lien entre les troubles du contrôle sphinctérien et les symptômes ou troubles pédopsychiatriques :

En pratique clinique, troubles du contrôle sphinctérien (Incontinence urinaire et encoprésie) et symptômes ou troubles pédopsychiatriques caractérisés sont parfois associés. Les liens entre troubles du contrôle sphinctérien et troubles psychologiques sont complexes et multiples. Pour le médecin traitant, la question est de savoir à quel moment l'appel du psychologue ou du pédopsychiatre est utile, voire indispensable. (7)

2. Encoprésie

Si des tentatives répétées d'apprentissage de la propreté échouent ou si l'enfant a plus de quatre ans, il peut être nécessaire de consulter un pédiatre. Cette consultation peut permettre d'explorer les aspects de la relation entre les parents et l'enfant et d'écarter les anomalies physiques ou neuro-développementales.

La constipation peut compliquer la réceptivité de l'enfant à l'apprentissage de la propreté. L'enfant peut associer les selles avec la douleur et tenter d'éviter l'expérience le plus possible. (8)

L'encoprésie rétentionnelle est nettement la plus fréquente (80-95% des cas). Elle fait suite à une constipation chronique: les selles s'accumulent dans le bas intestin, ce qui entraîne une distension qui perturbe les sensations de besoin. L'émission des selles se fait par débordement sans que l'enfant en ait conscience.

L'encoprésie sans rétention associée est d'origine psychologique ou psychiatrique, elle représenterait d'après Koppen (9) 20% des cas. Elle est plus difficile à traiter, nécessite des traitements prolongés avec une amélioration progressive et des rechutes fréquentes. Il est important de tenir compte des éléments psychosociaux et des problèmes de comportements.

2.1 Traitement de l'encoprésie

Mesures comportementales, habitudes de l'enfant, apprentissage de l'enfant à aller aux toilettes, conseils nutritionnels, boissons, sport.

Médicamenteux : laxatifs, lavements.

L'association de mesures comportementales et de laxatifs semblent la mesure la plus efficace dans le cas de l'incontinence fécale associée à une constipation.

Plusieurs études mettent en évidence que le bio-feedback n'est pas efficace pour traiter l'incontinence fécale. (10)

L'encoprésie guérit en général en quelques mois, parfois en quelques années selon la cause. Dans tous les cas, elle disparaîtra toute seule à l'adolescence.

L'encoprésie s'inscrit dans les symptômes psychosomatiques de l'enfant au sens large du terme. Elle nécessite une approche globale, une écoute symptomatique.

3. Incontinence diurne, Enurésie nocturne

Avant toute chose, il faut rassurer l'enfant et sa famille. L'énurésie est une condition très fréquente et sans danger qui va finir par disparaître. Certains enfants se sentent honteux et il faut pouvoir les déculpabiliser: ils ne sont pas responsables de leur énurésie.

Nombreux sont les enfants qui rencontrent des troubles mictionnels, des fuites urinaires le jour ou des draps mouillés la nuit. Il n'est pas rare que les troubles s'installent au début de l'école. Il arrive également qu'après une période de propreté, certains enfants recommencent à être incontinents. L'incontinence urinaire survient chez 10-15% des enfants de 4 à 6 ans. A l'âge de 12 ans, env. 4% de la population présente une incontinence urinaire au moins une fois par semaine, 1% à l'âge de 15 ans.

L'incontinence urinaire diurne et l'énurésie nocturne sont deux troubles différents. Ils peuvent coexister chez un même enfant.

Au niveau psychologique, la persistance des troubles mictionnels peut générer un grand stress pour l'enfant en âge scolaire, elle peut être source de stigmatisation sociale, peut affecter les relations avec les pairs et entraîner des conflits avec les parents. On constate fréquemment **une baisse de l'estime de soi** de ces jeunes. Du côté des parents, le fait que les traitements soient longs et la prise en charge complexe, peut être décourageant. Il faut absolument déculpabiliser l'enfant, car il n'y peut rien. (11) (12)

Encoprésie - Incontinence urinaire diurne - Enurésie

La prise en charge de l'incontinence consiste à distinguer 3 groupes :

- 1- les enfants qui présentent une incontinence diurne isolée,
- 2- les enfants qui présentent une énurésie simple ou monosymptomatique
- 3- les enfants qui présentent une énurésie nocturne accompagnée par des troubles mictionnels diurnes (incontinence mixte).

Les schémas de traitement sont différents. Il est important de souligner que les troubles mictionnels diurnes doivent être traités en première intention, permettant ainsi d'assurer une stabilité vésicale avec une forte chance que l'énurésie disparaisse spontanément ou que les médicaments pour l'énurésie donnent une réponse favorable si cette énurésie persiste après le traitement de l'incontinence diurne. Il est également important de traiter une constipation présente qui est un facteur de risque de l'incontinence.

L'âge auquel un enfant ne mouille plus son lit la nuit est très variable. Il faut lui laisser trouver son propre rythme et l'orienter vers son pédiatre si l'inquiétude persiste. L'énurésie a souvent plusieurs origines. La vessie des enfants énurétiques n'est pas encore prête à contenir le volume d'urine de toute une nuit. Ces enfants ont également un sommeil profond. Les signaux de leur vessie pleine n'arrivent pas à les réveiller. Certains changements ou stress dans l'organisation familiale peuvent déclencher une énurésie. Il peut s'agir de la naissance d'un petit frère, de difficulté familiale ou scolaire. (13)

Il est important que l'enfant, le jeune et la famille soient activement impliqués et aient une bonne compréhension de tout le processus : l'évaluation de départ, l'investigation, le choix du traitement, le suivi, l'évolution du problème.

Les professionnels de la santé participent à l'évaluation de départ de l'énurésie, ils prennent en considération les besoins entre autres culturels et de communication des enfants et de leur famille.

Ils doivent bien évaluer les difficultés engendrées par l'énurésie au niveau du développement de l'enfant, de l'apprentissage, d'un éventuel handicap physique car les symptômes peuvent être améliorés avec un soutien et/ou un traitement correct.

L'enfant, le jeune et la famille devront être accompagnés pour faire face aux divers changements proposés, routine quotidienne, suivi du traitement choisi.

Si l'enfant ou le jeune ne répond pas au traitement, il devra être référé au spécialiste.

Une bonne communication entre les différents professionnels de santé et l'enfant, le jeune et la famille est essentielle.(14)

3.1 Traitements de l'incontinence diurne et de l'énurésie

Mesures comportementales

- Rassurer l'enfant et améliorer sa confiance en soi: problème fréquent, pas dangereux, finira par disparaître
- Apprentissage de l'enfant à aller aux toilettes d'une façon régulière, à « écouter » sa vessie ; à prendre son temps pour faire pipi, bien boire sur la journée et arrêter de boire 2 heures avant d'aller au lit, éviter les boissons sucrées (coca-cola, thé froid, etc.) le soir
- La collaboration de l'enfant est primordiale pour l'évolution du traitement
- Traiter une constipation associée

Un traitement médicamenteux ou des dispositifs d'alarmes pour l'énurésie peuvent être introduits en deuxième intention après les mesures comportementales.(2)

Physiothérapie : Bio-feedback (12)

Il est recommandé de recourir à des thérapies comportementales simples comme traitements de première ligne chez les enfants de plus de 6 ans. (15)

Sommaire des recommandations de la société canadienne de pédiatrie pour la prise en charge de l'énurésie nocturne primaire :

Les enfants qui ne se sentent pas dérangés par l'énurésie nocturne primaire ne devraient pas être traités. Les parents devraient être rassurés quant à la santé physique et affective de leur enfant et recevoir des conseils pour éliminer la culpabilité, la honte et les punitions.

Le conditionnement au moyen d'un système d'alarme constitue le traitement le plus efficace, mais il garantit un succès à long terme chez moins de 50 % des enfants. La pharmacothérapie a sa place dans des situations particulières, comme lors d'un séjour au camp ou d'une nuit chez un copain ou lorsque le système d'alarme n'est pas pratique ou pas efficace.

Le traitement de l'énurésie nocturne primaire devrait viser à réduire au minimum les répercussions affectives pour l'enfant. Les données probantes sont insuffisantes pour établir les bienfaits éventuels des thérapies comportementales par rapport à ses dommages éventuels. Les systèmes de récompense et le lever pendant la nuit ne devraient pas être recommandés sans évaluation préalable attentive des effets secondaires potentiels et une discussion avec les parents (16).

Contact pour précisions	Unité PSPS–AVASAD, rte de Chavannes 37 Ouest, 1014 Lausanne Site Internet de l'Unité PSPS : www.vd.ch/unite-PSPS
Auteur	<i>C. Durgnat-Sciboz, collaboratrice scientifique, Unité PSPS</i>
Date	<i>Décembre 2016</i>
Contribution	<i>B. Casini-Matt, Dresse C. Fiorini Bernasconi, Dresse M.-O Gubler, S. Wagner, J. Wertz, Unité PSPS</i>
Expert externe pour l'incontinence diurne et l'énurésie	<i>Dr H. Chehade - Médecin adjoint, PD & MER Chef de l'unité de Néphrologie pédiatrique du CHUV Département médico-chirurgical de pédiatrie</i>
Validation	<i>M. Archambault, Dr O. Duperrex, Unité PSPS</i>

Encoprésie - Incontinence urinaire diurne - Enurésie

Bibliographie

1. mongeneraliste.be [Internet]. [cité 9 mars 2016]. <http://www.mongeneraliste.be/fichespaients/encopresie>
2. Wilhem-Bals A, et al. Troubles mictionnels de l'enfant. Paediatrica. 2010;21(5):25-30. <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol21/n5/pdf/25-30.pdf>
3. Traitement de l'incontinence urinaire par le service de chirurgie pédiatrique à Genève aux HUG [Internet]. [cité 30 mars 2016]. <http://www.hug-ge.ch/chirurgie-pediatrique/incontinence-urinaire>
4. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. J Urol. juin 2014;191(6):1863-1865.e13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24508614>
5. Joinson C, Heron J, von Gontard A, Butler U, Golding J, Emond A. Early Childhood Risk Factors Associated with Daytime Wetting and Soiling in School-age Children. J Pediatr Psychol. 23 févr 2008;33(7):739-50. <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/jpepsy/jsn008>
6. Enurésie- Incontinence urinaire. Que faire? l'énurésie à l'école [Internet]. Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire | Afpsu. [cité 30 mars 2016]. <http://www.afpsu.com/dossier/enuresie-incontinence-urinaire-que-faire/>
7. Rouvière N. Les troubles du contrôle sphinctérien chez l'enfant La place du pédopsychiatre. /data/revues/0929693X/v21i5sS1/S0929693X14715271/ [Internet]. 25 juill 2014 [cité 31 mars 2016]. <http://www.em-consulte.com/en/article/910345>
8. Société canadienne de pédiatrie. L'apprentissage de la propreté : Des conseils axés sur l'enfant. Paediatr Child Health. sept 2000;5(6):342-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819953/>
9. Koppen IJN, von Gontard A, Chase J, Cooper CS, Rittig CS, Bauer SB, et al. Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. J Pediatr Urol. févr 2016;12(1):56-64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26654481>
10. Brazzelli M, Griffiths PV, Cody JD, Tappin D. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cité 30 mars 2016]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161370>
11. Maman, j'ai fait pipi dans ma culotte - Planete sante [Internet]. [cité 30 mars 2016]. <http://www.planetesante.ch/Magazine/Bebes-enfants-et-adolescents/Pipi-au-lit/Maman-j-ai-fait-pipi-dans-ma-culotte>
12. Enurésie nocturne : quel traitement efficace non pharmacologique recommander ? - revmed [Internet]. [cité 30 mars 2016]. <http://www.revmed.ch/rms/2014/RMS-N-414/Enuresie-nocturne-quel-traitement-efficace-non-pharmacologique-recommander>
13. Pipi au lit. Mon enfant est malade [Internet]. [cité 30 mars 2016]. <http://www.monenfantmalade.ch/fiches/pipi-au-lit>
14. NICE. Nocturnal enuresis (bedwetting) in children and young people [Internet]. NICE; 2014 [cité 30 mars 2016]. <http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/Final%20quality%20standard%20nocturnal%20enuresis%20-%20Sept%202014.pdf>
15. Caldwell PH, Nankivell G, Sureshkumar P. Simple behavioural interventions for nocturnal enuresis in children [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 30 mars 2016]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23881652>
16. Feldman M. La prise en charge de l'énurésie nocturne primaire | Documents de principes et points de pratique | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 10 mars 2016]. <http://www.cps.ca/fr/documents/position/enuresie-nocturne-primaire>