

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

DÉCEMBRE 2020

Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes

Quatrième édition



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour les infirmières, les autres fournisseurs de soins de santé ou les organismes qui les emploient. Il faut faire preuve de souplesse dans l'utilisation de ces lignes directrices et les adapter aux besoins individuels et aux conditions locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes. 4^e édition. Toronto (Ontario) : AIIAO; 2020

Financement

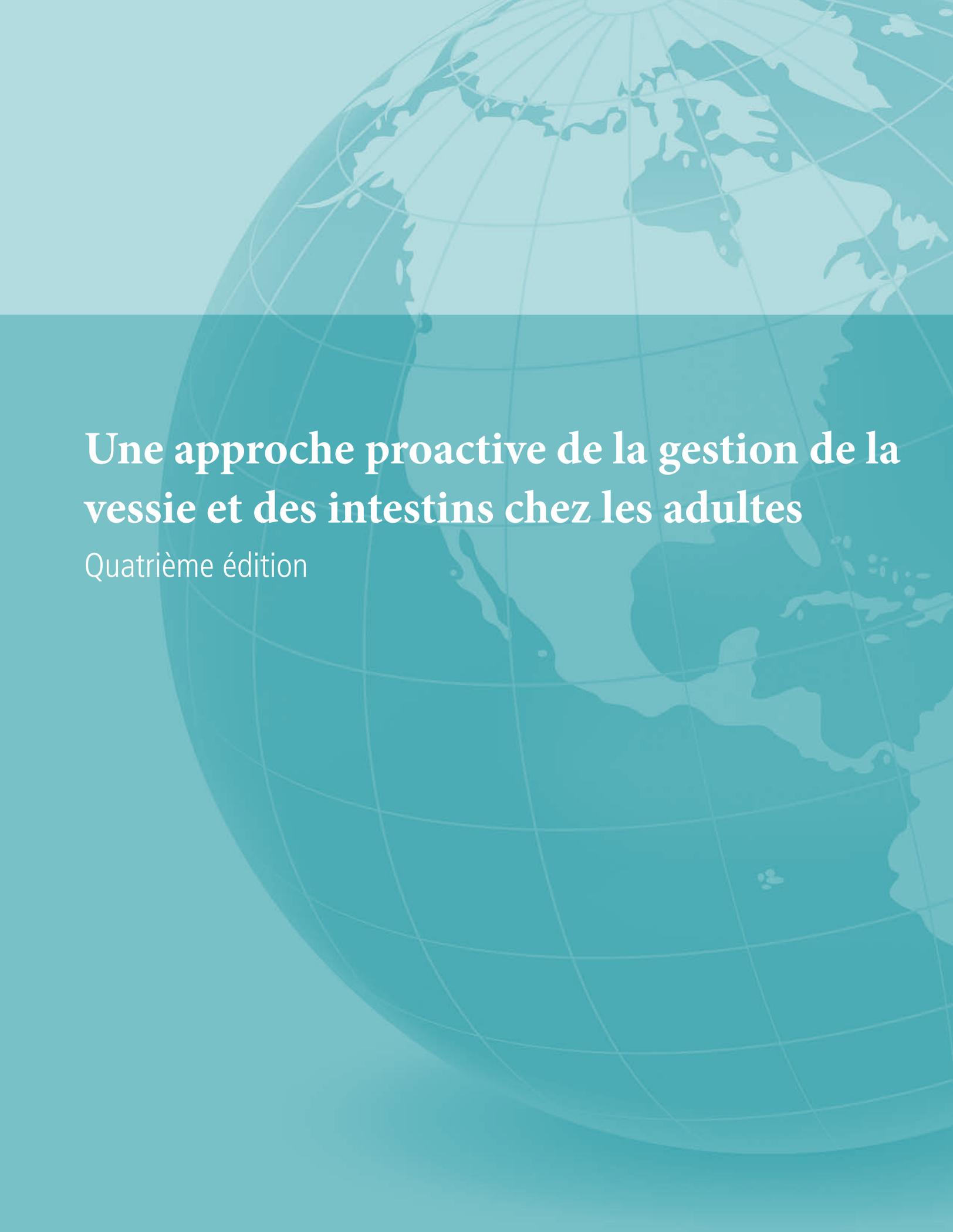
La réalisation de ce document a été financée par le gouvernement de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, chaque membre du comité d'experts de l'AIIAO a déclaré dans un formulaire de déclaration normalisé tout conflit d'intérêts pouvant être interprété comme étant perçu et réel. Les membres du comité d'experts ont de plus mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion sur les lignes directrices et avant leur publication. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit contraignant n'a été relevé. Voir le résumé des déclarations de conflits d'intérêts à l'adresse <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
500-4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9
Site Web : www.RNAO.ca/bpg



Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes

Quatrième édition

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la quatrième édition du document sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LPDE) cliniques intitulé *Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les fournisseurs de soins de santé s'engagent à offrir chaque jour.

Nous remercions chaleureusement les nombreux intervenants qui contribuent à concrétiser notre vision des LDPE. Tout d'abord, et c'est le plus important, nous remercions le gouvernement de l'Ontario, qui reconnaît la capacité de l'AIIAO à diriger un programme ayant acquis une reconnaissance mondiale, et qui s'est engagé à le financer. Nous remercions également les coprésidentes du comité d'experts de l'AIIAO, Kathleen Hunter (professeure, Université de l'Alberta) et Jennifer Skelly (professeure agrégée, Université McMaster), de leur précieuse expertise et de la gérance exemplaire de ce projet de LDPE. Merci à Nafsin Nizum (responsable de l'élaboration des lignes directrices), Greeshma Jacob (méthodologue de l'élaboration des lignes directrices), Verity Scott et Glynis Gittens (coordinatrices du projet d'élaboration des lignes directrices), Megan Bamford (ancienne directrice associée, élaboration et évaluation des lignes directrices) et le reste de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO du travail considérable qu'ils ont accompli et du savoir-faire dont ils ont fait preuve dans la réalisation de cette LDPE. Nous remercions tout particulièrement le comité d'experts d'avoir généreusement mis à disposition son temps, ses connaissances et ses points de vue pour produire un document fiable, rigoureux et fondé sur des données probantes qui orientera la formation et la pratique de millions de fournisseurs de soins de santé. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Le succès de l'adoption généralisée des LDPE exige un effort concerté de la part des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques, des chercheurs et des bailleurs de fonds. Forts de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, le personnel infirmier et les fournisseurs de soins de santé fournissent l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'initiative en devenant des Organisations vedettes des pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD}), en parrainant les champions des pratiques exemplaires, en adoptant des LDPE et en évaluant leur contribution aux résultats obtenus auprès des patients et des organismes. Nos gouvernements et ceux de l'étranger ont également pris part à ce projet formidable. Ensemble, nous contribuons à édifier une culture de la pratique fondée sur des données probantes qui profite à tous.

Nous vous invitons à partager cette LDPE avec vos collègues de la communauté des soins infirmiers et de santé et les conseillers aux patients partenaires des organisations et agences gouvernementales avec qui vous travaillez. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Nous devons veiller ensemble à ce que les citoyens reçoivent les meilleurs soins possible de notre part chaque fois qu'ils ont besoin de nos services de sorte qu'ils soient les premiers bénéficiaires de ce grand effort.

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is stylized and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), FAAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale,
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objet et champ d'application	6	
Interprétation des données et force des recommandations	11	
Résumé des recommandations	15	
Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires	19	
Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	26	
Groupe d'experts de l'AIIAO	28	
Remerciements aux intervenants	29	
Contexte	33	
Recommandations pour l'incontinence urinaire	36	RECOMMANDATIONS
Recommandations pour l'incontinence fécale et/ ou la constipation	55	
Lacunes de la recherche et conséquences futures	76	
Stratégies de mise en œuvre	79	
Références	81	RÉFÉRENCES

Table des matières

ANNEXES	Annexe A : Glossaire	89
	Annexe B : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et ressources connexes à la présente LDPE . . .	96
	Annexe C : Énoncés relatifs à la formation	97
	Annexe D : Méthodes d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	103
	Annexe E : Diagrammes PRISMA pour la recherche de lignes directrices et les revues systématiques	121
	Annexe F : Processus d'élaboration des indicateurs	129
	Annexe G : Algorithme pour le traitement de l'incontinence urinaire	131
	Annexe H : Algorithme pour le traitement de l'incontinence fécale et de la constipation	132
	Annexe I : Affections pouvant causer l'incontinence urinaire chez les personnes	133
	Annexe J : Médicaments pouvant causer l'incontinence urinaire	135
	Annexe K : Exemple de journal mictionnel	137
	Annexe L : Questionnaires validés d'évaluation de l'impériosité urinaire	138
	Annexe M : Protocole de déclenchement de la miction	139
	Annexe N : Facteurs de risque pour l'incontinence fécale	142
	Annexe O : Affections pouvant causer la constipation	144
	Annexe P : Médicaments pouvant causer de la constipation	146
	Annexe Q : Échelle de Bristol	147
Annexe R : Exemple de journal d'élimination intestinale	148	
Annexe S : Exemples de protocoles intestinaux	150	
Annexe T : Description de la <i>Trousse</i>	152	
APPUIS	Appuis	153
NOTES	Notes	156

Comment utiliser ce document

La présente **ligne directrice sur les pratiques exemplaires**^{G*} (LDPE) est un document exhaustif qui fournit des ressources pour la **pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes**^G. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'une ressource sur les pratiques exemplaires visant à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier**^G, de **l'équipe interprofessionnelle**^G, des enseignants, des organisations de services de santé, des établissements d'enseignement ainsi que des **personnes concernées**^G et de leur **réseau de soutien**^G. Les utilisateurs de cette LDPE doivent appliquer ses recommandations selon les besoins des organisations de services de santé, des établissements d'enseignement ou autres milieux de pratique, et selon les préférences des personnes (âgées de 18 ans et plus) souffrant **d'incontinence urinaire**^G, **d'incontinence fécale**^G et/ou de **constipation**^G. Ce document, qui fournit des **recommandations**^G fondées sur des données probantes, décrit : (a) les pratiques et politiques organisationnelles, (b) les avantages et les inconvénients, (c) les valeurs et les préférences, et (d) les considérations d'équité dans l'accès aux soins.

Le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants et les administrateurs qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles et des programmes de formation à l'appui de la prestation de services. Le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle spécialisés dans les soins directs tireront profit des recommandations et des données probantes sur lesquelles elles s'appuient.

Si votre organisation de services de santé décide d'adopter cette LDPE, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous recommande de suivre les étapes suivantes :

1. Faites une évaluation comparative de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation actuels par rapport aux **énoncés de pratique exemplaire**^G, aux recommandations et aux discussions sur les données figurant dans la présente LDPE.
2. Déterminez les besoins ou les lacunes de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation.
3. Prenez note des recommandations et pratiques exemplaires applicables à votre contexte et pouvant être utilisées pour répondre aux besoins de votre organisation et combler des lacunes.
4. Élaborez un plan pour la mise en œuvre des recommandations, l'adoption des pratiques exemplaires et l'évaluation des **résultats**^G.

Ressources de mise en œuvre, dont la publication de l'AIIAO intitulée *Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition*, accessible sur le site Web de l'AIIAO à l'adresse RNAO.ca. Une description de ce document figure à **l'annexe T**. Pour en savoir plus, voir *Stratégies de mise en œuvre* (p. 79).

Toutes les LDPE de l'AIIAO peuvent être téléchargées sans frais depuis le site Web de l'AIIAO à l'adresse RNAO.ca/bpg. Pour trouver une ligne directrice en particulier, faire une recherche par mot clé ou par sujet.

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et avoir des renseignements sur la façon dont vous l'avez mis en œuvre. Merci de nous faire part de votre expérience par courriel à l'adresse RNAO.ca/contact.

* Dans le présent document, les termes en **caractères gras** suivis de la lettre « G » en exposant (^G) sont définis dans le glossaire (**annexe A**).

Objet et champ d'application

Objet

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents élaborés de façon systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations sur des sujets cliniques précis, sur la promotion d'un environnement de travail sain et sur des composantes du système de santé. Elles s'adressent au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle occupant des postes en soins directs, aux enseignants, aux administrateurs et aux cadres, aux décideurs politiques, aux chercheurs et aux personnes expérimentées travaillant dans les services de santé et les établissements d'enseignement. Les LDPE contribuent à promouvoir la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques administratives, des procédures et de l'enseignement afin que le système de santé puisse fournir les meilleurs soins qui soient aux personnes et aux collectivités.

Cette LDPE remplace les LDPE de l'AIIAO intitulées respectivement *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*(2) et *Prévention de la constipation chez les personnes âgées* (3), dont la dernière mise à jour remonte à 2011. Elle porte sur la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes de 18 ans et plus. Elle fournit notamment des recommandations de stratégies efficaces fondées sur des données probantes visant à aider les adultes qui souffrent d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation, à améliorer la qualité des soins et à optimiser les résultats dans le domaine de la santé. Dans la présente LDPE, les termes « adulte » et « personne » sont interchangeables. Cette LDPE considère que les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation ainsi que leurs réseaux de soutien sont des experts en matière de santé et de prise de décision et que la collaboration entre les membres de l'équipe interprofessionnelle, la personne qui reçoit les soins et son réseau de soutien (si nécessaire) est essentielle à l'obtention des meilleurs résultats dans le domaine de la santé. Les recommandations s'adressent principalement aux membres de l'équipe interprofessionnelle qui ne sont pas des **spécialistes de la continence**^G.

En septembre 2018, l'AIIAO a formé un comité d'experts chargé de déterminer le champ d'application de cette prochaine édition de la LDPE et d'élaborer des **questions de recommandation**^G pour éclairer leur **revue systématique**^G. Le comité d'experts était composé de personnes expérimentées qui occupaient des postes en pratique clinique, en enseignement et en recherche au sein d'organisations de services de santé, d'établissements d'enseignement supérieur et de différents domaines et secteurs de pratique. Ces experts ont fait part de leurs points de vue sur le soutien et les soins aux personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation dans tout le continuum des soins (soins aigus, soins de longue durée, soins primaires, soins de santé communautaire, réadaptation, etc.).

Le comité d'experts et l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont mené un examen et une analyse approfondis pour déterminer le champ d'application de cette LDPE et formuler des questions de recommandation (voir **l'annexe D**).

Champ d'application

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a établi le champ d'application de cette LDPE en empruntant les étapes suivantes :

- examen des précédentes LDPE de l'AIIAO intitulées *Promotion de la continence par le recours à la miction spontanée* (2) et *Prévention de la constipation dans la population adulte âgée* (3);
- analyse des lacunes et recherche sur les lignes directrices;
- entretiens téléphoniques auprès de 11 intervenants clés, parmi lesquels figurent des **fournisseurs de soins de santé**^G, des enseignants en soins infirmiers, un personnel infirmier en recherche et un porte-parole des patients;
- tenue de deux séances de discussions téléphoniques en groupe avec des fournisseurs de soins de santé, des gestionnaires de personnel infirmier et des enseignants en soins infirmiers;
- consultations avec le comité d'experts.

La présente LDPE s'adresse au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle et aux personnels soignants dans tout le continuum des soins (soins actifs, soins de longue durée, soins primaires et soins de santé communautaire, réadaptation, etc.) et dans tous les domaines de pratique (administration, clinique, enseignement, politique et recherche). Elle s'adresse également aux organisations qui emploient du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle ou qui offrent des services de santé ainsi qu'aux établissements d'enseignement.

Principales notions du guide des pratiques exemplaires

Constipation : Le passage difficile et/ou peu fréquent des selles (moins de trois selles par semaine) (4). La constipation peut être aiguë ou chronique (lorsqu'elle dure plus de trois mois) et peut résulter de divers facteurs physiologiques, mécaniques et médicaux, dont la prise de médicaments (5). Le type le plus courant est la constipation fonctionnelle, dont la cause organique ou médicale sous-jacente est inconnue (5).

Incontinence fécale : La perte involontaire de selles liquides ou solides (6). L'incontinence fécale est due à des facteurs physiologiques, mécaniques et médicaux, comme la constipation, une lésion ou une faiblesse musculaire, une lésion nerveuse, une maladie neurologique, une perte d'élasticité du rectum, des hémorroïdes ou un prolapsus rectal (7).

Incontinence urinaire : Une fuite involontaire d'urine due à des facteurs physiologiques, mécaniques et médicaux, comme une faiblesse des muscles pelviens, le diabète, la prise de certains médicaments, une constipation et une infection de la vessie (6, 8). Voir p. 33 pour une liste des formes d'incontinence urinaire les plus courantes.

Spécialiste de la continence : Aux fins de la présente LDPE, un spécialiste de la continence désigne un fournisseur de soins de santé possédant des connaissances et une expertise avancées dans l'évaluation et la prise en charge des personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation. Les spécialistes de la continence sont notamment les gynécologues/urogynécologues, les urologues, les gastro-entérologues, les chirurgiens colorectaux, le personnel infirmier conseiller en continence (PICC), le personnel infirmier spécialisé en plaies, stomies et continence (ISPSCC), les physiothérapeutes en santé pelvienne et les ergothérapeutes.

Fournisseur de soins de santé : Désigne à la fois les travailleurs réglementés (p. ex., le personnel infirmier, les médecins, les diététiciens et les travailleurs sociaux) et les travailleurs non réglementés (p. ex., les préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

Fournisseur de soins de santé réglementé : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 23 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (OIIO, 2014a).

Fournisseur de soins de santé non réglementé : Il occupe divers rôles dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Il est tenu de rendre compte à son employeur, mais non à un organisme de réglementation professionnelle (p. ex., l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les fournisseurs de soins de santé non réglementés remplissent les fonctions et les tâches qui leur sont confiées par leur employeur. Ils ne sont autorisés à exécuter un acte réglementé comme défini dans la LPSR que s'ils font l'objet d'une exemption prévue par la Loi (10).

Équipe interprofessionnelle : Une équipe composée de différents fournisseurs de soins de santé, réglementés et non réglementés, qui collaborent avec la personne concernée et ses proches afin de lui offrir une gamme complète de services de santé dans différents contextes de soins (11). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui fournissent de l'aide aux personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation sont notamment le personnel infirmier (infirmières ou infirmiers diplômés, infirmières ou infirmiers auxiliaires diplômés, infirmières ou infirmiers praticiens, infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés, infirmières ou infirmiers conseillers en continence [IICC], infirmières ou infirmiers spécialisés en plaies, stomies et continence [IISPSCC]), les médecins (médecins généralistes, urogynécologues, urologues, chirurgiens colorectaux), les préposés aux services de soutien à la personne, les

physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens et les pharmaciens. Soulignons que la personne concernée ainsi que les membres de son réseau de soutien occupent une place centrale en tant que participants actifs au sein de l'équipe. Bien que cette LDPE puisse être utile aux différents membres de l'équipe interprofessionnelle, ses recommandations s'adressent principalement aux fournisseurs de soins de santé qui occupent des postes en soins directs et qui ne sont pas des spécialistes de la continence.

Sujets ne relevant pas du champ d'application de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Les soins et les sujets suivants ne relèvent pas du champ d'application de la LDPE :

- l'insertion d'un cathéter urinaire et les soins connexes;
- les interventions pharmaceutiques de prévention et de prise en charge de l'incontinence urinaire et de l'incontinence fécale;
- les interventions chirurgicales de gestion de l'incontinence urinaire, de l'incontinence fécale et/ou de la constipation;
- les populations pédiatriques (les personnes de moins de 18 ans) souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Questions de recommandation

Les questions de recommandation portent sur des domaines de soins prioritaires, comme définis par le comité d'experts. Pour répondre à ces questions, il faut procéder à une synthèse des données. Elles éclairent les **questions de recherche sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats (PICR)^G** qui orientent les revues systématiques de la littérature et, par la suite, les recommandations. Voici les questions de recommandation prioritaires et les recommandations du comité d'experts qui ont servi de base à l'élaboration de cette LDPE. Les recommandations sont présentées selon l'ordre d'importance établi par le comité d'experts.

Questions de recommandation pour l'incontinence urinaire

- **Question de recommandation n° 1** : Faut-il recommander des **stratégies d'élimination^G** pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'incontinence urinaire?
Résultats : Épisodes d'incontinence, qualité de vie et utilisation de produits pour l'incontinence.
- **Question de recommandation n° 2** : Faut-il recommander la pratique d'une activité physique pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'incontinence urinaire?
Résultats : Épisodes d'incontinence et **limitations physiques^G**.
- **Question de recommandation n° 3** : Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?
Résultats : Qualité de vie, satisfaction des patients et épisodes d'incontinence.

Questions de recommandation pour l'incontinence fécale et/ou la constipation

- **Question de recommandation n° 4** : Faut-il recommander la pratique d'une activité physique pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?
Résultats : Épisodes d'incontinence, constipation et qualité de vie.

- **Question de recommandation n° 5 :** Faut-il recommander un apport suffisant de fibres et/ou de liquides pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Fréquence des selles, consistance des selles, utilisation de **laxatifs**^G, épisodes d'incontinence et qualité de vie.

- **Question de recommandation n° 6 :** Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Qualité de vie, accès aux soins, satisfaction des patients, épisodes d'incontinence et de constipation.

- **Question de recommandation n° 7 :** Faut-il recommander un **protocole intestinal**^G pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Constipation et utilisation de laxatifs.

Remarque : Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des questions de recherche sur la PICR que le comité d'experts a formulées pour orienter les revues systématiques de la littérature et la préparer cette LDPE. Pour en savoir plus sur les questions de recommandation sur la PICR et le détail du processus par lequel le comité d'experts a déterminé les questions et les résultats des recommandations prioritaires, voir l'**annexe D**.

Énoncés de pratiques exemplaires et recommandations

Les recommandations de cette LDPE s'adressent à différents fournisseurs de soins de santé et aux personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation. Les recommandations s'adressant aux personnes souffrant d'incontinence urinaire mettent l'accent sur la promotion de stratégies d'élimination, de la pratique d'activités physiques et d'une approche interprofessionnelle des soins dans les organisations de services de santé. Les recommandations destinées aux personnes souffrant d'incontinence fécale portent sur la consommation de fibres et la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle des soins dans les organisations de soins de santé. Les recommandations s'adressant aux personnes souffrant de constipation mettent l'accent sur la promotion d'un apport adéquat de fibres et de liquides, de l'activité physique, de la mise en place d'un protocole intestinal et d'une approche interprofessionnelle des soins au sein des organisations de services de santé.

Les recommandations fondées sur des données probantes énoncées dans cette LDPE sont applicables à tous les contextes de pratique où les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation ont accès à des services (p. ex., les établissements de soins actifs, de soins de longue durée, de soins primaires, de soins de santé communautaire et de réadaptation).

Cette LDPE ne contient aucune question de recommandation sur la nécessité d'évaluer les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à des interventions. Veuillez vous référer aux énoncés de pratiques exemplaires d'évaluation que le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent appliquer dans leur pratique. Les énoncés de pratiques exemplaires sont considérés comme étant si bénéfiques qu'il serait peu judicieux de procéder à une revue systématique de la littérature pour prouver leur efficacité. Les énoncés obtenus ne sont pas fondés sur une revue systématique, et le degré de certitude ou de fiabilité des données sur lesquelles ils s'appuient ou leur force (conditionnelle ou forte) n'a pas fait l'objet d'une évaluation (12).

Étant donné que la gestion de l'incontinence urinaire par l'activité physique est comprise dans le champ d'application de cette LDPE, le comité d'experts a jugé qu'il était nécessaire de recommander un programme de **rééducation périnéo-sphinctérienne (RPS)**^G. Il existe actuellement des indications et des preuves substantielles selon lesquelles la RPS serait bénéfique aux femmes souffrant d'incontinence urinaire. Par conséquent, cette LDPE intègre **une recommandation**

adoptée^G (13) de la ligne directrice de grande qualité intitulée : *Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women : Management* (Gestion de l'incontinence urinaire et du prolapsus des organes pelviens chez la femme) du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), dont la dernière mise à jour date de juin 2019 (14). Les renseignements sur les modalités d'adoption de la recommandation pour cette LDPE figurent à l'**annexe D**. Soulignons qu'elle est destinée aux membres de l'équipe interprofessionnelle ayant des connaissances et une formation avancées en rééducation périnéo-sphinctérienne.

De plus, aucune question de recommandation n'a été formulée sur les stratégies de formation de base requises pour les programmes d'études ou pour la formation continue et le perfectionnement professionnel du personnel infirmier ou des membres de l'équipe interprofessionnelle dans le domaine du soutien aux personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation. Voir l'**annexe C** pour connaître les **recommandations relatives à la formation**^G que les enseignants, les gestionnaires, les administrateurs et les établissements d'enseignement général et professionnel sont invités à utiliser pour favoriser l'adoption de cette LDPE.

Voir l'**annexe G** et l'**annexe H** pour connaître les algorithmes qui décrivent les énoncés de pratiques exemplaires ainsi que les recommandations pour l'incontinence urinaire, la constipation et l'incontinence fécale, respectivement, figurant dans cette LDPE et qui peuvent être mises en œuvre dans les différents contextes de pratique.

LDPE de l'AIIAO et autres ressources qui vont dans le sens de cette LDPE

D'autres LDPE de l'AIIAO ainsi que des ressources fondées sur des données probantes appuient la mise en application de cette LDPE. Voir l'**annexe B** pour connaître les LDPE de l'AIIAO et d'autres ressources fondées sur des données probantes sur les sujets connexes suivants :

- la formation axée sur les besoins du client;
- les chutes;
- la science et les cadres de la mise en œuvre et les ressources;
- la collaboration interprofessionnelle;
- les soins axés sur les besoins de la personne et de ses proches.

Interprétation des données et énoncés de recommandations

Les LDPE de l'AIIAO sont élaborés selon les méthodes **GRADE^G (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation])** et **CERQual^G (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research [Degré de fiabilité des données recueillies lors de la revue des études qualitatives])**. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la ligne directrice et sur les méthodes GRADE et GRADE-CERQual, voir l'**annexe D**.

Degré de certitude des données

En recherche quantitative, le degré de certitude des données (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (15). L'évaluation du degré de certitude des données est effectuée après avoir fait la synthèse des données relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude des données est établi en tenant compte du degré de certitude des données relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. La méthode GRADE permet de classer le degré global de certitude des données selon qu'il est *élevé, moyen, faible* ou *très faible* (voir le **tableau 1** pour la définition des différentes catégories).

Tableau 1 : Degré de certitude des données

DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est moyen et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est faible et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet escompté se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Tiré de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu; éditeur inconnu], 2013, [consulté le 31 août 2018]. Tableau 5.1. Quality of evidence grades. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.
Reproduction autorisée.

Degré de fiabilité des données

En **recherche qualitative**^G, le degré de fiabilité des données (la mesure dans laquelle les résultats de la revue de la littérature constituent une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié) est établi au moyen des méthodes GRADE-CERQual (ci-après dénommées CERQual) (16). Pour ce qui est des données qualitatives, on évalue globalement le degré de confiance attribué à chaque résultat par rapport à chaque recommandation, le cas échéant. Le CERQual classe le degré de fiabilité des données comme étant *élevé*, *moyen*, *faible* ou *très faible*. Voir le **tableau 2** pour les définitions de ces catégories.

Tableau 2 : Degré de fiabilité des données

DEGRÉ DE FIABILITÉ DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Il est fort probable que le résultat soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Moyen	Il est moyennement probable que le résultat soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Faible	Il est possible que le résultat de la revue de la littérature soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Très faible	Il est difficile de savoir si le résultat de la revue de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.

Source : Tiré de : Lewin S, Booth A, Glenton C, et coll. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. Implement Sci. 2018;13(Suppl 1):1-10. Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach, p. 6. Reproduction autorisée.

Remarque : Le degré de certitude et/ou de fiabilité attribué aux données figure au-dessous de chaque énoncé de recommandation. Pour en savoir plus sur le processus de détermination du degré de certitude et/ou de fiabilité attribué aux données et sur les décisions documentées prises par les méthodologues chargés de l'élaboration de cette ligne directrice de l'AIIAO, voir l'**annexe D**.

Force des recommandations :

Les recommandations peuvent être qualifiées de *fortes* ou de *conditionnelles* selon le degré de *certitude* et/ou de *fiabilité* associé aux différentes études et selon les critères de base suivants (voir la section Discussion sur les données, ci-dessous, pour les définitions) :

- l'équilibre entre les avantages et les inconvénients;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Selon Schunemann et coll., une recommandation forte indique que le comité d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte *pour* l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte *contre* l'intervention) (15). En revanche, une recommandation conditionnelle indique que le comité d'experts pense que les effets désirables l'emportent probablement

sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention), bien qu'il existe une certaine incertitude (15). Le **tableau 3** décrit les implications des recommandations fortes et conditionnelles.

Tableau 3 : Implications des recommandations fortes et conditionnelles

RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les avantages d'une intervention recommandée l'emportent sur les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la plupart des personnes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les avantages de la recommandation sont probablement plus importants que les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à certaines personnes.
<ul style="list-style-type: none"> ■ La plupart des personnes souhaiteraient appliquer la recommandation et un petit nombre de personnes ne le voudraient pas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La plupart des personnes dans cette situation voudraient appliquer la recommandation, mais bon nombre de personnes ne le voudraient pas.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient peu. ■ Il faut tenir compte de la situation, des préférences et des valeurs de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient davantage, ou bien il y a une incertitude quant à leurs valeurs et préférences générales. ■ Il faut examiner plus attentivement que d'habitude la situation, les préférences et les valeurs de la personne.
<ul style="list-style-type: none"> ■ La recommandation peut être adaptée sous forme de politique dans la plupart des situations. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un débat approfondi et la participation de nombreux intervenants seront nécessaires à l'élaboration des politiques. Les politiques sont également plus susceptibles de comporter des différences d'une région à l'autre.

Source : Adaptation de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu; éditeur inconnu], 2013 [consulté le 31 août 2018]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.

Remarque : La force de chaque énoncé de recommandation est indiquée en dessous ainsi que dans le tableau intitulé **Résumé des recommandations**. Pour en savoir plus sur le processus adopté par le comité d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, veuillez consulter **l'annexe D**.

Discussion sur les données

La discussion sur les données qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

1. **Avantages et inconvénients** : Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée comme décrits dans la littérature. Le contenu de cette section ne contient que les études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature.
2. **Valeurs et préférences** : L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé comme définie par le suivi d'une intervention clinique particulière dans une perspective centrée sur la personne. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature et, le cas échéant, des observations et/ou des considérations du comité d'experts.
3. **L'équité dans l'accès aux soins** : L'incidence que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations ou différents établissements et/ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature et, le cas échéant, des observations et/ou des considérations du comité d'experts.
4. **Conclusions du comité d'experts** : Une justification de la raison pour laquelle le comité d'experts a pris la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle.
5. **Notes de pratique** : Renseignements pratiques à l'intention du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle. Cette section peut comprendre des données probantes tirées de la revue systématique de la littérature et/ou d'autres sources (p. ex., le comité d'experts).
6. **Ressources justificatives** : Ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Le contenu figurant dans cette section a été évalué selon cinq critères : accessibilité, crédibilité, qualité, pertinence et actualité de la publication (publication au cours des dix dernières années). Pour en savoir plus sur ce processus et les cinq critères, voir l'**annexe D**. La liste n'est pas exhaustive et l'ajout d'une ressource à l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle est approuvée par l'AIIAO. Il se peut qu'une recommandation ne soit appuyée par aucune ressource justificative connue.

Résumé des recommandations

La présente LDPE remplace les LDPE de l'AIIAO intitulées *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction* (2) et *Prévention de la constipation chez les personnes âgées* (3), dont la dernière mise à jour remonte à 2011.

RECOMMANDATIONS POUR L'INCONTINENCE URINAIRE

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE

Énoncé de pratique exemplaire :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'effectuer une évaluation préliminaire ciblée en collaboration avec la personne souffrant d'incontinence urinaire avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à des interventions.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE. Pour en savoir plus sur cet énoncé de pratique exemplaire, voir la page 36 de la présente LDPE.

RECOMMANDATIONS POUR L'INCONTINENCE URINAIRE

RECOMMANDATIONS POUR L'INCONTINENCE URINAIRE	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<p>Question de recommandation n° 1 : Faut-il recommander des stratégies d'élimination pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?</p> <p>Résultats : Épisodes d'incontinence, qualité de vie et utilisation de produits pour l'incontinence.</p>	
<p>Recommandation 1.1 : Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'encourager l'utilisation de stratégies d'élimination personnalisées chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire.</p>	Forte
<p>Question de recommandation n° 2 : Faut-il recommander l'activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?</p> <p>Résultats : Épisodes d'incontinence et limitations physiques.</p>	
<p>Recommandation 2.1 : Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'encourager les personnes souffrant d'incontinence urinaire à pratiquer une activité physique de faible intensité, dans la mesure où elle est tolérée.</p>	Forte

<p>Question de recommandation pour la recommandation adoptée :</p> <p>Faut-il recommander un programme de rééducation périnéo-sphinctérienne (RPS) aux femmes souffrant d'incontinence urinaire?</p> <p>Résultats : Amélioration des symptômes, satisfaction du patient, qualité de vie liée à la santé, fonction sexuelle, événements indésirables et évaluation anatomique du prolapsus des organes pelviens.</p>	
<p>Recommandation adoptée :</p> <p>Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé proposent aux femmes souffrant d'incontinence urinaire mixte ou d'effort de faire l'essai d'un programme de RPS sous supervision pendant au moins trois mois en tant que traitement de première ligne. Une évaluation exhaustive doit être menée pour déterminer si la RPS peut s'appliquer à ces femmes.</p> <p><i>Il s'agit d'une recommandation adoptée provenant de la ligne directrice intitulée <i>Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women : Management (Gestion de l'incontinence urinaire et du prolapsus des organes pelviens chez la femme)</i> (14).</i></p>	<p>Forte</p>
<p>Question de recommandation n° 3 :</p> <p>Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?</p> <p>Résultats : Qualité de vie, satisfaction du patient et épisodes d'incontinence.</p>	
<p>Recommandation 3.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé adoptent une approche interprofessionnelle dans la prestation de soins aux personnes souffrant d'incontinence urinaire.</p>	<p>Conditionnelle</p>

RECOMMANDATIONS POUR L'INCONTINENCE FÉCALE ET/OU LA CONSTIPATION

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE

Énoncé de pratique exemplaire :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'effectuer une évaluation préliminaire ciblée en collaboration avec la personne souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à des interventions.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE. Pour en savoir plus sur cet énoncé de pratique exemplaire, voir la page 55 de la présente LDPE.

RECOMMANDATIONS POUR L'INCONTINENCE FÉCALE ET/OU LA CONSTIPATION	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<p>Question de recommandation n° 4 : Faut-il recommander la pratique d'une activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?</p> <p>Résultats : Épisodes d'incontinence, de constipation et qualité de vie.</p>	
<p>Recommandation 4.1 : Le comité d'experts recommande que, dans le cadre d'un programme élargi à volets multiples, les fournisseurs de soins de santé encouragent les personnes souffrant de constipation à pratiquer une activité physique de faible intensité pendant environ 30 à 60 minutes (selon leur tolérance) au moins trois fois par semaine pour aider à gérer la constipation.</p>	<p>Forte</p>
<p>Question de recommandation n° 5 : Faut-il recommander un apport suffisant de fibres et/ou de liquides pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?</p> <p>Résultats : Fréquence des selles, consistance des selles, utilisation de laxatifs, épisodes d'incontinence et qualité de vie.</p>	
<p>Recommandation 5.1 : Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé conseillent aux personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation de consommer suffisamment de fibres pour prévenir et gérer leur constipation.</p>	<p>Conditionnelle</p>
<p>Recommandation 5.2 : Le comité d'experts recommande que, dans le cadre d'un programme élargi à volets multiples, les fournisseurs de soins de santé conseillent aux personnes souffrant de constipation de boire suffisamment pour les aider à gérer leur constipation.</p>	<p>Forte</p>
<p>Recommandation 5.3 : Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de préconiser l'utilisation de suppléments de fibres de psyllium chez les personnes souffrant d'incontinence fécale au sein de la collectivité.</p>	<p>Conditionnelle</p>

Question de recommandation n° 6 :

Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Qualité de vie, accès aux soins, satisfaction du patient, épisodes d'incontinence et de constipation.

Recommandation 6.1 :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'adopter une approche interprofessionnelle dans la prestation de soins aux personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Conditionnelle

Question de recommandation n° 7 :

Faut-il recommander un protocole intestinal pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Constipation et utilisation de laxatifs.

Recommandation 7.1 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en pratique un protocole intestinal personnalisable pour gérer la constipation.

Forte



Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Lorsque vous mettrez en pratique les recommandations de cette LDPE, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez suivre et évaluer son application et ses effets.

Le modèle de Donabedian permet d'orienter l'élaboration d'indicateurs servant à évaluer la qualité des soins de santé. Il comprend trois catégories : la structure, le processus et le résultat (Donabedian, 2005).

- La structure décrit les caractéristiques du système de santé ou de l'organisation des services de santé qui sont nécessaires pour assurer la qualité des soins. Elle comprend les ressources physiques, humaines, financières et de l'information.
- Le processus consiste à examiner les soins de santé fournis aux personnes ou aux populations afin d'en évaluer la qualité.
- Les résultats permettent d'analyser l'effet de la qualité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations, du personnel de santé, des organisations de services de santé ou des systèmes de santé (Donabedian, 2005).

Pour en savoir plus, voir la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition* de l'AIIAO (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2012).

Les mesures suivantes ont été élaborées pour soutenir l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins au moyen des Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® [Indicateurs de qualité des soins infirmiers pour le signalement des constatations et l'évaluation] (NQUIRE®). Le **tableau 4** présente les indicateurs de processus servant à évaluer les recommandations de la LDPE relatives à l'incontinence urinaire. Le **tableau 5** présente les indicateurs de processus servant à évaluer les recommandations de la LDPE relatives à l'incontinence fécale et/ou à la constipation. Le **tableau 6** présente les indicateurs de résultats servant à évaluer les effets de la mise en pratique de la LDPE. Chaque tableau indique également si l'indicateur s'aligne sur d'autres indicateurs dans des référentiels de données et/ou instruments externes. Si l'indicateur correspond exactement à un ou plusieurs indicateurs provenant d'autres référentiels de données et/ou instruments externes, alors l'indicateur est considéré comme parfaitement aligné.

Il est important d'évaluer les changements apportés par les pratiques fondées sur des données probantes lors de la mise en application pratique d'une LDPE. Sélectionnez les indicateurs les plus pertinents pour le contexte de la pratique. Les indicateurs suivants contribueront à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation.

Tableau 4 : Indicateurs de processus pour l'évaluation des recommandations sur l'incontinence urinaire

RECOMMANDATION	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
Énoncé de pratique exemplaire	<p>Pourcentage de personnes souffrant d'incontinence urinaire ayant fait l'objet d'une évaluation préliminaire ciblée avant le début des soins.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes souffrant d'incontinence urinaire ayant fait l'objet d'une évaluation préliminaire ciblée avant le début des soins.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant d'incontinence urinaire.</i></p>	Nouveaux
Recommandation 1.1	<p>Pourcentage de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont le dossier indique qu'on leur a proposé de suivre un horaire personnalisé de déclenchement de la miction à la suite d'une évaluation de l'incontinence urinaire.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont le dossier indique qu'on leur a proposé de suivre un horaire personnalisé de déclenchement de la miction à la suite d'une évaluation de l'incontinence urinaire.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont le dossier indique qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation de l'incontinence urinaire.</i></p>	<p>Full Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set [Instrument d'évaluation exhaustive des résidents – Ensemble minimal de données] (RAI-MDS)</p> <p>Partial Nursing Quality Indicators for Reporting® and Evaluation [Indicateurs partiels de la qualité des soins infirmiers pour le signalement des constatations et l'évaluation] (NQuIRE®).</p>

RECOMMANDATION	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Recommandation 1.1</p>	<p>Pourcentage de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont le dossier indique qu'on leur a proposé de suivre un programme de rééducation vésicale à la suite d'une évaluation de l'incontinence urinaire.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont le dossier indique qu'on leur a proposé de suivre un programme de rééducation vésicale à la suite d'une évaluation de l'incontinence urinaire.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont le dossier indique qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation de l'incontinence urinaire.</i></p>	<p>Nouveaux</p>
<p>Recommandation 2.1</p>	<p>Pourcentage de personnes souffrant d'incontinence urinaire ayant reçu une formation sur la pratique d'une activité physique de faible intensité.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes souffrant d'incontinence urinaire ayant reçu une formation sur la pratique d'une activité physique de faible intensité.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont le dossier indique qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation de l'incontinence urinaire.</i></p>	<p>Nouveaux</p>

Tableau 5 : Indicateurs de processus pour l'évaluation des recommandations sur l'incontinence fécale et/ou la constipation.

RECOMMANDATION	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Énoncé de pratique exemplaire</p>	<p>Pourcentage de personnes souffrant de constipation et/ou d'incontinence fécale qui ont fait l'objet d'une évaluation préliminaire ciblée avant le début des soins.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes souffrant de constipation et/ou d'incontinence fécale qui ont fait l'objet d'une évaluation préliminaire ciblée avant le début des soins.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant de constipation et/ou d'incontinence fécale.</i></p>	<p>Nouveaux</p>
<p>Recommandation 4.1</p>	<p>Pourcentage de personnes souffrant de constipation ayant reçu une formation sur la pratique d'une activité physique de faible intensité à la suite d'une évaluation de la constipation.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes souffrant de constipation ayant reçu une formation sur la pratique d'une activité physique de faible intensité à la suite d'une évaluation de la constipation.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant de constipation dont le dossier indique qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation de la constipation.</i></p>	<p>Nouveaux</p>

RECOMMANDATION	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Recommandation 5.2</p>	<p>Pourcentage de personnes souffrant de constipation ayant reçu une formation sur l'apport hydrique adéquat à la suite d'une évaluation de la constipation.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes souffrant de constipation ayant reçu une formation sur l'apport hydrique adéquat à la suite d'une évaluation de la constipation.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant de constipation dont le dossier indique qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation de la constipation.</i></p>	<p>Nouveaux</p>
<p>Recommandation 7.1</p>	<p>Pourcentage de personnes souffrant de constipation qui ont reçu des soins dans le cadre d'un protocole intestinal personnalisé à la suite d'une évaluation de la constipation.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes souffrant de constipation qui ont reçu des soins dans le cadre d'un protocole intestinal personnalisé à la suite d'une évaluation de la constipation.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant de constipation dont le dossier indique qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation de la constipation.</i></p>	<p>NQUIRE^{MD} partiels</p>

Tableau 6 : Indicateurs des résultats

INDICATEURS DES RÉSULTATS	INDICATEURS DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Pourcentage de personnes dont l'évaluation ciblée a montré que leur incontinence urinaire s'est aggravée depuis leur précédente évaluation.</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont l'évaluation ciblée a montré que leur état s'est aggravé depuis l'évaluation préliminaire.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant d'incontinence urinaire dont le dossier indique qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation préliminaire et d'une évaluation ciblée de l'incontinence urinaire.</p>	<p>RAI-MDS complets</p> <p>NQuIRE^{MD} complets</p> <p>Partial Health Quality Ontario [Qualité des services de santé Ontario partiel] (HQO) – Retiré</p> <p>Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) complet</p>
<p>Pourcentage de personnes qui n'ont pas été à la selle au cours des trois derniers jours.</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes qui n'ont pas été à la selle au cours des trois derniers jours.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes.</p>	<p>RAI-MDS partiels</p>
<p>Pourcentage de personnes ayant reçu un ou plusieurs traitements pharmacologiques pour gérer leur constipation, soit au cours de leur admission/soins, soit au cours de la période de collecte des données consécutive à une évaluation de la constipation.</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes ayant reçu un ou plusieurs traitements pharmacologiques pour gérer leur constipation, soit au cours de leur admission/soins, soit au cours de la période de collecte des données consécutive à une évaluation de la constipation.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes souffrant de constipation dont le dossier indique qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation de la constipation.</p>	<p>NQuIRE^{MD} complets</p>

Autres ressources de l'AIIO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE, dont les suivantes :

- **Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation**[®] [indicateurs de qualité en soins infirmiers pour le signalement des constatations et l'évaluation](NQuIRE^{MD}) : système unique de données en soins infirmiers hébergé par l'International Affairs and Best Practice Guideline Centre [le centre des affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires] qui permet aux Best Practice Spotlight Organizations^{MD} (OVPE^{MD}) [organisations vedettes des pratiques exemplaires (OVPE)] de mesurer les effets de la mise en application des LDPE par les OVPE dans le monde. Le système de données NQuIRE recueille, compare et présente des données sur les indicateurs de résultats et les processus fondés sur la ligne directrice pour les soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des mesures de rendement existantes, lorsque c'est possible, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres systèmes de mesure du rendement nouveaux ou existants, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas aux fournisseurs de soins appropriés et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système international de données NQuIRE vise à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes, à renforcer la sécurité des patients, à améliorer les résultats chez les patients et à inciter le personnel à faire ressortir les liens entre la pratique et les résultats afin d'améliorer la qualité des soins et de préconiser les ressources et les politiques qui favorisent les changements en faveur des pratiques exemplaires (19). Pour en savoir plus, [voir www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire).
- **BPG Order Sets**^{MD G} [Modèles d'ordonnance en soins infirmiers]. Intégrés aux dossiers électroniques, ces modèles fournissent un mécanisme de saisie électronique des données provenant des mesures liées au processus. La capacité de lier les mesures relatives à la structure et au processus à des mesures spécifiques des résultats chez les clients aide à déterminer les effets de la mise en application de la LDPE sur des résultats précis en matière de santé. Pour en savoir plus, voir la page Web <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire>.

Équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Nafsin Nizum, IA, maîtrise en soins infirmiers Responsable de l'élaboration de la ligne directrice

Responsable principale, Élaboration de la ligne directrice et recherche, Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Greeshma Jacob, IA, M.Sc. inf.

Méthodologue de l'élaboration de la ligne directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Megan Bamford, IA, M.Sc. inf.

Ex-directrice associée, Élaboration et évaluation des lignes directrices
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Verity Scott, B.Sc.

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice (de septembre 2019 à août 2020)
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Glynis Gittens, B.A. (hon.)

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice (de septembre 2019 à août 2020 et de septembre 2020 à décembre 2020)

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Christina Medeiros, IA, B.Sc.Inf., baccalauréat en éducation physique et en éducation de la santé, B.Ed., maîtrise en soins infirmiers, candidate au doctorat

Responsable principale, évaluation et suivi
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Stephanie Voong, IA., MHI

Spécialiste de l'amélioration de la qualité
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Freda Poirier, IA, B.Sc.Inf., CSIG(C)

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée

Programme des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Saima Shaikh, IA

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée

Programme des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Heather Woodbeck, IA, B.Spéc.Sc.Inf., MHSA

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée

Programme des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Shanoja Naik, Ph. D., MPhil, M.Sc., B.Ed., B.Sc.

Spécialiste des données/statisticienne
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Doris Grinspun, IA, M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D.
(hon.), FAAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale,
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Remerciements

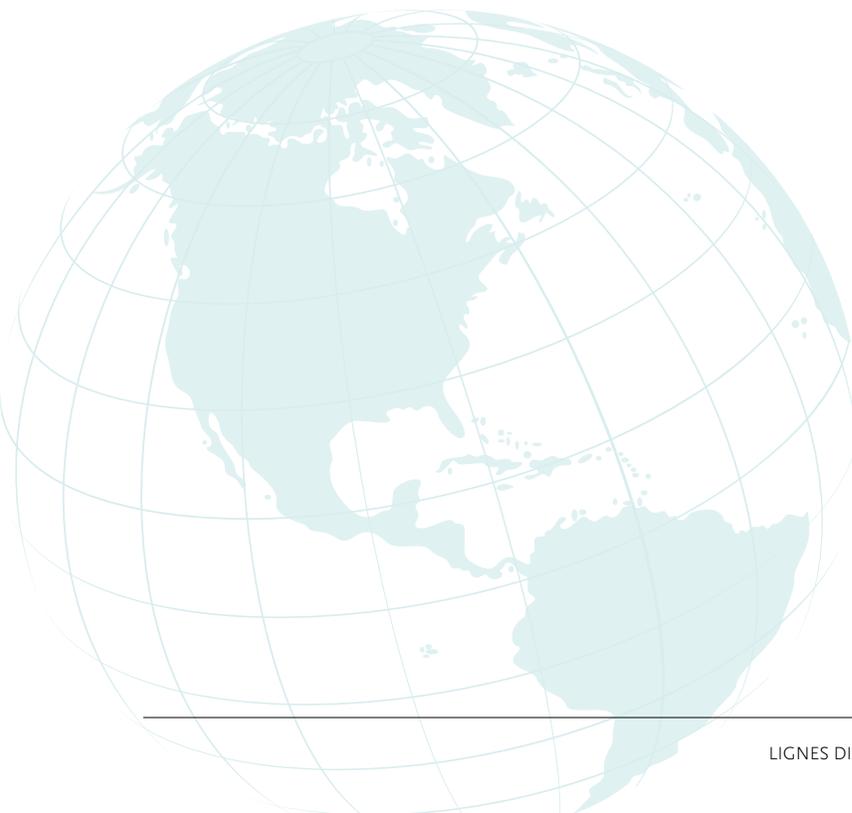
L'examen externe a été effectué par :

Nancy Santesso, Dt.P., M. Bibl., Ph. D.

Professeure adjointe
Department of Health Research Methods, Evidence and Impact,
McMaster University
Directrice adjointe, Cochrane Canada
Hamilton (Ontario)

La recherche systématique a été effectuée par :

UHN HealthSearch



Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIIAO

Kathleen Hunter, Ph. D., IA, IP, CSIG(C), ICC

Coprésidente du comité d'experts

Professeure

Université de l'Alberta

Edmonton (Alberta)

Jennifer Skelly, IA, M.Sc.S, M.Sc., Ph. D.

Coprésidente du comité d'experts

Professeure agrégée, McMaster University

Directrice, Nurse Continence Advisor Program,

McMaster University School of Nursing

Hamilton (Ontario)

Katharine Burt, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.

Responsable clinique nationale

Essity Canada

Minden (Ontario)

Jacqueline Cahill, B.Sc.

Directrice générale

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes

(Canada)

Peterborough (Ontario)

Sinéad Dufour, PT, Ph. D.

Directrice des soins pelviens, The World of

My Baby (WOMB)

Professeure clinique adjointe, Université McMaster

Hamilton (Ontario)

Derick Fage

Ambassadeur

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes

(Canada)

Ottawa (Ontario)

Niki Grady, B.Sc.Inf., ISPSCC, MCISC (soins des plaies), ICC

Enseignante clinique/ISPSCC/conseillère académique

Victorian Order of Nurses

Windsor (Ontario)

Linda Hewitt, PSSP

Préposée aux services de soutien à la personne

F.J. Davey Home

Sault-Sainte-Marie (Ontario)

Kimberly LeBlanc, Ph. D., IA, ISPSCC, WOCC (C), FCAN

Présidente, Wound Ostomy Continence Institute

Association des infirmiers(ères) spécialisé(e)s en soin des plaies, des stomies et de la continence

Infirmière de pratique avancée et de thérapie

entérostatique certifiée, KDS Professional Consulting

Ottawa (Ontario)

Andrea McWatters, IAA

IAA clinicienne

William A. George Extended Care

Sioux Lookout (Ontario)

Mary Nelson, B.Sc.Ph., RPh

Pharmacienne clinicienne

Burlington Family Health Team

Burlington (Ontario)

Melissa Northwood, IA, Ph. D., CSIG(C), ICC

Professeure adjointe, École des sciences infirmières

Université McMaster

Hamilton (Ontario)

Laura Robbs, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., ISPSCC, WOCC(C), ICC

Infirmière clinicienne spécialisée

Urology Resource Center, Burlington Urology

Conseillère académique, WOC Academy

Etobicoke (Ontario)

Remerciements

L'AIIAO tient à remercier la D^{re} Donna Federkow de sa contribution à la classification par ordre de priorité des questions de recommandation et des résultats pour cette LDPE.

Remerciements aux intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de cette ligne directrice, les participants ont fait part de leurs commentaires sur un large éventail d'organisations de services de santé, d'établissements d'enseignements et de domaines et secteurs de pratique. Les participants sont notamment des membres du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des personnes expérimentées et des administrateurs compétents. Des **intervenants**^G représentant divers points de vue ont également été invités à donner leur avis (voir l'**annexe D**). Les intervenants qui ont participé à la révision de la LDPE ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans la présente LDPE.

L'AIIO souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de cette LDPE.

Maria Alejandro, IAA

Infirmière soignante
St. Joseph's Health Centre
Toronto (Ontario)

Leyya Ali, RPh, EAD, BCGP

Pharmacienne
Metro Ontario Pharmacies
Burlington (Ontario)

Denise Armstrong, PSSP

Préposée aux services de soutien à la personne
Personal Attendant Care Inc.
Durham (Ontario)

Laurel Augruso, Dt. P.

Diététiste clinicienne
Pioneer Ridge Long-Term Care Home
Thunder Bay (Ontario)

Donna Bliss, Ph. D., IA, FGSA, FAAN

Professeure
University of California School of Nursing
Minneapolis (Minnesota)

Ashley Brown, IAA

Behavioural Supports Ontario Chatham-Kent LTC
Lead Team
Leamington Mennonite Home
Chatham (Ontario)

Jennifer Burke, IA, BA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Enseignante en soins infirmiers cliniques, Programme de médecine
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough (Ontario)

Will Byker, IA

Infirmier autorisé
University Health Network, Toronto General Hospital
Toronto (Ontario)

Jean Clark, IA, CIC

Directrice, Soutien clinique
Revera
Ridgetown (Ontario)

Idevania Costa, IA, ISPSCC, M.Sc.Inf., Ph. D.

Professeure adjointe
School of Nursing, Lakehead University
Thunder Bay (Ontario)

Keri Coulson, IA, B.Sc.Inf., WOCC(C)

Infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence
Nova Scotia Health Authority
Truro (Nouvelle-Écosse)

Lindsay Couture, PSSP

Propriétaire du Oakwood Home Healthcare
Membre du conseil du président, OPSWA
Ajax (Ontario)

Jennifer Cowan, IA (cat. spéc.), M.Sc. Inf., IP-SSP, ISPSCC (c)

Infirmière praticienne en soins de santé primaires
Brockton Area and Kincardine Family Health Team
Chesley/Paisley (Ontario)

Allison D’Hondt, IA, M.Sc., CSIG(C), IHWCC

Infirmière clinicienne spécialisée
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Lucy Doan, M.Sc.Inf., IP-SSP

Infirmière praticienne boursière
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Xinman Dou, IA, M.Sc. Inf., Ph. D.

Directrice
Lanzhou University Second Hospital
Lanzhou (Chine)

Ericha Duke, IA

Infirmière soignante
Bruyere Continuing Care
Ottawa (Ontario)

Spencer Erb, IA

St Joseph’s Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Erin Ferguson, IA, M.Sc. Inf., B.Sc.Inf., CSIG(C), ICSP(C)

Infirmière autorisée
Sudbury (Ontario)

Amy Firlotte, PSSP

Préposée aux soins personnels
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Oshawa (Ontario)

Catherine Galbraith, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Peterborough (Ontario)

Shirley Georgas

Intervenante expérimentée
Edmonton (Alberta)

Erin Gisborne, IA

Enseignante en soins infirmiers cliniques
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie (Ontario)

Mary “Kristi” Gow, IA

Infirmière-ressource en soins cliniques
Bay Haven Care Community
Collingwood (Ontario)

Kathy Greig, IAA, CSIG(C)

Infirmière soignante
Scarborough Health Network
Toronto (Ontario)

Aleksandra Grzeszczuk, IA, B.Sc.Inf., CSIG(C)

Directrice des soins
Tullamore Care Community
Brampton (Ontario)

Jennifer Harris

Intervenante expérimentée
Ottawa (Ontario)

Morgan Hoffarth, IA, M. Sc. Inf.

Coordonnatrice
St. Joseph’s Health Care de London
London (Ontario)

Patricia Howlett, IA

Directrice du soutien clinique en soins de longue durée
Medline | Medical Mart
Cambridge (Ontario)

Peggy Hughes, B.Sc.Inf., IA, M.Sc.Inf.

Chef de la pratique professionnelle
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ontario)

Shannon Kift, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière de recherche
Lakeridge Health
Oshawa (Ontario)

Kanika Kohli, B.Sc.Inf., IA, M.Sc.Inf.

Victorian Order of Nurses
Stratford (Ontario)

Jennifer Kyere, MPT

Physiothérapeute/directrice adjointe des services cliniques pour la santé des personnes âgées
William Osler Health System
Brampton (Ontario)

Vickie Lacroix, B.Sc.Inf., IA, ICMC

Enseignante en soins infirmiers
Montfort Hospital
Ottawa (Ontario)

Lisa Lallion, IA, M.Sc.Inf., ICMC(C)

Coordinatrice des soins
Central Local Health Integrated Network
Toronto (Ontario)

Madeline Logan-John-Baptiste, B.Sc. Inf., M.B.A., CHE

Responsable de la circulation des patients et de l'équipe de ressources en soins infirmiers
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Vanessa Maradiaga Rivas, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Revera
Hannon (Ontario)

Laura Martin Losada, IA, M. Sc. Inf., Ph. D. (c)

Infirmière clinicienne
Hospital de Guadarrama
Guadarrama, Madrid, Spain

Yaisa McCarthy, M. Sc. Inf, B.Sc.Inf., IA

Infirmière gestionnaire
City of Toronto
Toronto (Ontario)

Jessica Menard, IA

Infirmière conseillère, soins palliatifs et de soutien
The Ottawa Hospital
Ottawa (Ontario)

Lauren Minielly, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
St. Joseph's Hospice
Sarnia (Ontario)

Susan Ng, IA, M.Sc.Inf., ICSP(C)

Infirmière-conseil en soins cliniques
Hospice Palliative Care Teams
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ontario)

Charity Okpara, IA, M. Sc. Inf.

IA soignante
North York General Hospital
Toronto (Ontario)

Jennifer Oteng, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CSIG(C), ICC

Représentante de la région du Centre
Canadian Nurse Continence Advisor Association
Hamilton (Ontario)

Valentina Popov, IA

Infirmière visiteuse autorisée, soins palliatifs
Saint Elizabeth Health Care
Toronto (Ontario)

Jenna Puk, IA, B.Sc.Inf., B.Sc. (hon.)

Infirmière autorisée
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie (Ontario)

Nitha Reno, IA, M.Sc. Inf., CSIG(C), ICSP(C)

Chef de pratique clinique
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby (Ontario)

Myat Sandar, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
The Ottawa Hospital
Ottawa (Ontario)

Rebecca Schmidtke, IA

Infirmière autorisée
Queensway Carleton Hospital
Ottawa (Ontario)

Siyu (Susan) Shen, RPh

Pharmacienne
Trillium Health Partners
Burlington (Ontario)

Calvina Shum, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Michael Garron Hospital
Toronto (Ontario)

Sara Stahl, B.Sc.Inf., IA, IIWCC

Infirmière autorisée, coordinatrice des soins infirmiers cliniques
Prince Albert (Saskatchewan)

Amy Stewart, IA, ISPSCC

Infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence
SE Health
Kingston (Ontario)

Susanne Swayze, IAA

Infirmière soignante
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Carnelle Symes, M.Sc. Inf, B.Sc.Inf., B.A., IA, CCNE

Instructrice en soins infirmiers
Red Deer College
Red Deer (Ontario)

Denise Taylor, PT, B. Sc. PT, maîtrise en santé publique

Responsable de la pratique professionnelle de la physiothérapie
St. Joseph's Care Group
Thunder Bay (Ontario)

Carolyn Thomas, IA

Directrice des soins infirmiers
Wentworth Lodge
Hamilton (Ontario)

Robert Vukovich, PharmD, RPh

Pharmacien conseil en soins cliniques
Centric Health Corporation
Burlington (Ontario)

Michelle Young, IA, ISPSCC (étudiante)

Infirmière autorisée
Parkwood Institute
London (Ontario)

Contexte

Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire désigne la perte involontaire d'urine (6). L'incontinence urinaire peut être causée par des facteurs physiologiques, mécaniques et médicaux, comme la faiblesse des muscles pelviens, le diabète, la prise de certains médicaments, la constipation et une infection de la vessie (8). Environ 3,3 millions de Canadiens et de Canadiennes souffrent d'incontinence urinaire, et ce nombre devrait augmenter en raison de l'accroissement de la proportion de la population âgée de 65 ans et plus (20). Soulignons que l'incontinence urinaire n'est pas un aspect normal du vieillissement, mais que les changements physiologiques associés au processus naturel de vieillissement peuvent contribuer à l'incontinence (20). À titre d'exemple, la diminution des taux d'oestrogènes chez les femmes au fur et à mesure qu'elles vieillissent peut entraîner de l'incontinence (20).

L'incontinence urinaire est plus fréquente chez les femmes, où les taux d'incidence se situent entre 10 % et 58 %, comparativement à des taux se situant entre 3 % et 11 % chez les hommes (21). Une cause fréquente d'incontinence urinaire chez les femmes est l'amincissement et l'assèchement de la peau du vagin ou de l'urètre, surtout après la ménopause (8). Les causes courantes de l'incontinence urinaire chez les hommes sont notamment une hypertrophie de la prostate ou un antécédent de chirurgie de la prostate, qui rend les nerfs et les muscles de la vessie, de l'urètre ou du sphincter vulnérables aux lésions (8, 22). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, 79 % des résidents en établissements de soins de longue durée de l'Ontario souffrent d'incontinence urinaire (23).

Les formes les plus courantes d'incontinence urinaire (incontinence d'effort, incontinence par impériosité, incontinence mixte et incontinence fonctionnelle) sont décrites ci-dessous. Il en existe d'autres. Les indications cliniques qui ne relèvent pas des formes courantes d'incontinence justifient que le patient soit recommandé à un spécialiste de la continence pour une évaluation et une prise en charge plus poussées.

Incontinence d'effort : Perte involontaire d'urine due à une augmentation soudaine de la pression intra-abdominale lors d'un effort physique, notamment en toussant, en éternuant, en riant, en se levant d'une chaise, en soulevant un objet ou en faisant de l'exercice (6, 8).

Incontinence par impériosité : Perte involontaire d'urine qui se produit lorsque survient une envie soudaine et impérieuse d'uriner et que la vessie se contracte et se vide de manière involontaire (6, 8).

Incontinence mixte : Perte involontaire d'urine associée à l'impériosité et à l'effort physique (p. ex., toux ou éternement) (6).

Incontinence fonctionnelle : Forme d'incontinence urinaire qui survient lorsqu'une personne qui contrôle normalement ses urines a de la difficulté à se rendre à temps à la toilette parce qu'elle vit dans des conditions qui rendent ses déplacements difficiles (comme une mobilité réduite). Elle est également connue sous le nom « d'incontinence due à un handicap » (6, 8).

Vivre avec l'incontinence urinaire peut avoir un impact négatif sur divers aspects de la qualité de vie liée à la santé d'une personne. Les conséquences physiologiques de l'incontinence urinaire sont notamment une prédisposition aux lésions cutanées (telles que la dermatite liée à l'incontinence causée par l'humidité) et les chutes résultant de l'urgence d'aller à la toilette (21, 24). Vivre avec une incontinence urinaire peut également avoir un impact négatif sur la santé psychologique et le fonctionnement social d'une personne. Les sentiments de tristesse, de colère, de gêne ou de dépression liés à l'incontinence peuvent miner la confiance en soi et amener la personne incontinente à éviter les rencontres et les interactions sociales (21). De plus, les préoccupations liées à l'incontinence urinaire peuvent influencer négativement sur la fonction sexuelle et les relations intimes (25).

Incontinence fécale

L'incontinence fécale désigne la perte involontaire de matières fécales (26). L'incontinence fécale peut être causée par de multiples conditions médicales, comme la constipation, une lésion ou une faiblesse musculaire, une lésion nerveuse, une maladie neurologique, une perte d'élasticité du rectum, des hémorroïdes ou un prolapsus rectal (7). On estime que 1 % des personnes de moins de 65 ans et que de 4 % à 7 % des personnes de plus de 65 ans souffrent d'incontinence fécale (27). Au Canada, des études ont montré que la prévalence de l'incontinence fécale varie de 2 % dans les milieux communautaires à 8 % pour cent chez les femmes en post-partum (28, 29). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, 60 % des résidents en établissement de soins de longue durée de l'Ontario souffrent d'incontinence fécale (23).

Il existe différentes formes d'incontinence fécale.

Incontinence fécale passive : Perte involontaire de selles qui se produit sans signe avant-coureur. Une petite quantité de salissures et des suintements entre les fesses ou sur une petite serviette ou un sous-vêtement sont les symptômes d'une incontinence fécale passive mineure. L'incontinence fécale passive est souvent associée à un dysfonctionnement du sphincter anal interne, tandis que l'incontinence fécale par impériosité est souvent associée à un dysfonctionnement du sphincter anal externe (26).

Incontinence fécale par impériosité : Incapacité de différer la défécation assez longtemps pour se rendre à la toilette lorsque l'envie se fait sentir. Cependant, comme la distance à parcourir pour se rendre à une toilette est variable, cette forme d'incontinence fécale, qui dépend des circonstances, échappe à tout contrôle (26).

Incontinence fécale fonctionnelle : Perte involontaire de selles due à une limitation de la mobilité, à la manipulation des vêtements, à l'incapacité de se rendre à la toilette ou à un délai trop long avant de recevoir de l'aide pour se rendre à la toilette (26).

Vivre avec une incontinence fécale peut entraîner une détresse émotionnelle et sociale, comme la peur, la gêne, l'isolement social, la colère ou la dépression et la perte d'estime de soi (7). La qualité de vie peut être altérée par des perturbations dans les activités quotidiennes, comme l'impossibilité de faire de l'exercice, de travailler, de fréquenter l'école ou de rencontrer des gens (7).

Constipation

La constipation désigne le passage difficile ou peu fréquent des selles (moins de trois selles par semaine) (4). La prévalence de la constipation varie, allant de 2 % à 35 % de la population (4), et pouvant toucher jusqu'à 74 % des personnes âgées en établissement de soins de longue durée (30). Les femmes sont deux à trois fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de constipation (31).

La constipation peut être aiguë ou chronique (si elle dure plus de trois mois), et elle peut survenir à la suite d'effets secondaires de médicaments et/ou de maladies neurologiques ou systématiques (5). La forme de constipation la plus fréquente est la constipation fonctionnelle, pour laquelle il n'existe pas de cause sous-jacente (5). La prévention et la prise en charge sont toutes deux essentielles, car la constipation peut avoir un impact sur la santé et le bien-être général en raison de la douleur, de l'isolement social et de l'anxiété qu'elle est susceptible de provoquer (32).

Impact financier de l'incontinence urinaire et fécale

En plus de leurs conséquences physiques, psychologiques et sociales, l'incontinence urinaire et fécale coûte aux Canadiens et aux Canadiennes plus de 8,5 milliards \$ par année (33). Une personne souffrant d'incontinence dépense en moyenne de 1 400 \$ à 2 100 \$ par année en fournitures pour incontinence (33). De plus, les employeurs canadiens perdent chaque année plus de 11,5 jours-personnes de travail et plus de 2 milliards \$ de perte de productivité en raison de l'incontinence urinaire et fécale chez les employés (33). L'incontinence urinaire est également l'un des principaux prédicteurs du passage des personnes âgées d'un mode de vie autonome au sein de la collectivité à un établissement de soins de longue durée (33). L'incontinence augmente le risque d'hospitalisation de 30 %, ce qui accroît la pression financière sur le système de soins de santé (33).

Atténuer les préjugés liés à l'incontinence urinaire et fécale

L'incontinence urinaire et fécale est un sujet tabou auquel se rattachent généralement un grand nombre de préjugés (34, 35). La peur et la honte qui en découlent font que bon nombre de personnes préfèrent souffrir en silence plutôt que de chercher de l'aide médicale (33, 34). Seuls un quart des hommes et des femmes souffrant d'incontinence consultent un fournisseur de soins de santé, car la plupart des incontinents sont gênés de consulter ou supposent que l'incontinence fait partie du processus normal du vieillissement (33). Une étude montre que plus de la moitié des résidents en établissement de soins de longue durée souffrant d'incontinence fécale s'abstiennent de demander de l'aide parce qu'ils ont honte ou qu'ils n'attendent pas grand-chose de ce qui peut être fait (34). Par ailleurs, les personnes qui ont consulté un fournisseur de soins de santé ont attendu en moyenne six mois avant de se décider à le faire (34).

Il est important de s'attaquer à l'incontinence et d'éliminer la honte et les préjugés qu'elle engendre afin que les personnes concernées puissent obtenir un diagnostic et un traitement en temps utile. La sensibilisation des fournisseurs de soins de santé à l'incontinence urinaire et fécale peut contribuer à éliminer les obstacles auxquels se heurtent les personnes qui demandent et reçoivent des soins.

Promouvoir des soins de qualité pour les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et de constipation

L'incontinence urinaire, l'incontinence fécale et la constipation sont étroitement liées, car elles peuvent influencer l'une sur l'autre. La constipation est un facteur de risque prédisposant à l'incontinence urinaire et fécale (7, 8). L'incontinence urinaire et l'incontinence fécale peuvent aller de pair. On parle alors d'incontinence double. Cette forme d'incontinence entraîne des effets négatifs plus importants sur la qualité de vie liée à la santé (36). L'incontinence double touche de 1,7 % à 24 % des femmes qui vivent dans la collectivité et peut toucher jusqu'à 69,2 % des résidents des établissements de soins de longue durée (36). L'incontinence fécale et la constipation peuvent également aller de pair. Les personnes qui souffrent de constipation sont plus susceptibles que les autres de développer une incontinence fécale (37). Par conséquent, il est essentiel de prévenir et de gérer ces pathologies en temps utile pour éviter les effets en cascade sur la santé.

La promotion de la **continence**^G et la prestation de soins de qualité aux personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation requièrent une approche globale. Le renforcement de la sensibilisation et des connaissances des fournisseurs de soins de santé est une condition nécessaire pour atténuer les préjugés associés à l'incontinence urinaire et fécale et réduire davantage leur impact sur la santé psychologique et le fonctionnement social des personnes qui en sont atteintes. Au niveau organisationnel, des politiques, des ressources et une formation appropriées à l'appui des connaissances et des compétences des fournisseurs de soins de santé sont essentielles pour évaluer et gérer l'incontinence urinaire, l'incontinence fécale et la constipation. Enfin, il est essentiel de modifier les pratiques en fonction des données probantes, d'une approche centrée sur le patient et visant à réduire l'utilisation des produits pour l'incontinence pour favoriser un bien-être optimal.

Conclusion

La présente LDPE fournit des recommandations de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes ainsi que des ressources qui ont pour but d'aider les organisations de services de santé et les membres de l'équipe interprofessionnelle à soutenir les personnes de 18 ans et plus qui souffrent d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation dans les différents contextes de soins de santé (p. ex., soins actifs, soins de longue durée, soins de santé communautaire, soins primaires et réadaptation). Cette LDPE vise globalement à améliorer la qualité des soins, à atténuer les préjugés et à promouvoir de manière proactive l'obtention de résultats positifs pour la santé des personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Recommandations pour l'incontinence urinaire

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'effectuer une évaluation préliminaire ciblée en collaboration avec la personne souffrant d'incontinence urinaire avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à des interventions.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (12). Effectuer une évaluation préliminaire avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à une intervention quelconque est une norme de pratique professionnelle (38). À ce titre, procéder à une évaluation préliminaire ciblée des personnes souffrant d'incontinence urinaire est une pratique exemplaire et une condition préalable à l'élaboration d'un plan de soins et à la prestation de soins infirmiers et d'autres formes d'interventions. Cet énoncé de pratique exemplaire s'applique à tous les contextes de pratique où les personnes atteintes d'incontinence urinaire ont accès à des services, tels que les soins aigus, les soins de longue durée, les soins primaires, les soins de santé communautaire ou la réadaptation.

Des examens de routine effectués par les fournisseurs de soins de santé ciblant directement l'incontinence urinaire peuvent contribuer à établir un diagnostic précis de cette affection. L'identification de la forme d'incontinence dont souffre la personne (incontinence d'effort, incontinence par impériosité, incontinence mixte ou incontinence fonctionnelle) et des causes sous-jacentes ou des facteurs contributifs de l'incontinence permet d'orienter le plan de soins et de faciliter la recherche d'interventions appropriées (39). L'évaluation préliminaire permet également de sélectionner les constatations qui doivent être communiquées au membre approprié de l'équipe de soins interprofessionnelle et/ou à un spécialiste de la continence pour une évaluation plus approfondie.

Les éléments ci-dessous, adaptés des recommandations de la Société internationale de la continence (ICS) et validés par le comité d'experts, peuvent servir à orienter une évaluation préliminaire de l'incontinence urinaire (39) :

1. Obtenir les antécédents médicaux de la personne afin de déterminer avec précision la forme d'incontinence et les éventuelles causes sous-jacentes.
2. Obtenir un journal mictionnel de la personne concernée afin d'évaluer la fréquence des épisodes d'incontinence et le volume évacué à chaque miction.
3. Évaluer l'impériosité urinaire à l'aide de questionnaires validés.
4. Utiliser des bandelettes réactives pour l'analyse d'urine comme outil de dépistage permettant une évaluation approfondie de la **glycosurie**^G, de l'**hématurie**^G, de la **protéinurie**^G et de la **pyurie**^G conformément aux politiques et procédures du contexte local.
5. Mesurer le volume du résidu post-mictionnel (RPM) dans les minutes qui suivent la miction, soit en calculant le volume de la vessie au moyen d'un échographe portable, soit par cathétérisme d'entrée et de sortie (sauf indication contraire).

Voir le **tableau 7** sous les notes de pratique (ci-dessous) pour obtenir des précisions du comité d'experts sur chacune de ces mesures.



Attention : Les bandelettes d'analyse d'urine ne doivent pas être utilisées pour diagnostiquer une infection des voies urinaires (IVU).

L'énoncé du comité d'experts ci-dessus est conforme à la recommandation suivante de Choisir avec soin Canada : « Ne pas procéder à des tests d'urine par bâtonnet ou ne pas envoyer d'échantillons d'urine aux fins de culture à moins que des symptômes affectant les voies urinaires ne soient présents » (1). La recommandation indique que les tests d'urine par bandelettes ne doivent être effectués qu'en présence de symptômes d'IVU tels que gêne urinaire, fréquence anormale, impériosité, douleur supra-pubienne, douleur au flanc ou fièvre. Ces tests révèlent souvent la présence de bactéries dans l'urine sans que des symptômes ne soient localisés dans le tractus génito-urinaire. Ainsi, le fait de surtester et de traiter les bactériuries asymptomatiques avec des antibiotiques peut entraîner un risque accru de diarrhée et d'infection par *Clostridium difficile*. La surutilisation des antibiotiques contribue à accroître la résistance aux antimicrobiens.

Cliquer sur <https://choosingwiselycanada.org/nursing/> pour consulter la recommandation de Choisir avec soin Canada et les données probantes sur lesquelles elle s'appuie.



Tableau 7 : Notes de pratique du comité d'experts

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	PRÉCISIONS SUR L'ÉVALUATION
<p>Obtenir les antécédents d'incontinence urinaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'obtention des antécédents médicaux généraux peut comprendre les mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> □ Relever les différents facteurs, y compris les facteurs de comorbidité, afin de déterminer les causes sous-jacentes de l'incontinence urinaire. □ Pour consulter la liste des facteurs (y compris les facteurs de comorbidité) qui peuvent causer l'incontinence urinaire ou y contribuer, voir l'annexe I. □ Effectuer un examen des médicaments sur ordonnance, des médicaments sans ordonnance (MSO) et des suppléments afin de déterminer s'ils contribuent à l'incontinence urinaire. Effectuer l'examen des médicaments en collaboration avec le médecin prescripteur et/ou le pharmacien. Pour consulter la liste des médicaments qui peuvent causer l'incontinence urinaire ou y contribuer, voir l'annexe J. □ Évaluer l'état fonctionnel et cognitif des personnes souffrant d'incontinence urinaire. ■ Les antécédents médicaux à obtenir peuvent comprendre les suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ Le type et la quantité de liquides absorbés quotidiennement, y compris les boissons alcooliques et caféinées. □ Le type de symptômes, début de leur apparition et durée. □ L'utilisation quotidienne de produits pour l'incontinence (culottes d'incontinence). □ Un examen de la peau périnéale pour déterminer l'impact de l'incontinence urinaire sur les aspects physiologiques de la qualité de vie. □ Le degré de gêne causé par l'incontinence urinaire et ses répercussions sur les aspects sociaux, psychologiques et sexuels de la qualité de vie. □ L'identification des obstacles empêchant l'élimination. □ L'évaluation des alertes rouges et des alertes jaunes relatives à l'incontinence urinaire. <ul style="list-style-type: none"> ● On entend par « alertes rouges » les indicateurs cliniques d'état d'alerte élevé qui doivent être signalés au membre approprié de l'équipe interprofessionnelle et/ou à un spécialiste de la continence. Exemples d'alertes rouges : <ul style="list-style-type: none"> ○ douleur à la miction; ○ présence de sang dans les urines; ○ sensations de pression dans le vagin. ● On entend par « alertes jaunes » les indicateurs cliniques qui doivent faire l'objet d'une évaluation (d'un suivi) continue et être signalés au membre approprié de l'équipe interprofessionnelle et/ou à un spécialiste de la continence. Les incontinenances urinaires provoquées par un délire, une infection, des médicaments, une mobilité réduite ou un fécalome sont des exemples d'alertes jaunes. <p>Remarque : Les fournisseurs de soins de santé peuvent demander au réseau de soutien de la personne concernée de recueillir des données d'évaluation si celle-ci n'est pas en mesure de les fournir.</p>

RECOMMANDATIONS

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	PRÉCISIONS SUR L'ÉVALUATION
<p>Obtenir un journal mictionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce journal où sont consignées les mictions sur une période de trois jours pourrait également servir à recueillir des renseignements précis sur : <ul style="list-style-type: none"> □ la fréquence, le nombre et la gravité des épisodes d'incontinence; □ l'utilisation de produits pour l'incontinence. ■ Le journal sert à consigner toutes les mictions pendant trois jours consécutifs à partir du moment où la personne se lève le premier jour jusqu'au moment où elle se lève le quatrième jour. ■ Avant de proposer des stratégies d'élimination, il faut déterminer la forme d'incontinence dont souffre la personne concernée au moyen d'un journal consignant ses mictions sur une période de trois jours. ■ Un exemple de journal mictionnel se trouve à l'annexe K.
<p>Évaluer l'impériosité urinaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une liste de questionnaires et d'échelles validés d'évaluation de l'impériosité urinaire se trouve à l'annexe L. ■ Les personnes qui en sont capables peuvent remplir un questionnaire validé sur les symptômes et les effets de l'incontinence sur leur qualité de vie.
<p>Utiliser des bandelettes réactives pour l'analyse d'urine comme outil de dépistage</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ces bandelettes, qui ne doivent pas être utilisées pour diagnostiquer une infection urinaire, peuvent cependant servir à déterminer s'il y a lieu de procéder à une évaluation plus approfondie, en particulier si l'on soupçonne la présence d'un nouvel épisode d'incontinence urinaire. ■ Les bandelettes réactives pour l'analyse d'urine ne doivent être utilisées qu'en conformité avec les politiques et les procédures du contexte local.
<p>Mesurer le volume du résidu post-mictionnel (RPM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La mesure du RPM permet de connaître le degré de vidange de la vessie (p. ex., un RPM inférieur à 50-100 ml et un volume de 100 ml ou plus évacué sont considérés comme normaux). ■ Les fournisseurs de soins directs doivent mesurer le volume évacué avant de mesurer le RPM. ■ La mesure du RPM doit être effectuée sur ordonnance d'un médecin ou d'une infirmière praticienne.

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	PRÉCISIONS SUR L'ÉVALUATION
<p>Signaler les constatations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'évaluation exhaustive^G de l'incontinence urinaire doit être effectuée par un spécialiste de la continence. ■ Selon les besoins particuliers de la personne, les constatations doivent être signalées à l'un des intervenants suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ Un membre de l'équipe interprofessionnelle qui pourra orienter le patient vers un spécialiste de la continence après l'évaluation préliminaire (si nécessaire). À titre d'exemple : <ul style="list-style-type: none"> ● un médecin généraliste; ● un membre du personnel infirmier praticien; ● un diététicien. □ Un spécialiste de la continence, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ● un gynécologue/urogynécologue; ● un urologue; ● un membre du personnel infirmier conseiller en continence (PICC); ● un membre du personnel infirmier spécialisé en plaies, stomies et continence (PISPSCC); ● un physiothérapeute en santé pelvienne. ■ Le processus de signalement peut également être adapté en fonction des besoins et des préférences des personnes concernées et de leurs réseaux de soutien.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Identifying continence issues. Dans : Victoria State Government [Internet]. Victoria (Australie) : Victoria State Government; c2017-2020. Accessible sur la page Web : https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/continence/continence-identifying</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web qui donne de l'information sur le diagnostic des troubles de l'incontinence chez les personnes âgées. ■ Il propose des questions de dépistage pour une première admission, un outil d'évaluation des facteurs contributifs, de l'information sur la collecte des antécédents et bien d'autres ressources.
<p>LeBlanc K, Christensen D, Robbs L, Johnston V, Cleland B, Flett N. Best practice recommendations for the prevention and management of incontinence-associated dermatitis. <i>Wound Care Canada</i>. 2010; 8(3): 6-23.</p> <p>Cet article est accessible à l'adresse : https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/2010-vol-8-no-3/376-wcc-2010-v8n3-best-practice-english/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un article de revue en libre accès qui présente un outil validé d'évaluation périnéale en quatre étapes permettant d'évaluer les risques contribuant à la dermatite associée à l'incontinence (voir le tableau 2).
<p>Trouvez un professionnel. Dans : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) [Internet]. Peterborough (Ontario) : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada); c2020. Accessible sur la page Web : https://www.canadiancontinence.ca/FR/trouvez-un-professionnel.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web qui présente les différents spécialistes de la continence (et leurs rôles respectifs) qui interviennent auprès des personnes souffrant d'incontinence urinaire. ■ Il permet aux personnes se trouvant au Canada de trouver le professionnel dont ils ont besoin dans la ville où ils habitent.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins Toronto (Ontario) : AIIAO, 2016. Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/3Ds_BPG_WEB_FINAL_FR_0.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette LDPE présente diverses ressources sur l'évaluation cognitive des personnes âgées. ■ Voir l'annexe H sur les outils de dépistage et d'évaluation des personnes atteintes de délire et de démence.
<p>Senior friendly care learning series. Dans : Regional Geriatric Program of Toronto [Internet]. Toronto (Ontario) : Regional Geriatric Program of Toronto; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.rgptoronto.ca/resources/senior-friendly-care-learning-series/?_search=Urinary%20incontinence</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette page présente des ressources pour les cliniciens sur la physiologie de la vessie, les médicaments qui provoquent l'incontinence urinaire ainsi que des fiches d'information destinées aux patients et aux soignants et bien d'autres ressources.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :

Faut-il recommander des stratégies d'élimination pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Résultats : Épisodes d'incontinence, qualité de vie et utilisation de produits pour l'incontinence.

RECOMMANDATION 1.1 :

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé proposent des stratégies d'élimination personnalisées aux personnes souffrant d'incontinence urinaire.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Aux fins de la présente recommandation, une stratégie d'élimination fait référence à une forme de soutien et de thérapie comportementale visant à améliorer le contrôle de la vessie. Les stratégies d'élimination présentées dans les différentes études comprennent le **déclenchement de la miction**^G (40) et la **rééducation vésicale**^G (41, 42). Le déclenchement de la miction consiste à utiliser des signaux verbaux et physiques pour demander aux personnes si elles sont mouillées ou sèches, puis à les encourager se rendre à la toilette en recourant au renforcement positif (40). Une étude a appliqué la méthode du déclenchement de la miction chez des personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée, dont certaines étaient atteintes de déficiences cognitives (40). La rééducation vésicale exige des modifications du mode de vie (p. ex., l'élimination des irritants vésicaux dans l'alimentation, la gestion de l'apport en liquides, le contrôle du poids, la régulation intestinale et l'arrêt du tabac) et l'utilisation de techniques de relaxation et de diversion comme moyen de contrôler la fréquence des mictions et l'impériosité urinaire (42). Les deux études qui préconisaient la rééducation vésicale portaient sur des personnes souffrant d'incontinence urinaire vivant dans la communauté (41, 42).

Les études donnent à penser que les stratégies d'élimination telles que le déclenchement de la miction et la rééducation vésicale peuvent réduire les épisodes d'incontinence, diminuer l'utilisation de produits pour l'incontinence et améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'incontinence urinaire (40-42). La documentation ne fait état d'aucun effet indésirable imputable aux stratégies d'élimination. Le degré de certitude des données est faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études, du manque d'homogénéité des outils de mesure des résultats d'une étude à l'autre et du petit nombre de participants.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (stratégies d'élimination) sur les résultats prioritaires (épisodes d'incontinence, qualité de vie et utilisation de produits pour l'incontinence), voir les profils de données à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Les composantes particulières de l'intervention dont il est fait état dans la littérature sont décrites dans les notes de pratique.

Valeurs et préférences

La revue systématique de la littérature n'a relevé aucune donnée probante concernant les valeurs et les préférences des personnes souffrant d'incontinence urinaire en ce qui concerne les stratégies d'élimination.

Équité dans l'accès aux soins

La capacité à appliquer efficacement des stratégies d'élimination personnalisées dans différents contextes de soins peut être limitée en raison de difficultés liées à l'insuffisance des effectifs et à la charge de travail, qui peuvent être plus importantes dans certains secteurs. Le comité d'experts a souligné l'importance de faire tomber ces barrières pour pouvoir instaurer la pratique recommandée et ainsi améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire.

Conclusions du comité d'experts

Il peut y avoir des avantages à préconiser des stratégies d'élimination auprès des personnes souffrant d'incontinence urinaire. Aucun effet indésirable n'a été constaté. Cependant, le degré de certitude des données est faible. Le comité d'experts a souligné que le fait de préconiser l'utilisation de stratégies d'élimination pouvait réduire les épisodes d'incontinence, diminuer l'utilisation de produits pour l'incontinence et améliorer la qualité de vie, autant de résultats auxquels les personnes souffrant d'incontinence attachent une grande importance. Par conséquent, malgré que le degré de certitude des données soit faible, le comité d'experts considère que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- Certaines stratégies d'élimination peuvent ne pas être appropriées (ou réalisables) pour certaines personnes souffrant d'incontinence urinaire. Les fournisseurs de soins de santé doivent procéder à une évaluation minutieuse des facteurs tels que l'âge, les limites physiques et l'état cognitif de la personne (p. ex., présence de troubles démentiels ou d'autres troubles du comportement) et préconiser l'adoption de stratégies adaptées à chaque personne. Voir **l'énoncé de pratique exemplaire** pour l'évaluation de l'incontinence urinaire (p. 36).
- Une stratégie d'élimination personnalisée basée sur l'âge, les limitations physiques et l'état cognitif de la personne peut être préconisée en tant que première approche avant de recourir à des produits pour l'incontinence.

L'énoncé du comité d'experts ci-dessus concorde avec la recommandation suivante de la campagne nationale Choisir avec soin Canada : « Ne pas utiliser de façon systématique des produits d'incontinence (y compris les culottes ou serviettes d'incontinence) chez les personnes âgées » (1). La recommandation et les données probantes qui s'y rattachent indiquent que l'utilisation systématique des produits d'incontinence est associée à des résultats négatifs, comme une diminution de l'estime de soi et de la qualité de vie perçue et des taux d'incidence plus élevés de dermatites, de plaies de pression et d'infections urinaires. Avant de commencer ou de continuer à utiliser ces produits, les personnes âgées devraient faire l'objet d'une évaluation approfondie pour déterminer le risque que de tels résultats se produisent.

Pour consulter la recommandation de Choisir avec soin Canada et les données qui s'y rattachent, voir la page Web <https://choisiravecsoin.org/soins-infirmiers/>.

Tableau 8 : Notes de pratique sur les données

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Stratégies d'élimination pour les personnes souffrant d'incontinence urinaire</p>	<p>Déclenchement de la miction</p> <p>Lai et Wan, 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cette intervention est utilisée pour les résidents des maisons de soins infirmiers âgés de 65 ans et plus, y compris pour les personnes souffrant de troubles cognitifs. ■ La durée de l'intervention est de six mois. ■ Les résidents sont invités à uriner toutes les 2 à 2,5 heures, de 7 h à 19 h, sept jours sur sept (40). ■ Un exemple de protocole de déclenchement de la miction se trouve à l'annexe M.
	<p>Réducation vésicale</p> <p>Rizvi et coll., 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les participants étaient des femmes âgées de 22 à 65 ans vivant dans la collectivité. ■ Les procédés de rééducation consistaient notamment à appliquer des techniques de suppression de l'impériosité, à pratiquer l'autosurveillance (tenue d'un journal des mictions), à apporter des modifications au mode de vie (élimination des irritants de la vessie présents dans le régime alimentaire, gestion de la consommation de liquides, contrôle du poids, régulation intestinale et arrêt du tabagisme) et à programmer les mictions (42). <p>Lee et coll., 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les participants étaient des personnes (hommes et femmes) âgées de 40 ans et plus vivant dans la collectivité et souffrant d'une hyperactivité vésicale idiopathique. ■ Le programme de rééducation vésicale, d'une durée de 30 minutes, comprenait les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ Éducation sur la fréquence et la quantité normales des mictions pendant la journée. □ Visionnement de vidéos sur la physiologie normale de la miction. □ Éducation sur la rétention d'urine jusqu'à ce qu'un objectif donné soit atteint. □ Éducation sur la façon de rééduquer la vessie, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ● s'abstenir d'aller à la toilette lorsqu'on ressent une envie impérieuse d'uriner; ● s'abstenir de penser et d'agir pendant un certain temps afin de ne plus penser à uriner; ● effectuer des exercices de renforcement du plancher pelvien cinq à six fois par jour. □ Entretien avec une infirmière praticienne spécialisée pour donner de la rétroaction et résoudre les problèmes (41).

RECOMMANDATIONS

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Continence and using the toilet. Dans : Dementia Support Australia [Internet]. [lieu inconnu] : Dementia Support Australia; c2020. Accessible sur la page Web : https://dementia.com.au/resources/library/care-support-guides/continence-and-using-the-toilet.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ressource fournit de l'information sur les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes atteintes de démence lorsqu'elles vont à la toilette et propose des idées pour leur venir en aide.
<p>Cottenden A, Fader M, Beeckman D, Buckley B, Kitson-Reynolds E, Moore K, et coll. Management using continence products. Dans : Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. Incontinence 6^e edition. Bristol (Royaume-Uni) : International Continence Society; 2017. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks/6thicibook</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ressource fournit de l'information détaillée sur les produits absorbants pour hommes et femmes. ■ Elle donne des renseignements sur les différents produits et matériaux absorbants, entre autres.
<p>Improving continence care for people with dementia living at home [Internet]. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2014. Accessible sur la page Web : https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports (vers le milieu de la page)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un rapport qui se penche sur les besoins des personnes atteintes de démence qui vivent à domicile et souffrent d'incontinence. ■ Une ressource destinée aux personnes atteintes de démence, aux soignants, aux fournisseurs de soins de santé, aux fournisseurs de services et aux décideurs politiques. ■ Elle présente des considérations relatives à l'utilisation de la méthode du déclenchement de la miction chez les personnes atteintes de démence.
<p>Traitement de l'incontinence. Dans : Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) [Internet]. Peterborough (Ontario) : Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada); c2020. Accessible sur la page Web : https://www.canadiancontinence.ca/FR/traitement.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web qui donne un aperçu des traitements, des remèdes ou des options de gestion de l'incontinence urinaire, dont la rééducation vésicale. ■ Il propose un grand nombre de fiches d'information téléchargeables.
<p>L'aide aux toilettes et l'incontinence Dans : Société Alzheimer du Canada [Internet]. 2019, 11 nov. Toronto (Ontario) : Société Alzheimer du Canada. Accessible sur la page Web : https://alzheimer.ca/fr/les-aides-et-le-soutien/je-prends-soin-dune-personne-atteinte-dun-trouble-neurocognitif-12</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ressource présente des stratégies d'élimination et des conseils pour réduire l'incontinence chez les personnes atteintes de démence.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :

Faut-il recommander l'activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Résultats : Épisodes d'incontinence et limitations physiques.

RECOMMANDATION 2.1 :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'encourager les personnes souffrant d'incontinence urinaire à pratiquer une activité physique de faible intensité, dans la mesure où elle est tolérée.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Aux fins de la présente recommandation, l'activité physique de faible intensité désigne les mouvements corporels légers, non fatigants et répétitifs, tels que la marche, les exercices d'aérobic à faible impact et l'entraînement en résistance de faible intensité. Les activités physiques de faible intensité présentées dans les études comprenaient des séances d'étirements et une thérapie de yoga d'une durée de six semaines (43), suivies de séances de vélo stationnaire et de tapis roulant et d'exercices de résistance pendant 52 semaines (44).

Les études donnent à penser qu'une activité physique de faible intensité peut réduire les épisodes d'incontinence et les limitations physiques, en particulier chez les femmes (p. ex., amélioration des activités physiques ou fonctionnelles comme marcher et monter un escalier) (43, 44). La littérature n'aborde pas la question de l'activité physique de faible intensité chez les hommes. Le comité d'experts a toutefois convenu que, physiologiquement, l'activité physique peut diminuer les épisodes d'incontinence et les limitations physiques chez les hommes également. La documentation ne fait état d'aucun effet indésirable lié à la pratique d'une activité physique de faible intensité. Le degré de certitude des données est faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les recherches et du petit nombre de participants.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (activité physique de faible intensité) sur les résultats prioritaires (épisodes d'incontinence et limitations physiques), voir les profils des données probantes à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Cette question de recommandation a été posée afin d'exclure les interventions liées à la rééducation périnéo-sphinctérienne. Voir la section sur la **recommandation adoptée** (p. 49) pour obtenir des conseils sur la rééducation périnéo-sphinctérienne.

Valeurs et préférences

La revue systématique de la littérature n'a relevé aucune donnée sur les valeurs et les préférences des femmes souffrant d'incontinence urinaire relativement à l'activité physique de faible intensité.

Équité dans l'accès aux soins

La revue systématique de la littérature n'a relevé aucune donnée permettant d'évaluer directement les effets de l'activité physique sur l'équité dans l'accès aux soins. Il est nécessaire de mener des recherches plus approfondies sur ce sujet.

Conclusions du comité d'experts

Une activité physique de faible intensité peut être bénéfique. Aucun effet indésirable n'a été constaté chez les femmes. Cependant, le degré de certitude des données est faible. Le comité d'experts a conclu que les personnes attachent de l'importance à l'amélioration des résultats (épisodes d'incontinence et limitations physiques) et que la pratique d'une activité physique de faible intensité permet d'améliorer divers aspects de la santé. Par conséquent, le comité d'experts a conclu qu'il s'agit d'une recommandation forte.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- L'activité physique de faible intensité doit être personnalisée et adaptée à l'âge de la personne, à ses capacités physiques et à son état de santé. Voir la section sur **l'énoncé de pratique exemplaire** relatif à l'évaluation de l'incontinence urinaire (p. 36).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Diabetes Canada. Benefits of physical activity [Internet]. Toronto (Ontario) : Diabetes Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/benefits-of-physical-activity.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource en ligne sur l'activité physique pour les personnes atteintes de diabète. ■ La ressource fournit de l'information sur les bienfaits de l'activité physique, décrit les obstacles à l'activité physique et donne des conseils pour les surmonter.
<p>Diabetes Canada. Introductory resistance program [Internet]. Toronto (Ontario) : Diabetes Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/introductory-resistance-program.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource en ligne sur les rudiments de l'entraînement en résistance pour les personnes atteintes de diabète. ■ La ressource fournit de l'information sur les bienfaits de l'entraînement en résistance, des consignes de sécurité et des conseils sur la façon d'effectuer l'entraînement.
<p>Diabetes Canada. Maintaining aerobic exercise [Internet]. Toronto (Ontario) : Diabetes Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/maintaining-aerobic-exercise.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource en ligne sur l'établissement d'un programme d'exercices aérobiques pour les personnes atteintes de diabète. ■ La ressource fournit de l'information sur les bienfaits de l'activité physique et sur les niveaux d'intensité de l'activité aérobique.
<p>Walking. Dans : NHS Health Scotland [Internet]. [lieu inconnu] : NHS Health Scotland; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.nhsinform.scot/healthy-living/keeping-active/activities/walking</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La ressource fournit de l'information sur les bienfaits de la marche pour la santé physique et mentale.
<p>Older adults: Sit up, get dressed, keep moving. Dans : NHS University Hospitals of North Midlands [Internet]. [lieu inconnu] : UHNM NHS Trust; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.uhnm.nhs.uk/our-services/older-adults/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La ressource fournit de l'information sur la façon dont l'activité physique peut prévenir l'apparition du syndrome de déconditionnement, qui est un facteur de constipation et d'incontinence. ■ Elle propose des brochures téléchargeables contenant des instructions très claires sur la façon d'effectuer des exercices dans un lit et sur une chaise.

QUESTION DE RECOMMANDATION POUR LA RECOMMANDATION ADOPTÉE :

Faut-il recommander aux femmes souffrant d'incontinence urinaire de suivre un programme de rééducation périnéo-sphinctérienne (RPS)?

Résultats : Amélioration des symptômes, satisfaction de la patiente, qualité de vie liée à la santé, fonction sexuelle, événements indésirables, évaluation anatomique du prolapsus des organes pelviens.

RECOMMANDATION ADOPTÉE :

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé proposent aux femmes qui souffrent d'incontinence urinaire mixte ou d'effort d'essayer un programme de RPS supervisé pendant au moins trois mois comme première solution. Les fournisseurs de soins de santé doivent procéder à une évaluation approfondie de chaque cas afin de déterminer si la RPS est applicable.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible à faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Le programme de RPS vise à corriger certaines déficiences de la structure ou de la fonction musculaire du plancher pelvien (45). Il est basé sur une évaluation de la capacité d'une femme à contracter ses muscles périnéo-sphinctériens (45). Le comité d'experts a reconnu qu'il existe des documents récents et des preuves substantielles appuyant la RPS chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire. Par conséquent, le comité d'experts a adopté une recommandation digne de confiance tirée d'une ligne directrice existante de grande qualité (13). La ligne directrice intitulée *Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women: Management* (Gestion de l'incontinence urinaire et du prolapsus des organes pelviens chez la femme), publiée par le NICE et mise à jour en juin 2019, traite de la RPS pour les femmes souffrant d'incontinence urinaire (14).

Les données recueillies dans le cadre de l'examen systématique mené par le NICE pour la directive publiée en 2019 étaient favorables à la RPS lorsqu'elle était comparée à d'autres options de **gestion conservatrice**^G (p. ex., prestation de conseils sur le mode de vie et utilisation d'un pessaire vaginal) ou à l'absence de tout traitement conservateur (14). Les données montrent que la RPS peut réduire les symptômes du **prolapsus des organes pelviens**^G, accroître la satisfaction de la patiente, améliorer la qualité de vie liée à la santé et la fonction sexuelle et réduire le prolapsus des stades 1 et 2 (14). Une étude fait état de saignements et d'écoulements vaginaux anormaux chez des patientes après 12 mois de RPS avec utilisation d'un pessaire vaginal comparativement à la RPS sans pessaire, mais la différence est peu importante sur le plan clinique (14). Le degré de certitude des données se situe entre faible et très faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études (14).



Attention : La RPS peut ne pas convenir aux femmes âgées qui sont fragiles ou qui sont atteintes de déficiences cognitives. De plus, la RPS devrait être supervisée par un fournisseur de soins de santé possédant les connaissances et les compétences appropriées, comme un membre du personnel infirmier conseiller en continence (ICC) ou un physiothérapeute spécialisé en santé pelvienne.

Pour en savoir plus sur l'impact de l'intervention (RPS) sur les résultats prioritaires (amélioration des symptômes, satisfaction du patient, qualité de vie liée à la santé, fonction sexuelle, événements indésirables et évaluation anatomique du prolapsus des organes pelviens), voir les profils de données à l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/evidence/evidence-review-h-lifestyle-and-conservative-management-options-for-pelvic-organ-prolapse-pdf-6725287413>

Valeurs et préférences

La ligne directrice de NICE ne fait pas état des valeurs et des préférences des femmes souffrant d'incontinence urinaire par rapport à la RPS (14).

Équité dans l'accès aux soins

Le comité d'experts reconnaît que l'accès aux fournisseurs de soins de santé appropriés qui peuvent faciliter et superviser la RPS est parfois limité, en particulier pour les personnes qui vivent en région éloignée ou qui n'ont pas d'assurance maladie. Soulignons que la RPS peut être supervisée par un large éventail de fournisseurs de soins de santé (et non seulement par les physiothérapeutes du plancher pelvien) à condition qu'ils possèdent les connaissances et les compétences appropriées.

Conclusions du comité d'experts

La RPS pourrait présenter des avantages. Aucun effet indésirable n'a été constaté chez les femmes. Cependant, le degré de certitude des données se situe entre faible et très faible. Le comité d'experts a conclu que lorsque la RPS est correctement appliquée, les avantages l'emportent sur les inconvénients et que les personnes concernées attachent de l'importance à l'amélioration des résultats.

Le comité d'experts a fait un ajout à la recommandation initiale du NICE : étant donné que l'éventail des fournisseurs de soins de santé visés par cette LDPE est plus large que pour la ligne directrice initiale du NICE, le comité d'experts recommande qu'une évaluation exhaustive soit d'abord effectuée (14). L'évaluation exhaustive pourrait être effectuée par un fournisseur de soins de santé qui possède les connaissances et les compétences appropriées en ce qui concerne les capacités fonctionnelles d'une personne à effectuer la RPS, par exemple une infirmière ou infirmier conseiller en continence (ICC) ou un physiothérapeute en santé pelvienne. De plus, il faudrait envisager d'utiliser des mesures conservatrices non invasives avant de prescrire des médicaments ou de procéder à une intervention chirurgicale (en fonction de la gravité du cas). Par conséquent, le comité d'experts était d'accord avec la force de la recommandation du comité d'experts de NICE, jugée forte (14).

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

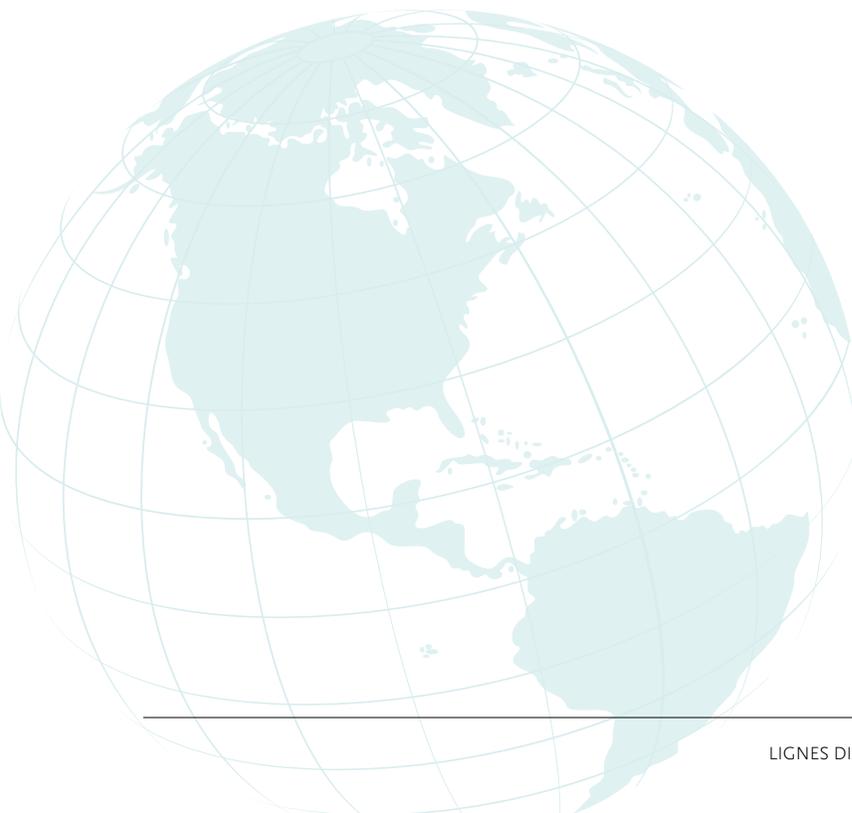
- Dans la pratique, la RPS supervisée a été appliquée pour supprimer l'impériosité urinaire chez des hommes et des femmes souffrant d'incontinence ainsi que chez des hommes ayant subi une chirurgie de la prostate. Il faut mener davantage de recherches dans ce domaine.

Parmi les autres recommandations de NICE qui soutiennent l'adoption de la recommandation figurent les suivantes :

- Le programme de RPS doit comprendre des séries d'au moins huit contractions effectuées trois fois par jour (14).
- Il ne faut pas utiliser la périnéométrie ou l'électromyographie du plancher pelvien pour la rétroaction biologique comme des procédures de routine de la RPS (14).
- La personne doit poursuivre son programme d'exercices si la RPS lui est avantageux (14).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Find a health care professional. Dans : Pelvic Health Solutions [Internet]. [lieu inconnu] : Pelvic Health Solutions; c2010–2020. Accessible sur la page Web : https://pelvichealthsolutions.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none">■ Site Web fournissant une liste de physiothérapeutes (y compris les physiothérapeutes spécialisés en santé pelvienne) en Ontario et dans le reste du Canada.■ La liste contient les noms des physiothérapeutes et de leurs entreprises, leurs adresses, leurs coordonnées et les formations spécialisées qu'ils ont suivies.



QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :

Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Résultats : Qualité de vie, satisfaction du patient et épisodes d'incontinence.

RECOMMANDATION 3.1 :

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé adoptent une approche interprofessionnelle dans la prestation des soins aux personnes souffrant d'incontinence urinaire.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Aux fins de la présente recommandation, on entend par « approche interprofessionnelle » une approche coordonnée des soins de l'incontinence fournis par une équipe de fournisseurs de soins de santé, y compris l'aiguillage du patient vers un spécialiste de la continence, en fonction de ses besoins. Des études indiquent que la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle dans les organisations de services de santé peut améliorer la qualité de vie (46) et la satisfaction du patient (46, 47) et qu'elle peut réduire les épisodes d'incontinence chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire (47). Une étude s'est penchée sur les effets du traitement reçu par des personnes souffrant d'incontinence urinaire dans une clinique de soins pelviens interprofessionnelle en milieu hospitalier (47). Une autre étude a décrit les effets d'une approche multidisciplinaire auprès de femmes en surpoids aiguillées vers une clinique d'incontinence en milieu hospitalier (46). La littérature ne fait état d'aucun effet indésirable lié à la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle. Le degré de certitude des données est faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et du manque d'homogénéité des outils de mesure des résultats d'une étude à l'autre.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (approche interprofessionnelle) sur les résultats prioritaires (qualité de vie, satisfaction du patient et épisodes d'incontinence), voir les profils des données à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Les composantes propres à l'intervention mentionnées dans la littérature sont décrites sous les notes de pratique.

Valeurs et préférences

La revue systématique de la littérature n'a relevé aucune donnée sur les valeurs et les préférences des personnes souffrant d'incontinence urinaire en ce qui concerne la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle dans les organisations de services de santé.

Équité dans l'accès aux soins

Pour certaines personnes souffrant d'incontinence urinaire, l'accès à une équipe interprofessionnelle d'experts peut être limité en fonction de l'endroit où elles vivent et du contexte des services de santé dans lequel elles vivent ou reçoivent des soins.

Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts a conclu que la plupart des personnes souffrant d'incontinence urinaire peuvent être prises en charge de manière appropriée en consultant un spécialiste de la continence qui possède des connaissances sur cette affection et qui peut fournir des conseils appropriés concernant sa prise en charge. Certaines personnes auront besoin que les membres de l'équipe d'experts pratiquent au même endroit, mais ce niveau de soins n'est pas requis pour tous. De plus, le degré de certitude des données appuyant une approche interprofessionnelle est faible. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est conditionnelle.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- Les membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent être des infirmières ou infirmiers (infirmières ou infirmiers diplômés, infirmières ou infirmiers auxiliaires diplômés, infirmières ou infirmiers praticiens, infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés, infirmières ou infirmiers conseillers en continence [IICC], infirmières ou infirmiers spécialisés en plaies, stomies et continence [IISPSCC]), des médecins (généralistes, urogynécologues, urologues, chirurgiens colorectaux), des préposés aux services de soutien à la personne, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des diététiciens et des pharmaciens.
- L'approche interprofessionnelle doit être adaptée aux besoins de chaque personne. Les établissements de soins primaires doivent utiliser une approche des soins fondée sur des données probantes et disposer de ressources pour aiguiller les patients vers des spécialistes de la continence et/ou d'autres services de soins de l'incontinence (p. ex., des cliniques d'incontinence), selon les besoins.

Tableau 9 : Notes de pratique sur les données

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Approche interprofessionnelle de la prise en charge de l'incontinence urinaire</p>	<p>Fjerbaek et coll., 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'équipe interprofessionnelle comprenait : <ul style="list-style-type: none"> □ un diététicien clinique et des physiothérapeutes gynécologues. ■ Les interventions concernaient des femmes en surpoids souffrant d'une incontinence urinaire mixte ou d'effort qui ont été aiguillées vers la clinique d'incontinence d'un service de gynécologie en milieu hospitalier (46). ■ L'approche interprofessionnelle des soins comprenait les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ Quatre séances individuelles de counseling en diététique (aux semaines 1, 4, 8 et 12) et une séance de groupe (à la semaine 6) dirigées par un diététicien clinicien; □ Un programme d'exercices consistant en deux séances d'entraînement par semaine pendant 12 semaines, dirigées par des physiothérapeutes gynécologues expérimentés. Chaque séance durait une heure et comprenait des exercices d'échauffement, d'aérobic par intervalles, de musculation progressive et d'étirement ou de relaxation; □ Une séance de formation en groupe sur l'anatomie et la fonction du plancher pelvien et un programme de rééducation périnéo-sphinctérienne (RPS) personnalisé à faire à la maison, combiné à l'utilisation d'un cône vaginal. Les programmes ont été préparés par les physiothérapeutes (46). <p>Vrijens et coll., 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'équipe interprofessionnelle comprenait : <ul style="list-style-type: none"> □ un urologue, un gynécologue, un chirurgien colorectal, un sexologue, un psychiatre, un physiothérapeute et une infirmière conseillère en continence. ■ L'approche interprofessionnelle des soins comprenait les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ un mécanisme de triage après l'aiguillage des patients; □ la caractérisation des plaintes des patients; □ une consultation avec le ou les spécialistes appropriés de l'équipe interdisciplinaire, sélectionnés en fonction des plaintes formulées; □ des discussions sur les cas complexes dans le cadre de réunions interdisciplinaires hebdomadaires (47).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Trouvez un professionnel. Dans : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) [Internet]. Peterborough (Ontario) : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada); c2020. Accessible sur la page Web : https://www.canadiancontinence.ca/FR/trouvez-un-professionnel.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web qui présente les différents spécialistes de la continence (et leurs rôles respectifs) qui fournissent des soins aux personnes souffrant d'incontinence urinaire. ■ Il permet aux personnes se trouvant au Canada de trouver un professionnel approprié dans leur localité.

Recommandations pour l'incontinence fécale et/ou la constipation

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'effectuer une évaluation préliminaire ciblée en collaboration avec la personne souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à des interventions.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (12). Effectuer une évaluation préliminaire avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à une intervention quelconque est une norme de pratique professionnelle (38). Effectuer une évaluation préliminaire ciblée des personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation est une pratique exemplaire et une condition préalable à l'élaboration d'un plan de soins et à la prestation de soins infirmiers et d'autres interventions. Cet énoncé de pratique exemplaire est applicable à tous les contextes de pratique où les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation ont accès à des services, tels que les soins aigus, les soins de longue durée, les soins primaires, les soins de santé communautaire ou la réadaptation.

Des examens périodiques et directs sur l'incontinence fécale menés par les fournisseurs de soins de santé peuvent contribuer à détecter correctement l'incontinence fécale. L'identification de la forme d'incontinence fécale et des causes sous-jacentes permet d'orienter le plan de soins et contribue à déterminer les interventions appropriées (26). De plus, l'évaluation préliminaire permet de relever les constatations qui doivent être signalées au membre approprié de l'équipe de soins interprofessionnelle et/ou à un spécialiste de la continence pour une évaluation plus approfondie.

Incontinence fécale

Selon l'International Continence Society, les principaux facteurs de risque de l'incontinence fécale, en particulier chez les personnes âgées, sont le vieillissement, les selles molles, les troubles intestinaux (p. ex., à la suite d'une chirurgie rectale), la mobilité réduite, la déficience fonctionnelle, la démence, les maladies neurologiques (p. ex., un accident vasculaire cérébral ou une lésion de la moelle épinière) et d'autres problèmes médicaux chroniques (26). Les personnes souffrant d'incontinence fécale peuvent être réticentes à faire part de leurs symptômes à un fournisseur de soins de santé en raison des préjugés qui l'accompagnent (26).

L'International Continence Society indique que les fournisseurs de soins de santé procèdent à une évaluation préliminaire de l'incontinence fécale chez les personnes afin de :

1. Déterminer la forme d'incontinence fécale dont souffre la personne (incontinence fécale passive, incontinence fécale par impériosité ou incontinence fécale fonctionnelle).
2. Dresser une liste des facteurs de risque de l'incontinence fécale (26).

L'un des volets d'une évaluation préliminaire de l'incontinence fécale peut consister à obtenir les renseignements suivants (tels définis par l'International Continence Society) :

1. Les habitudes intestinales quotidiennes, la fréquence et la consistance des selles, la date d'apparition des symptômes ainsi que leur durée et leur gravité, pour déterminer la forme d'incontinence fécale.
2. De l'information sur le moment de la survenue de l'incontinence fécale (p. ex., après la défécation ou pendant la nuit) afin de savoir si l'incontinence fécale est associée à une défécation.

3. Les antécédents alimentaires, afin d'exclure d'éventuelles causes sous-jacentes.
4. Une liste des médicaments pris par la personne, pour déterminer leurs effets sur l'incontinence fécale.
5. Les facteurs de comorbidité, pour déterminer d'éventuelles causes sous-jacentes.
6. Les antécédents obstétricaux, pour exclure l'incontinence fécale associée à l'utilisation de forceps, à la naissance d'un bébé de plus de 4 kg ou à une déchirure au quatrième degré.
7. Les antécédents chirurgicaux (p. ex., chirurgie pour une fissure anale ou une **fistule**^G), une radiothérapie pelvienne ou d'autres problèmes du plancher pelvien (p. ex., incontinence urinaire ou prolapsus des organes pelviens) qui peuvent contribuer à l'incontinence fécale.
8. L'incidence de l'incontinence fécale sur la qualité de vie (26).

Constipation

La constipation est une préoccupation courante chez les personnes de tous âges et sa gravité varie d'une personne à l'autre. Les facteurs contribuant au déclenchement de la constipation sont notamment : un régime alimentaire pauvre en fibres, un apport hydrique inadéquat, une mobilité réduite, les effets secondaires de certains médicaments, un antécédent d'opérations chirurgicales et d'autres problèmes médicaux aigus ou chroniques (48).

La compréhension des caractéristiques de la fonction intestinale et des causes sous-jacentes possibles de la constipation peut contribuer à orienter le plan de soins et à faciliter le choix des interventions appropriées (26). De plus, l'évaluation préliminaire peut contribuer à établir les constatations qui doivent être signalées au membre approprié de l'équipe de soins interprofessionnelle et/ou à un spécialiste de la continence pour une évaluation approfondie.

Selon Bardsley, une évaluation préliminaire de la constipation peut s'appuyer sur les étapes suivantes :

1. Obtenir les antécédents du transit intestinal de la personne : le type et la quantité de selles, leur fréquence et le moment où elles sont évacuées ainsi que toute contrainte liée à l'évacuation des selles.
2. Déterminer la consistance des selles à l'aide de l'échelle de Bristol.
3. Obtenir un historique des apports quotidiens en liquides et en fibres sur une période de sept jours.
4. Évaluer les effets sur la constipation des médicaments pris par la personne.
5. Examiner les facteurs de comorbidité qui peuvent causer la constipation ou y contribuer.
6. Évaluer l'état fonctionnel et cognitif de la personne.
7. Effectuer un toucher rectal pour détecter la présence d'un **fécalome**^G (48).

Voir le **tableau 10** sous les notes de pratique pour connaître les précisions fournies par le comité d'experts sur les composantes de l'évaluation de l'incontinence fécale et de la constipation.

Notes de pratique

Tableau 10 : Notes de pratique du comité d'experts

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	PRÉCISIONS SUR L'ÉVALUATION
<p>Obtenir les antécédents de l'incontinence fécale et/ou de la constipation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les antécédents médicaux généraux à obtenir peuvent comprendre les suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ Les différents facteurs de risque, y compris les facteurs de comorbidité, afin de déterminer les causes sous-jacentes de l'incontinence fécale et/ou de la constipation. <ul style="list-style-type: none"> ● Pour consulter la liste des facteurs de risque de l'incontinence fécale, voir l'annexe N. ● Pour consulter la liste des affections qui peuvent provoquer la constipation, voir l'annexe O. □ Examiner la liste des médicaments sur ordonnance, des médicaments sans ordonnance et des suppléments afin de déterminer s'ils contribuent à l'incontinence fécale et/ou à la constipation. Effectuer l'examen des médicaments en collaboration avec le médecin prescripteur et/ou le pharmacien. <ul style="list-style-type: none"> ● Pour consulter la liste des médicaments qui peuvent causer ou contribuer à l'incontinence fécale, voir l'annexe N. ● Pour consulter la liste des médicaments qui peuvent provoquer la constipation, voir l'annexe P. □ Évaluer l'état fonctionnel et cognitif des personnes souffrant d'incontinence fécale. ■ Les antécédents médicaux à obtenir peuvent comprendre les suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ Les antécédents alimentaires : apport quotidien de fibres et de liquides (y compris les boissons alcooliques et caféinées). □ La date d'apparition des symptômes ainsi que leur durée et leur gravité. □ La fréquence des selles. □ La consistance des selles. <ul style="list-style-type: none"> ● Pour un exemple d'échelle de Bristol permettant d'évaluer la consistance des selles, voir l'annexe Q. ● Pour un exemple de journal d'élimination intestinale, voir l'annexe R. □ Les antécédents de chirurgies anorectales. □ Un examen de la peau périanale pour déterminer les répercussions de l'incontinence fécale et/ou de la constipation sur les aspects physiques de la qualité de vie. □ Le degré de gêne causé par l'incontinence fécale et/ou la constipation et ses répercussions sur les aspects sociaux, psychologiques et sexuels de la qualité de vie. □ Une évaluation des signes indicateurs d'une alerte rouge et/ou jaune liée à l'incontinence fécale et/ou à la constipation.

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	PRÉCISIONS SUR L'ÉVALUATION
<p>Obtenir les antécédents de l'incontinence fécale et/ou de la constipation (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● On entend par « alertes rouges » les indicateurs cliniques d'état d'alerte élevé qui doivent être signalés au membre approprié de l'équipe interprofessionnelle et/ou à un spécialiste de la continence. Une douleur ou un saignement lors de la défécation sont des exemples d'alertes rouges. ● On entend par « alertes jaunes » les indicateurs cliniques qui doivent faire l'objet d'une évaluation (d'un suivi) continue et être signalés au membre approprié de l'équipe interprofessionnelle et/ou à un spécialiste de la continence. Voici quelques exemples d'alertes jaunes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une incontinence fécale potentiellement causée par un délire, une infection, des effets secondaires de certains médicaments, une diarrhée, un fécalome ou une difficulté à se rendre à la toilette; ○ une constipation potentiellement causée par un apport insuffisant de liquides ou de fibres, une mobilité réduite ou des effets secondaires de médicaments. <p>Remarque : Les fournisseurs de soins de santé peuvent demander au réseau de soutien de la personne de recueillir des données d'évaluation si celle-ci n'est pas en mesure de les fournir.</p>
<p>Signaler les constatations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une évaluation exhaustive de l'incontinence fécale et/ou de la constipation doit être effectuée par un spécialiste de la continence. Cette évaluation consiste à effectuer un toucher rectal pour évaluer le tonus du sphincter anal et déceler la présence d'une fissure anale, d'une rectocèle ou d'hémorroïdes. ■ En fonction des besoins individuels de la personne, les constatations peuvent être communiquées aux personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> □ Un membre de l'équipe interprofessionnelle qui peut aiguiller le patient vers un spécialiste de la continence à la suite de l'évaluation préliminaire (si nécessaire). Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ● un médecin généraliste; ● une infirmière praticienne; ● un physiothérapeute; ● un diététicien. □ Un spécialiste de la continence, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ● un gynécologue/urogynécologue; ● un gastroentérologue; ● un chirurgien colorectal; ● une infirmière ou infirmier conseiller en continence; ● une infirmière ou infirmier spécialisé dans les plaies, les stomies et la continence; ● un ergothérapeute; ● un physiothérapeute du plancher pelvien. ■ Le processus de signalement peut également être adapté en fonction des besoins et des préférences des personnes concernées et de leurs réseaux de soutien.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Identifying continence issues. Dans : Victoria State Government [Internet]. Victoria (Australie) : Victoria State Government; c2017-2020. Accessible sur la page Web : https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/continence/continence-identifying</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web qui fournit de l'information sur le dépistage des problèmes d'incontinence chez les personnes âgées. ■ Il propose des questions de dépistage pour une première admission, un outil d'évaluation des facteurs contributifs, de l'information sur la collecte des antécédents et bien d'autres ressources.
<p>LeBlanc K, Christensen D, Robbs L, Johnston V, Cleland B, Flett N. Best practice recommendations for the prevention and management of incontinence-associated dermatitis. <i>Wound Care Canada</i> 2010; 8(3) : pp. 6 à 23.</p> <p>L'article peut être consulté sur le site Web : https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/2010-vol-8-no-3/376-wcc-2010-v8n3-best-practice-english/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un article de revue en libre accès qui présente un outil validé d'évaluation périnéale en quatre points des facteurs de risque contribuant à la dermatite associée à l'incontinence (voir tableau 2).
<p>Trouvez un professionnel. Dans : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) [Internet]. Peterborough (Ontario) : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada); c2020. Accessible sur la page Web : https://www.canadiancontinence.ca/FR/trouvez-un-professionnel.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web qui présente les différents spécialistes de la continence (et leurs rôles respectifs) qui interviennent auprès des personnes souffrant d'incontinence fécale ou de constipation. ■ Il permet aux personnes se trouvant au Canada de trouver un professionnel approprié dans leur localité.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 4 :

Faut-il recommander l'activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Épisodes d'incontinence, de constipation et qualité de vie.

RECOMMANDATION 4.1 :

Le comité d'experts recommande que, dans le cadre d'un programme élargi à volets multiples, les fournisseurs de soins de santé encouragent les personnes souffrant de constipation à pratiquer une activité physique de faible intensité pendant environ 30 à 60 minutes (selon leur capacité) au moins trois fois par semaine pour les aider à gérer leur constipation.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Cette recommandation ne concerne que l'activité physique de faible intensité pour la gestion de la constipation. La littérature ne mentionne aucun exemple de recommandation d'activité physique de faible intensité pour la gestion de l'incontinence fécale. Aux fins de la présente recommandation, on entend par activité physique de faible intensité des mouvements corporels répétitifs légers et peu fatigants tels que la marche, les exercices d'aérobic à faible impact, l'entraînement en résistance légère et la pratique de sports de loisirs. Parmi les exemples d'activité physique de faible intensité cités dans les études, on trouve la marche, les mouvements de gymnastique, l'entraînement en résistance et la marche sur un tapis roulant pendant environ 30 à 60 minutes, au moins trois fois par semaine, en augmentant progressivement la vitesse (4, 31, 49). En plus de l'activité physique, les fournisseurs de soins de santé interrogés dans le cadre des études ont également encouragé l'adoption de certains comportements tels que consommer suffisamment de fibres alimentaires, suivre un régime hypocalorique (pour les femmes obèses, selon une étude), boire suffisamment et s'accroupir de manière appropriée pour déféquer (4, 31, 49).

Des données montrent que l'intégration d'une activité physique de faible intensité à un programme élargi à volets multiples peut réduire la constipation et améliorer la qualité de vie (4, 31, 49). La littérature ne fait état d'aucun effet indésirable lié à une activité physique de faible intensité ou à d'autres aspects du programme à volets multiples. Le degré de certitude des données est faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (activité physique de faible intensité dans le cadre d'un programme élargi à volets multiples) sur les résultats prioritaires (constipation et qualité de vie), voir les profils des données à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Valeurs et préférences

La revue systématique de la littérature n'a relevé aucun élément probant concernant les valeurs et les préférences des personnes souffrant de constipation relativement à l'activité physique de faible intensité.

Équité dans l'accès aux soins

L'examen systématique n'a révélé aucune donnée permettant une évaluation directe des effets de l'activité physique sur l'équité dans l'accès aux soins. Il est nécessaire de mener des recherches plus approfondies sur ce sujet.

Conclusions du comité d'experts

Une activité physique de faible intensité peut être bénéfique. Aucun effet indésirable n'a été constaté. Cependant, le degré de certitude de cette donnée est faible. Le comité d'experts a conclu que les personnes attachent de l'importance à l'amélioration des résultats et que la pratique d'une activité physique de faible intensité permet d'améliorer diverses facettes de la santé. Pour cette raison, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- L'activité physique de faible intensité doit être personnalisée et adaptée à l'âge, à la capacité physique et aux conditions sous-jacentes de chacun. Voir **l'énoncé des pratiques exemplaires** sur l'évaluation de l'incontinence fécale et de la constipation dans la présente LDPE (p. 55).
- Une activité physique de faible intensité peut également contribuer à prévenir la constipation.
- La pratique d'une activité physique de faible intensité ne peut à elle seule prévenir la constipation ou contribuer à sa gestion. Il importe également que les fournisseurs de soins de santé encouragent les personnes souffrant de constipation à consommer suffisamment de liquides et de fibres. Voir la **recommandation 5.1** pour en savoir plus sur l'apport en fibres, et la **recommandation 5.2** pour en savoir plus sur l'apport en liquides.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Diabetes Canada. Benefits of physical activity [Internet]. Toronto (Ontario) : Diabetes Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/benefits-of-physical-activity.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource en ligne portant sur l'activité physique pour les personnes atteintes de diabète. ■ La ressource contient de l'information sur les bienfaits de l'activité physique et sur la façon de cerner les obstacles à l'activité physique et fournit des conseils pour surmonter ces obstacles.
<p>Diabetes Canada. Introductory resistance program [Internet]. Toronto (Ontario) : Diabetes Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/introductory-resistance-program.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource en ligne fournissant des lignes directrices pour établir un programme d'initiation à l'entraînement en résistance pour les personnes atteintes de diabète. ■ La ressource contient de l'information sur les bienfaits de l'entraînement en résistance et sur les consignes de sécurité et fournit des conseils sur la façon d'effectuer l'entraînement.
<p>Diabetes Canada. Maintaining aerobic exercise [Internet]. Toronto (Ontario) : Diabetes Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.diabetes.ca/diabetescanadawebsite/media/managing-my-diabetes/tools%20and%20resources/maintaining-aerobic-exercise.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource en ligne sur l'établissement d'un programme d'exercices d'aérobic pour les personnes atteintes de diabète. ■ La ressource contient de l'information sur les bienfaits de l'activité physique et sur la notion d'intensité de l'activité aérobique.
<p>Walking. Dans : NHS Health Scotland [Internet]. [lieu inconnu] : NHS Health Scotland; c2020. Accessible sur le site Web : https://www.nhsinform.scot/healthy-living/keeping-active/activities/walking</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ressource fournit de l'information sur les bienfaits de la marche pour la santé physique et mentale.
<p>Older adults: Sit up, get dressed, keep moving. Dans : NHS University Hospitals of North Midlands [Internet]. [lieu inconnu] : UHNM NHS Trust; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.uhnm.nhs.uk/our-services/older-adults/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ressource contient de l'information sur la façon dont l'activité peut prévenir le syndrome de déconditionnement, qui peut contribuer à la constipation et à l'incontinence. ■ Elle propose des brochures téléchargeables contenant des instructions précises sur la façon d'effectuer des exercices au lit et sur une chaise.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 5 :

Faut-il recommander un apport suffisant de fibres et/ou de liquides pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Fréquence des selles, consistance des selles, qualité de vie et utilisation de laxatifs.

RECOMMANDATION 5.1 :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de conseiller les personnes sur l'apport adéquat en fibres pour prévenir et gérer la constipation.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Douze études ont examiné les effets des fibres sur la prévention et la gestion de la constipation chez les personnes en bonne santé (qui ne souffrent pas de constipation) et chez les personnes constipées (50-61). Le type et la quantité de fibres varient d'une étude à l'autre. Dans neuf études, les fibres étaient consommées sous forme de suppléments (inuline, extrait de son de blé, polydextrose, fibres de maïs solubles, gomme de guar hydrolysée, fibres de **psyllium**^G et polysaccharides à volume spécifique élevé). Trois études portaient sur les fibres alimentaires, deux sur la consommation de graines de lin et une sur les pruneaux (52, 60, 61). Cinq études demandaient aux participants de consommer les fibres avec une quantité prescrite d'eau / de liquide (51, 52, 59-61) et une étude encourageait les participants à augmenter leur consommation de liquide tout au long de la journée (54). La durée de l'apport en fibres préconisée par les différentes études allait de 10 jours à 12 semaines.

Dans l'ensemble, les éléments probants montrent qu'un apport adéquat en fibres peut améliorer la fréquence et la consistance des selles et la qualité de vie et diminuer l'utilisation de laxatifs (50-61). Soulignons que dans l'une des quatre études qui ont fait état de la fréquence des selles, on a constaté une tendance à la réduction de la fréquence des selles après la prise de suppléments de fibres (51).

Trois études ont fait état d'effets indésirables associés à la consommation de suppléments de fibres, notamment des maux de tête et des symptômes gastro-intestinaux, tels qu'un étirement des muscles abdominaux, des crampes abdominales, de la diarrhée, des flatulences, des ballonnements et des régurgitations acides (50, 53, 57). Cependant, aucun de ces effets indésirables n'a entraîné l'arrêt de la consommation de fibres. Le degré de certitude des données est faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études, du manque d'homogénéité des outils de mesure des résultats d'une étude à l'autre et du petit nombre de participants.



Attention : Il est nécessaire d'obtenir les antécédents médicaux d'une personne adulte et de procéder à un examen de ses médicaments avant de lui conseiller de consommer des fibres. À titre d'exemple, les fibres de psyllium ne sont pas recommandées pour les personnes souffrant de constipation provoquée par la prise d'opioïdes, car elles peuvent entraîner une obstruction intestinale.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (apport adéquat en fibres) sur les résultats prioritaires (fréquence et régularité des selles, qualité de vie et utilisation de laxatifs), veuillez consulter les profils des éléments probants à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Les détails concernant les différentes sortes de supplément de fibres et des considérations additionnelles relatives à la consommation de fibres alimentaires (les fibres naturellement présentes dans les aliments) sont présentés dans les notes de pratique.

Valeurs et préférences

L'examen systématique n'a relevé aucun élément probant concernant les valeurs et les préférences des personnes souffrant de constipation relativement à l'apport approprié de fibres.

Équité dans l'accès aux soins

Le comité d'experts souligne que les suppléments de fibres peuvent être coûteux et que par conséquent ils ne sont peut-être pas à la portée des bourses de toutes les personnes souffrant de constipation.

Conclusions du comité d'experts

Un apport approprié en fibres peut être bénéfique. Il peut également entraîner certains effets indésirables. Le degré de certitude de ces éléments probants est faible. Par ailleurs, la consommation de suppléments de fibres n'est pas toujours tolérée par les personnes souffrant de constipation en raison de leurs effets indésirables. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est conditionnelle.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- Un apport suffisant en fibres ne peut à lui seul prévenir la constipation ou contribuer à la gérer. Il importe également que les fournisseurs de soins de santé encouragent les personnes souffrant de constipation à boire suffisamment et à pratiquer une activité physique. Voir la **recommandation 4.1** pour en savoir plus sur l'activité physique, et la **recommandation 5.2** pour en savoir plus sur l'apport en liquide.
- Bien que la plupart des éléments probants portent principalement sur les suppléments de fibres, les fournisseurs de soins de santé devraient encourager les personnes souffrant de constipation à intégrer des aliments riches en fibres à leur régime alimentaire. Le comité d'experts recommande la consommation de fibres végétales en s'appuyant sur la documentation récente qui montre que le microbiome intestinal est un élément essentiel pour la santé et qu'il est actuellement admis que les fibres végétales semblent être une source importante de nutriments qui favorisent une diversité optimale du microbiote et le bon fonctionnement des fonctions qui y sont associées (62). Une liste des fibres végétales figure dans la section des ressources documentaires pour cette recommandation.
- Pour obtenir des conseils sur la quantité de fibres recommandée, veuillez consulter le document *Food Sources of Fibre* consultable sur le site Web Les diététistes du Canada (dans les ressources documentaires ci-dessous).
- Les personnes concernées devraient être aiguillées vers un diététicien agréé pour bénéficier d'un soutien accru sur l'incorporation de fibres dans leur alimentation afin de prévenir et de gérer la constipation.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Accent sur les fibres alimentaires. Dans : Découvrez les aliments [Internet]. Dernière mise à jour : 31 oct. 2018. [lieu inconnu] : Les diététistes du Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.unlockfood.ca/fr/Articles/Fibre/Accent-sur-les-fibres-alimentaires.aspx?aliaspath=%2fen%2fArticles%2fFibre%2fFocus-on-Fibre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web contenant de l'information sur la quantité recommandée de fibres en fonction du genre et de la tranche d'âge de la personne et sur la façon d'incorporer davantage de fibres dans un régime alimentaire.
<p>Continence Foundation of Australia. Bristol stool chart [Internet]. Surrey Hills [Australie] : Continence Foundation of Australia; c2019. Accessible sur la page Web : https://www.continence.org.au/pages/bristol-stool-chart.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tableau présentant sept catégories de selles. ■ Le site Web fournit également de l'information sur les indicateurs d'un intestin sain. ■ Vous le trouverez également à l'annexe Q.
<p>Trouver une diététiste Dans : Les diététistes du Canada [lieu inconnu] : Les diététistes du Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://members.dietitians.ca/DCMember/s/find-dietitian?language=fr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web permettant de trouver un diététicien qui peut fournir des conseils nutritionnels personnels et des solutions pratiques.
<p>Daily Food and Activity Diary. Dans : National Heart, Lung, and Blood Institute [Internet]. Bethesda (MD) : National Heart, Lung, and Blood Institute; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/eat/diary.htm</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Journal quotidien de l'alimentation et de l'activité qui vous permet de suivre votre consommation alimentaire et vos activités physiques pour vous aider à perdre du poids ou à maintenir un poids et un niveau d'activité sains.
<p>Food sources of fibre. Dans : Les diététistes du Canada [lieu inconnu] : Les diététistes du Canada; c2016. Accessible sur la page Web : https://www.kfhn.ca/default/assets/File/Food%20sources%20of%20soluble%20fibre.minpreview&muraadminpreview&mobileformat=false</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fiche d'information sur les différentes sortes de fibres. ■ La ressource fournit également de l'information sur la consommation quotidienne recommandée de fibres par tranche d'âge.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 5 :

Faut-il recommander un apport suffisant de fibres et/ou de liquides pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Consistance des selles et utilisation de laxatifs.

RECOMMANDATION 5.2 :

Le comité d'experts recommande que, dans le cadre d'un programme élargi à volets multiples, les fournisseurs de soins de santé conseillent aux personnes souffrant de constipation de boire suffisamment pour les aider à gérer leur constipation.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Cette recommandation ne concerne que l'apport en liquides pour la gestion de la constipation. La littérature ne mentionne aucun exemple de recommandation concernant l'apport en liquides pour la gestion de l'incontinence fécale. Les données montrent qu'un apport hydrique adéquat dans le cadre d'un programme élargi à volets multiples peut améliorer la consistance des selles et diminuer l'utilisation de laxatifs chez les personnes souffrant de constipation (4, 30). En plus d'un apport hydrique adéquat, les fournisseurs de soins de santé qui ont participé aux études ont également conseillé les personnes concernées sur la consommation quotidienne recommandée de fibres alimentaires, l'adoption d'un régime alimentaire équilibré, l'exercice physique, les positions les plus appropriées pour déféquer et l'usage approprié de laxatifs (4, 30). Une étude (4) recommandait un apport quotidien en liquides de 1 500 à 2 000 ml. L'autre étude (30) ne fournissait aucune information à ce sujet.

La littérature ne fait état d'aucun effet indésirable lié à un apport hydrique adéquat. Le degré de certitude des données est très faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et au petit nombre de participants.



Attention : La prestation de conseils sur l'apport adéquat en liquides devrait être adaptée aux adultes en restriction hydrique (p. ex., les adultes atteints d'une maladie rénale ou qui souffrent d'une insuffisance cardiaque) ou à ceux qui présentent d'autres problèmes de santé pertinents.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (apport hydrique adéquat dans le cadre d'un programme élargi à volets multiples) sur les résultats prioritaires (consistance des selles et utilisation de laxatifs), voir les profils des données disponibles à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Voir les notes de pratique pour les considérations particulières relatives à un apport hydrique adéquat.

Valeurs et préférences

La revue systématique de la littérature n'a relevé aucune donnée sur les valeurs et les préférences des personnes souffrant de constipation relativement à un apport hydrique adéquat.

Équité dans l'accès aux soins

L'eau est une source de liquide abordable et facilement accessible. Cependant, il importe de noter que de nombreuses collectivités autochtones du Canada n'ont pas encore accès à l'eau potable, ce qui constitue un obstacle majeur à l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Un apport hydrique adéquat peut être bénéfique. Aucun effet indésirable n'a été constaté. Cependant, le degré de certitude des données est très faible. Le comité d'experts a conclu qu'il s'agit d'une intervention peu coûteuse que les personnes ayant accès à de l'eau potable peuvent facilement intégrer à leur quotidien. De plus, les bénéfices d'un apport hydrique adéquat l'emportent sur les éventuels inconvénients chez la plupart des gens et les personnes concernées attachent de l'importance à l'amélioration des résultats. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- Un apport hydrique adéquat peut également contribuer à prévenir la constipation.
- Les personnes concernées doivent être aiguillées vers un diététicien agréé pour obtenir un soutien accru sur un apport hydrique adéquat afin de prévenir la constipation et de la gérer.

Selon les données

- Une étude soutient que l'apport hydrique quotidien adéquat est de 1 500 à 2 000 ml (4). Cette donnée est conforme aux recommandations figurants sur le site Web Les diététistes du Canada (63). Le comité d'experts convient que cette quantité représente un apport hydrique quotidien adéquat.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
L'hydratation, ça coule de source [Internet]. [lieu inconnu] : Les diététistes du Canada; c2020. Accessible sur la page Web : https://www.unlockfood.ca/fr/Articles/Eau/L-hydratation,-ca-coule-de-source.aspx?aliaspath=%2fen%2fArticles%2fWater%2fFacts-on-Fluids-How-to-stay-hydrated	<ul style="list-style-type: none"> ■ Directives concernant l'apport hydrique pour les hommes et les femmes. ■ Cette ressource porte sur les différents liquides, les signes et symptômes de déshydratation et les stratégies pour rester hydraté.
Patient Fluid Intake and Output Sheet [Internet]. [lieu inconnu] : Humber River Hospital; c2014. Accessible sur la page Web : http://hrcatalog.hrrh.on.ca/InmagicGenie/DocumentFolder/002093_fluid%20balance%20sheet.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document permettant aux patients de surveiller leur apport hydrique et l'évacuation des liquides. ■ La ressource propose un guide de référence sur les liquides les plus couramment consommés et la quantité de liquide contenue dans différents produits.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 5 :

Faut-il recommander un apport adéquat de fibres et/ou de liquides pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Consistance des selles, épisodes d'incontinence et qualité de vie.

RECOMMANDATION 5.3 :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de préconiser l'utilisation de suppléments de fibres de psyllium chez les personnes souffrant d'incontinence fécale qui vivent dans la collectivité.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Moyen

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Le psyllium est un supplément de fibres alimentaires qui a une grande capacité de rétention d'eau. Cela a un effet normalisant sur les selles. Il peut ramollir les selles dures en cas de constipation ou raffermir les selles molles/liquides en cas de diarrhée (64). Des études indiquent que la supplémentation en fibres de psyllium améliore probablement la consistance des selles et réduit les épisodes d'incontinence chez les personnes souffrant d'incontinence fécale qui vivent dans la collectivité (65, 66).

Deux études ont fait état du résultat pour la qualité de vie. L'une des études a montré que la supplémentation en fibres de psyllium pouvait améliorer la qualité de vie (66), tandis que l'autre n'a constaté aucune différence entre le groupe d'intervention et le groupe de comparaison quant à la qualité de vie (65). La documentation ne fait état d'aucun effet indésirable sur la qualité de vie, la consistance des selles ou les épisodes d'incontinence. Une étude a constaté que la supplémentation en fibres de psyllium pouvait accentuer les symptômes gastro-intestinaux indésirables tels que les crampes abdominales, mais elle a précisé que les symptômes étaient absents ou plutôt faibles la plupart des jours (65). La seconde étude a signalé la diarrhée comme un effet indésirable (66).

Le degré de certitude des données est moyen en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études, du manque d'homogénéité des outils de mesure des résultats d'une étude à l'autre, du manque de cohérence des résultats des études et du petit nombre de participants.



Attention : Le comité d'experts averti que les fibres de psyllium peuvent causer des effets indésirables (tels que la constipation ou un fécalome) si elles sont consommées par des personnes qui ne sont pas mobiles et qui ne sont pas suffisamment hydratées. Par conséquent, la supplémentation en fibres de psyllium n'est pas indiquée pour les personnes alitées ou pour les adultes âgés vivant en établissement de soins de longue durée. La recommandation s'applique plutôt aux personnes qui vivent dans la collectivité.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (supplémentation en fibres de psyllium) sur les résultats prioritaires (consistance des selles, épisodes d'incontinence et qualité de vie), voir les profils des données à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Les composantes particulières de l'intervention mentionnées dans la littérature sont décrites dans les notes de pratique.

Valeurs et préférences

La revue systématique de la littérature n'a relevé aucune donnée sur les valeurs et les préférences des personnes souffrant d'incontinence fécale relativement à l'apport de supplément de psyllium.

Équité dans l'accès aux soins

Le comité d'experts a fait observer que le coût des suppléments de fibres de psyllium peut ne pas être couvert par les régimes d'assurance de certaines personnes souffrant d'incontinence fécale. De ce fait, ces personnes pourraient avoir des difficultés à se procurer des suppléments de fibres de psyllium en raison de leur coût.

Conclusions du comité d'experts

L'utilisation de suppléments de fibres de psyllium peut être bénéfique, car elle peut améliorer la consistance des selles et la qualité de vie et réduire la fréquence des épisodes d'incontinence fécale. Dans l'ensemble, le degré de certitude des données était moyen. Cependant, la supplémentation en fibres de psyllium a été associée à des effets secondaires, tels que des crampes abdominales et des diarrhées chez les personnes souffrant d'incontinence fécale qui vivent dans la collectivité. Le comité d'experts a souligné que les fibres de psyllium peuvent avoir des effets indésirables (tels que la constipation ou un fécalome) chez les personnes non mobiles qui ne sont pas suffisamment hydratées. Compte tenu des effets secondaires et des éventuels effets indésirables, le comité d'experts a conclu que la recommandation était conditionnelle.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- Avant de prescrire des suppléments de fibres de psyllium, les fournisseurs de soins de santé doivent procéder à une évaluation afin de déterminer les causes de l'incontinence fécale chez les personnes vivant dans la collectivité.
- Il faut préconiser la consommation d'aliments contenant des fibres alimentaires avant d'envisager la possibilité de recourir à des suppléments de fibres de psyllium.
- La supplémentation en fibres de psyllium doit se faire graduellement (p. ex., en commençant par une cuillère à café, puis en augmentant la dose si elle est tolérée).

Tableau 11 : Notes de pratique sur les données

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Apport adéquat de fibres de psyllium</p>	<p>Quantité recommandée de fibres de psyllium</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bliss et coll. (2014) ont utilisé 14,6 g de psyllium/jour pendant 32 jours après une période de référence de 14 jours (65). <ul style="list-style-type: none"> □ Les participants étaient des personnes de 18 ans ou plus vivant dans la collectivité, qui avaient au moins deux épisodes d'incontinence fécale par période de deux semaines. □ Les personnes ayant des difficultés de déglutition, des troubles de malabsorption ou une allergie aux fibres ou qui utilisaient régulièrement un laxatif ou étaient nourries par gavage ont été exclues de l'étude (65). ■ Markland et coll. (2105) ont utilisé 3,4 mg de psyllium/jour pendant quatre semaines (66). <ul style="list-style-type: none"> □ La moyenne d'âge des participants était de 60,7 ± 10,1 ans. □ Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète sucré, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque congestive, les maladies du foie, la cholécystectomie, les antécédents de chirurgie des hémorroïdes et l'intolérance au lactose (66).

RECOMMANDATIONS



QUESTION DE RECOMMANDATION N° 6 :

Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Qualité de vie, accès aux soins, satisfaction du patient, épisodes d'incontinence et de constipation

RECOMMANDATION 6.1 :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'adopter une approche interprofessionnelle dans la prestation de soins aux personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Les résultats de la recherche quantitative montrent que l'adoption d'une approche interprofessionnelle dans les organisations de services de santé peut améliorer la qualité de vie et la satisfaction des patients et réduire la fréquence des épisodes d'incontinence chez les personnes souffrant d'incontinence fécale (67). Elle peut également réduire l'incidence de la constipation chez les personnes souffrant de constipation (68). Le degré de certitude des données est faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et au petit nombre de participants.

Une étude qualitative portant sur l'accès aux services d'aide à l'incontinence et la satisfaction des patients a montré que les personnes souffrant d'incontinence fécale avaient généralement une perception positive de l'accès à un cheminement clinique intégré et que cette approche pouvait constituer une option intéressante sur laquelle se pencher dans les années à venir (69). Les données qualitatives ont été déclarées comme étant peu fiables en raison des limites inhérentes à la méthode utilisée pour mener l'étude et du petit nombre de participants.

La littérature ne fait état d'aucun effet indésirable sur l'accès aux soins, la satisfaction du patient et les épisodes d'incontinence et de constipation. Cependant, une étude a signalé une tendance à la baisse pour l'un des quatre volets de la qualité de vie (capacité d'adaptation/comportement) chez les participants ayant suivi un cheminement intégrant une évaluation rapide et un traitement par rapport à ceux qui ont suivi un cheminement de soins classique.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (approche interprofessionnelle) sur les résultats prioritaires (qualité de vie, accès aux soins, satisfaction du patient, épisodes d'incontinence et de constipation), voir les profils des données à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Les composantes particulières de l'intervention mentionnées dans la littérature et les considérations supplémentaires du comité d'experts sont présentées dans les notes de pratique pour cette recommandation.

Valeurs et préférences

Les données indiquent que les personnes souffrant d'incontinence fécale attachent une grande importance à l'accès direct aux services interprofessionnels de soins de l'incontinence offerts dans la collectivité. Les personnes étaient satisfaites du processus d'aiguillage, de la brièveté des délais de rendez-vous pour obtenir des consultations et des services de l'équipe spécialisée dans la continence et de la bonne gestion de leurs symptômes (69).

Les personnes souffrant d'incontinence fécale qui ont suivi un cheminement de soins classique ont fait savoir que certains médecins généralistes n'étaient pas au courant des services de traitement de l'incontinence offerts dans la collectivité. Elles rapportent également avoir subi certains délais avant d'être aiguillées vers les services appropriés d'aide à l'incontinence et ont eu l'impression que ces services étaient difficiles à trouver (69).

Équité dans l'accès aux soins

Pour certaines personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation, l'accès à une équipe interprofessionnelle d'experts peut être limité dans leur localité ou dans l'établissement de santé où elles vivent ou reçoivent des soins.

Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts a conclu que la plupart des personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation peuvent être prises en charge de manière appropriée par un spécialiste de la continence qui connaît bien cette affection et qui peut fournir des conseils appropriés quant à sa gestion. Certaines personnes auront besoin que les membres de l'équipe d'experts pratiquent au même endroit, mais ce niveau de soins n'est pas requis pour tous. De plus, le degré de certitude des données appuyant une approche interprofessionnelle était faible. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est conditionnelle.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- Les membres de l'équipe interprofessionnelle sont notamment des infirmières ou infirmiers (infirmières ou infirmiers diplômés, infirmières ou infirmiers auxiliaires diplômés, infirmières ou infirmiers praticiens, infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés, infirmières ou infirmiers conseillers en continence [IICC], infirmières ou infirmiers spécialisés en plaies, stomies et continence [IISPSCC]), des médecins (médecins généralistes, urogynécologues, urologues, chirurgiens colorectaux), des préposés aux services de soutien à la personne, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des diététiciens et des pharmaciens.
- L'approche interprofessionnelle doit être adaptée aux besoins individuels en matière de soins. Les établissements de soins primaires doivent utiliser une approche des soins fondée sur des données probantes et disposer de ressources pour aiguiller les patients vers des spécialistes de la continence et/ou d'autres services de soins de l'incontinence (p. ex., des cliniques d'incontinence), selon les besoins.

Tableau 12 : Notes de pratique sur les données

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
<p>Approche interprofessionnelle des soins pour l'incontinence fécale et/ou la constipation</p>	<p>Hussain, Lim et Stojkovic, 2017 et Rimmer et coll., 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation de cheminements cliniques pour les personnes souffrant d'incontinence fécale, aiguillage vers une équipe spécialisée dans la continence aux fins de consultations (67, 69). ■ Les cheminements cliniques comprenaient une équipe interprofessionnelle de fournisseurs de soins de santé : <ul style="list-style-type: none"> □ Cheminement intégrant une évaluation rapide et un traitement : équipe composée de chirurgiens, d'un physiothérapeute du plancher pelvien, d'une infirmière ou d'un infirmier praticien en physiologie anorectale et d'un chercheur indépendant (67). □ Cheminement de soins intégrés : infirmière ou infirmier spécialisé dans la fonction intestinale, équipe spécialisée dans la continence offrant des services dans la collectivité et chirurgien colorectal consultant pratiquant dans un service de dysfonctionnement du plancher pelvien (69). <p>Osuafor et coll., 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Projets d'amélioration de la qualité planifiés et réalisés par une équipe interprofessionnelle pour prévenir et gérer la constipation (68). Ces projets comportent les volets suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ Contrôles de la constipation dans les différents services d'hospitalisation. □ Réunions des membres de l'équipe interprofessionnelle sur la mise au point d'un algorithme pour prévenir, détecter et traiter la constipation. □ L'équipe interprofessionnelle était composée d'un membre du personnel infirmier chef de service clinique, de membres du personnel infirmier, de diététiciens, de physiothérapeutes et de médecins (68).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Trouvez un professionnel. Dans : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) [Internet]. Peterborough (Ontario) : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada); 2020. Accessible sur la page Web : https://www.canadiancontinence.ca/FR/trouvez-un-professionnel.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web qui présente les différents spécialistes de la continence (et leurs rôles respectifs) qui interviennent auprès des personnes souffrant d'incontinence fécale ou de constipation. ■ Il permet aux personnes se trouvant au Canada de trouver un professionnel approprié dans leur localité.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 7 :

Faut-il recommander un protocole intestinal pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Constipation et utilisation de laxatifs.

RECOMMANDATION 7.1 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en œuvre un protocole intestinal personnalisable pour la gestion de la constipation.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Degré de fiabilité des données : Sans objet

Discussion sur les données :

Avantages et inconvénients

Cette recommandation ne concerne que les protocoles intestinaux pour la gestion de la constipation. La documentation ne mentionne aucun exemple de recommandation concernant des protocoles intestinaux pour la gestion de l'incontinence fécale. Aux fins de cette recommandation, on entend par « protocole intestinal » un programme détaillé de stratégies de gestion de la constipation destiné aux personnes concernées.

Les données montrent que la mise en œuvre d'un protocole intestinal peut diminuer la constipation chez les personnes souffrant de constipation et réduire leur consommation de laxatifs (32, 68, 70). Les études ont examiné les effets de la mise en œuvre de protocoles intestinaux dans des établissements de soins gériatriques (p. ex., établissements de soins de longue durée et de réadaptation gériatrique). La littérature ne fait état d'aucun effet indésirable lié à un protocole intestinal. Le degré de certitude des données est très faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études et au petit nombre de participants.

Pour en savoir plus sur les effets de l'intervention (protocole intestinal) sur les résultats prioritaires (constipation et utilisation de laxatifs), voir les profils des données à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Les composantes particulières des protocoles intestinaux ayant fait l'objet des études et toute considération supplémentaire du comité d'experts à ce sujet sont présentées dans les notes pratiques pour cette recommandation. **L'annexe S** fournit des exemples de protocoles intestinaux.

Valeurs et préférences

L'examen systématique n'a relevé aucune donnée sur les valeurs et les préférences des personnes souffrant de constipation en matière de protocoles intestinaux.

Conclusions du comité d'experts

Les protocoles intestinaux peuvent être bénéfiques. Aucun effet indésirable n'a été constaté. Cependant, le degré de certitude de ces éléments probants est très faible.

Le comité d'experts a conclu que les personnes attachent de l'importance à l'amélioration des résultats et que les avantages l'emportent sur les éventuels inconvénients, surtout si les protocoles intestinaux sont adaptés aux besoins du patient. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Selon le comité d'experts

- Tout protocole intestinal doit être adapté aux besoins, aux préférences et aux antécédents de santé de la personne concernée.
- Bien que l'étude portait spécifiquement sur des patients traités dans des établissements gériatriques (p. ex., établissements de soins de longue durée et de réadaptation gériatrique), les protocoles intestinaux sont applicables aux patients traités dans d'autres contextes de soins de santé, tels que les soins offerts dans la collectivité et les unités de soins de courte durée.

Tableau 13 : Notes de pratique sur les données

INTERVENTION PRINCIPALE	DÉTAIL DES DONNÉES
Composantes d'un protocole intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les interventions particulières menées dans le cadre des différents protocoles intestinaux variaient d'une étude à l'autre. Cependant, les protocoles présentaient des points communs, notamment les suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ recommandation d'un apport adéquat de fibres et de liquides (32, 68, 70); □ formation sanitaire sur l'exercice et la mobilité (32, 68, 70); □ examen des médicaments, suivi d'une évaluation physique (32, 68, 70); □ prescription de médicaments pour le soulagement des symptômes (32, 68, 70); □ les protocoles recommandaient de consulter un médecin si les mesures ci-dessus ne donnaient aucun résultat (68, 70).
Élaboration d'un protocole intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les protocoles intestinaux ont été élaborés par une équipe multidisciplinaire interne dans deux des trois études (68, 70). Cela montre à quel point il est important que le processus décisionnel soit mené par une équipe composée de différents fournisseurs de soins de santé. ■ Dans l'une des études, le groupe de travail était composé d'un médecin, d'un pharmacien, d'un membre du personnel infirmier, d'un chercheur, d'un diététicien et d'un membre de la haute direction (70). Dans l'autre étude, le groupe de travail était composé d'une infirmière ou d'un infirmier clinicien gestionnaire, d'infirmières ou d'infirmiers soignants, de diététiciens, de physiothérapeutes et de médecins (68).

Lacunes de la recherche et conséquences futures

Le comité d'experts et l'équipe de recherche et de développement des pratiques exemplaires de l'AIIAO ont cerné les domaines prioritaires sur lesquels doit se pencher la recherche dans les prochaines années (voir les **tableaux 14 et 15**). La réalisation d'études portant sur ces domaines permettrait d'apporter d'autres données à l'appui de la prestation de soins de qualité aux personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation, et qui répondent aux normes d'équité dans l'accès aux soins. La liste n'est pas exhaustive et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

Tableau 14 : Domaines de recherche prioritaires par question de recommandation

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :</p> <p>Faut-il recommander des stratégies d'élimination pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?</p> <p>Résultats : Épisodes d'incontinence, qualité de vie et utilisation de produits pour l'incontinence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets des stratégies d'élimination sur les personnes atteintes de démence ou d'autres troubles du comportement. ■ Les effets de la mise en œuvre de stratégies d'élimination personnalisées sur la charge de travail du personnel soignant. ■ L'efficacité des stratégies d'élimination dans la prévention des lésions cutanées chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :</p> <p>Faut-il recommander l'activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?</p> <p>Résultats : Épisodes d'incontinence et limitations physiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Études comparatives entre les personnes au mode de vie sédentaire et celles qui pratiquent la marche et incidences sur les résultats obtenus en matière d'incontinence urinaire. ■ L'efficacité des exercices de faible intensité pour la gestion de l'incontinence urinaire chez les hommes. ■ Les effets de la RPS chez les hommes souffrant d'incontinence urinaire. ■ L'efficacité des exercices de faible intensité pour la gestion de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées. ■ Les effets de l'activité physique sur les indicateurs de la mobilité et les taux de chute chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :</p> <p>Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?</p> <p>Résultats : Qualité de vie, satisfaction du patient et épisodes d'incontinence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets de la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle sur la qualité de vie et l'accès aux soins des personnes souffrant d'incontinence urinaire. ■ Examen des avantages de l'accès à une équipe interprofessionnelle (au même endroit) comparativement à un aiguillage vers un spécialiste de la continence approprié possédant des connaissances en gestion de l'incontinence. ■ Examen des avantages d'offrir des consultations virtuelles avec des spécialistes de la continence.

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 4 :</p> <p>Faut-il recommander la pratique d'une activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?</p> <p>Résultats : Épisodes d'incontinence et de constipation et qualité de vie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'efficacité de l'activité physique de faible intensité sur la gestion de la constipation chez les hommes. ■ Les effets de l'activité physique sur les indicateurs de mobilité et les taux de chute chez les personnes souffrant de constipation. ■ Les effets de l'activité physique sur les résultats des personnes souffrant d'incontinence fécale.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 5 :</p> <p>Faut-il recommander un apport adéquat de fibres et/ou de liquides pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?</p> <p>Résultats : Fréquence et consistance des selles, utilisation de laxatifs, épisodes d'incontinence et qualité de vie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'efficacité de la consommation de fibres alimentaires (telles que le blé, les fruits et les légumes) dans la gestion de la constipation. ■ Examen des effets secondaires des fibres de psyllium sur la constipation et les fécalomes. ■ Les effets de la consommation de fibres de psyllium chez les personnes alitées et les personnes en établissement de soins de longue durée. ■ L'efficacité des suppléments de fibres de psyllium lorsqu'ils sont utilisés conjointement avec d'autres stratégies, telles qu'un apport hydrique adéquat et une augmentation de la mobilité. ■ Les effets d'un apport adéquat de fibres et/ou de liquides sur les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 6 :</p> <p>Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?</p> <p>Résultats : Qualité de vie, accès aux soins, satisfaction du patient, épisodes d'incontinence et de constipation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen des avantages de l'accès à une équipe interprofessionnelle (au même endroit) comparativement à l'aiguillage vers un spécialiste de la continence approprié possédant des connaissances en gestion de l'incontinence. ■ Examen des avantages d'offrir des consultations virtuelles avec des spécialistes de la continence.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 7 :</p> <p>Faut-il recommander un protocole intestinal pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?</p> <p>Résultats : Constipation et utilisation de laxatifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets d'un protocole intestinal sur les personnes souffrant d'incontinence fécale. ■ L'efficacité d'un protocole intestinal dans divers contextes de soins de santé, comme les unités de soins de courte durée et les soins offerts dans la collectivité.

Tableau 15 : Domaines de recherche priorités par le comité d'experts

- Faut-il recommander aux fournisseurs de soins de fournir des instructions sur la gestion de l'incontinence et de faire un suivi sur leur mise en œuvre pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation?
- Faut-il recommander de poser des questions de dépistage normalisées pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation?
- Faut-il recommander la déprescription des médicaments affectant les fonctions vésicale et intestinale pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation?



Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des LDPE au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. Il faut plus que la sensibilisation et la diffusion des LDPE pour que la pratique change : les LDPE doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (71). La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition* (18) 2012 de l'AIIAO fournit un processus fondé sur des données probantes pour parvenir à cette fin. Elle peut être téléchargée à l'adresse https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf

La *Trousse* s'appuie sur des données récentes qui montrent que l'adoption de pratiques exemplaires dans le domaine des soins de santé a plus de chances de réussir lorsque les situations suivantes se présentent :

- les décideurs à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice;
- la sélection des LDPE qui seront mises en œuvre se fait dans le cadre d'un processus systématique et participatif;
- les intervenants à qui s'adressent les lignes directrices sont déterminés et engagés à participer à leur mise en œuvre;
- l'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et traités;
- les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- l'utilisation de la LDPE est surveillée systématiquement et maintenue;
- l'évaluation des effets de la LPDE est intégrée au processus;
- il existe des ressources adéquates pour réaliser tous les volets de la mise en œuvre.

La *Trousse* utilise le cadre de mise en pratique des connaissances pour déterminer les étapes du processus nécessaires à la recherche et à la synthèse des connaissances (72). Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances (comme les LDPE) pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses LDPE. Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers^{MD}, qui développe la capacité de chaque infirmière et infirmier à encourager la sensibilisation aux LDPE et l'engagement des intervenants à les adopter.
2. Les ordonnances des LDPE, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et réalisables formulés à partir de recommandations de pratiques. Les ordonnances des LDPE peuvent être facilement intégrées à des documents électroniques ou papiers.
3. La désignation d'OVPE^{MD}, qui appuie la mise en œuvre des LDPE au niveau de l'organisation et du système de soins de santé. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application.

Pour en savoir plus sur nos stratégies de mise en œuvre, voir :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : <https://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- Ordonnances des LDPE de l'AIIAO : <http://RNAO.ca/ehealth/bpgordersets>
- OVPE^{MD} de l'AIIAO : <https://RNAO.ca/bpg/bpso>
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : <https://RNAO.ca/events>

CADRE DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES RÉVISÉ

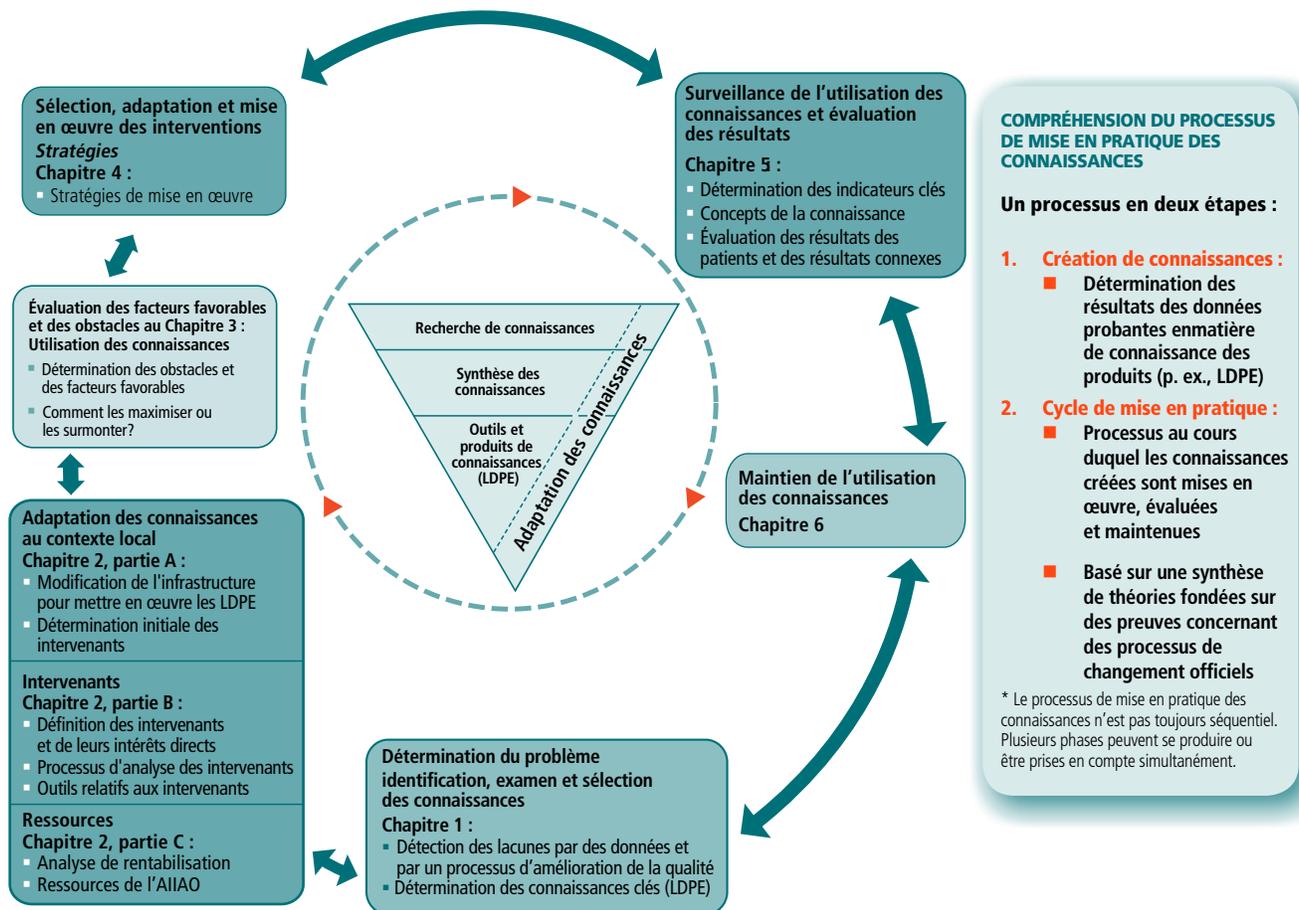


Figure 1 : Cadre de mise en pratique des connaissances

Source : adaptation par le groupe d'experts de : Straus S, Tetroe J, Graham ID, editors. Knowledge translation in health care. Oxford (Royaume-Uni) : Wiley-Blackwell; 2009.

La *Trousse Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (deuxième édition)* de l'AIIAO est en cours de révision. La prochaine édition devrait être publiée en 2021.

Références

1. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada Les neuf interventions et traitements sur lesquels le personnel infirmier et les patients devraient s'interroger [Internet]. [lieu inconnu] : Choisir avec soin; [dernière mise à jour : oct. 2019]. Accessible sur la page Web : <https://choisiravecsoin.org/soins-infirmiers/>
2. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Favoriser la continence par le déclenchement de la miction Toronto (Ontario) : AIIAO, 2011 Accessible sur la page Web : <https://rnao.ca/bpg/translations/favoriser-la-contenance-par-le-d%C3%A9clenchement-de-la-miction>.
3. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Prévention de la constipation chez les personnes âgées Toronto (Ontario) : AIIAO, 2011 Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Prevention_de_la_constipation_chez_les_personnes_agees.pdf.
4. Ayaz S, Hisar F. The efficacy of education programme for preventing constipation in women. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(3):275-82.
5. Gray J. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. *Can J Gastroenterol*. 2011;25(Suppl B):7B-10B.
6. International Continence Society. ICS glossary International Continence Society; 2020 [accessible sur le site Web : <https://www.ics.org/glossary>
7. Symptoms & Causes of Fecal Incontinence. Dans : National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disorders [Internet]. Juil. 2017 [lieu inconnu] : National Institutes of Health; c2020. Accessible sur la page Web : <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/bowel-control-problems-fecal-incontinence/symptoms-causes>
8. Le collège des médecins de famille du Canada (CMFC) Urinary incontinence: Embarrassing but treatable [Internet]. [lieu inconnu] : CFPC 2015 : Accessible sur la page Web : https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Patients/UrinaryIncontinence_EN.pdf
9. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. RHPA: scope of practice, controlled acts model [Internet]. Toronto (Ontario) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; 2018 Accessible sur la page Web : http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41052_rhpscope.pdf
10. Lignes directrices sur la santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Working with unregulated care providers [Internet]. Toronto (Ontario) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; 2013 Accessible sur la page Web : http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41014_workingucp.pdf
11. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système Toronto (Ontario) : AIIAO, 2013
12. Guyatt G, Schunemann HJ, Djulbegovic B, Akl EA. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5) : pp. 597 à 600.
13. Schünemann HJ, Wierioch W, Brozek J, et coll. GRADE evidence to decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT. *J Clin Epidemiol*. 2017;81:101-10.
14. Institut national pour l'excellence de la santé et des soins (NICE) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : NICE; 2 avr. 2019 [dernière mise à jour : 24 juin 2019]. Accessible sur la page Web : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/chapter/Recommendations#non-surgical-management-of-urinary-incontinence>

15. Schunemann HJ, Brozek J, Guyatt G, et coll., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu; éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
16. Lewin S, Booth A, Glenton C, et coll. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):2.
17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly.* 2005;83(4) : pp. 691 à 729.
18. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires [Internet]. 2^e édition, Toronto (Ontario) : AIIAO, 2012. Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf
19. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et coll. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians : NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh.* 2012;25(2) :pp. 26 à 37.
20. Qu'est-ce que l'incontinence urinaire? Dans : Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) [Internet]. Peterborough (Ontario) : Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada); 2020. Accessible sur la page Web : <https://www.canadiancontinence.ca/FR/incontinence-urinaire.php>
21. Charalambous S, Trantafylidis A. Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelviperrineology.* 2009;28:51-3.
22. Urinary Incontinence After Prostate Surgery: Everything You Need To Know. Dans : National Association for Continence BHealth Blog [Internet]. 25 juin 2019. [lieu inconnu] : National Association for Continence (US); c2018. Accessible sur la page Web : <https://www.nafc.org/bhealth-blog/urinary-incontinence-after-prostate-surgery-everything-you-need-to-know>
23. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Continuing Care Reporting System: Profile of residents in residential and hospital-based continuing care, 2018-2019. Ottawa; 2020.
24. Voegeli D. Moisture-associated skin damage: an overview for community nurses. *Br J Community Nurs.* 2013;18(1):6, 8, 10-2.
25. Hayder D. The effects of urinary incontinence on sexuality: seeking an intimate partnership. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012; 39 (5) :539-44.
26. Bliss DJ, Mimura T, Berghmans B, et coll. Assessment and conservative management of fecal incontinence and quality of life in adults. Dans : Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et coll., éditeurs. *Incontinence* [Internet]. 6^e édition Bristol (Royaume-Uni) : ICI Books; 2017. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
27. Rizk DEE. À propos de l'incontinence fécale [Internet]. [lieu inconnu] : Fondation d'aide aux personnes incontinentes; 2010. Accessible sur la page Web : <https://www.canadiancontinence.ca/FR/incontinence-fecale.php>
28. Ilnyckyj A. Prevalence of idiopathic fecal incontinence in a community-based sample. *Can J Gastroenterol.* 2010 : 24(4):251-4.
29. Tin RYT, Schulz J, Gunn B, et coll. The prevalence of anal incontinence in post-partum women following obstetrical anal sphincter injury. *Int Urogynecol J.* 2010;21:927-32.

30. Nour-Eldein H, Salama HM, Abdulmajeed AA, et coll. The effect of lifestyle modification on severity of constipation and quality of life of elders in nursing homes at Ismailia city, Egypt. *J Family Community Med.* 2014; 21 (2):100–6.
31. Tantawy SA, Kamel DM, Abdelbasset WK, et coll. Effects of a proposed physical activity and diet control to manage constipation in middle-aged obese women. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2017;10:513-9.
32. Davignon A, Sham R, Lappen D, et coll. Implementation and evaluation of a natural bowel care protocol in long-term care. *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association.* 2016;38(4):7-15.
33. The Cameron Institute. The impact of incontinence in Canada: a briefing document for policy makers [Internet]. [lieu inconnu] : La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada); 2014. Accessible sur la page Web : <https://www.canadiancontinence.ca/pdfs/en-impact-of-incontinence-in-canada-2014.pdf>
34. Taylor DW, Cahill JJ, Rizk DEE. Denial, shame and acceptance: generating base-line knowledge and understanding of fecal incontinence amongst long-term care residents and care providers. *Public Health Research.* 2014;4(1):13-8.
35. Garcia JA, Crocker J, Wyman JF. Breaking the cycle of stigmatization managing the stigma of incontinence in social interactions. *J Wound, Ostomy, Continence Nurs.* 2005; 32 (1) : pp. 38 à 52.
36. Yuaso D, Santos J, Castro R, et coll. Female double incontinence: prevalence, incidence, and risk factors from the SABE (Health, Wellbeing and Aging) study. *Int Urogynecol J.* 2018;29(2) : pp. 265 à 272.
37. Meinds R, van Meegdenburg MM, Trzpis M, et coll. On the prevalence of constipation and fecal incontinence, and their co-occurrence, in the Netherlands. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32(4) : pp 475 à 483.
38. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Normes professionnelles, édition révisée en 2002 [Internet]. Toronto (Ontario) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2002 Accessible sur la page Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51006_profstds.pdf
39. Diaz DC, Robinson D, Bosch R, et coll. Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients. Dans : Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et coll., editors. *Incontinence* [Internet]. 6^e édition Bristol (Royaume-Uni) : ICI Books; 2017. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
40. Lai CKY, Wan X. Using prompted voiding to manage urinary incontinence in nursing homes: can it be sustained? *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(6) : pp. 509 à 514.
41. Lee HE, Cho SY, Lee S, et coll. Short-term effects of a systematized bladder training program for idiopathic overactive bladder: a prospective study. *Int Neurourol J.* 2013;17(1) : pp 11 à 17.
42. Rizvi RM, Chughtai NG, Kapadia N. Effects of bladder training and pelvic floor muscle training in female patients with overactive bladder syndrome: a randomized controlled trial. *Urol Int.* 2018;100(4) : pp. 420 à 427.
43. Huang AJ, Jenny HE, Chesney MA, et coll. A group-based yoga therapy intervention for urinary incontinence in women: a pilot randomized trial. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2014;20(3) : pp. 147 à 154.
44. Ko IG, Lim MH, Choi PB, et coll. Effect of long-term exercise on voiding functions in obese elderly women. *Int Neurourol J.* 2013;17(3) : 130 à 138.

45. Bo K, Frawley H, Haylen BT, et coll. International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and non-pharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2016;28(2) : pp. 191 à 213.
46. Fjerbæk A, Søndergaard L, Andreassen J, Glavind K. Treatment of urinary incontinence in overweight women by a multidisciplinary lifestyle intervention. *Archives Gyn & Obs.* 2020;301(2) : pp. 525 à 532.
47. Vrijens DM, Spakman JI, van Koeveringe GA, Berghmans B. Patient-reported outcome after treatment of urinary incontinence in a multidisciplinary pelvic care clinic. *Int J Urol.* 2015;22(11) : pp 1051 à 1057.
48. Bardsley A. Assessment and treatment options for patients with constipation. *Br J Nurs.* 2017;26(6) : pp 312 à 3188.
49. Gao R, Tao Y, Zhou C, Li J, Wang X, Chen L, et coll. Exercise therapy in patients with constipation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scan J of Gastr.* 2019;54(2) : pp 169 à 177.
50. Micka A, Siepelmeyer A, Holz A, et coll. Effect of consumption of chicory inulin on bowel function in healthy subjects with constipation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Food Sci Nutr.* 2017;68(1) : pp. 82 à 89.
51. Duncan PI, Enters-Weijnen CF, Emami N, et coll. Short-term daily intake of polydextrose fiber does not shorten intestinal transit time in constipated adults: a randomized controlled trial. *Nutrients.* 2018;10(7). pii:E920.
52. Soltanian N, Janghorbani M. Effect of flaxseed or psyllium vs. placebo on management of constipation, weight, glycemia, and lipids: a randomized trial in constipated patients with type 2 diabetes. *Clin Nutr ESPEN.* 2019;29 : pp. 41 à 48.
53. Francois I, Lescroart O, Veraverbeke WS, et coll. Tolerance and the effect of high doses of wheat bran extract, containing arabinoxylan-oligosaccharides, and oligofructose on faecal output: a double-blind, randomised, placebo-controlled, cross-over trial. *J Nutr Sci.* 2014;3:e49.
54. Brotherton CS, Taylor AG, Bourguignon C, et coll. A high-fiber diet may improve bowel function and health-related quality of life in patients with Crohn disease. *Gastroenterol Nurs.* 2014;37(3) : pp. 206 à 216.
55. Timm DA, Thomas W, Boileau TW, et coll. Polydextrose and soluble corn fiber increase five-day fecal wet weight in healthy men and women. *J Nutr.* 2013;143(4) : pp. 473 à 478.
56. Collado Yurrita L, San Mauro Martín I, Ciudad-Cabañas MJ, et coll. Effectiveness of inulin intake on indicators of chronic constipation; a meta-analysis of controlled randomized clinical trials. *Nutr Hosp.* 2014;30(2) : pp. 244 à 252.
57. Polymeros D, Beintaris I, Gaglia A, et coll. Partially hydrolyzed guar gum accelerates colonic transit time and improves symptoms in adults with chronic constipation. *Dig Dis Sci.* 2014;59(9) : pp. 2207 à 2014.
58. Lawton CL, Walton J, Hoyland A, et coll. Short term (14 days) consumption of insoluble wheat bran fibre-containing breakfast cereals improves subjective digestive feelings, general wellbeing and bowel function in a dose dependent manner. *Nutrients.* 2013;5(4) : pp. 1436 à 1455.
59. Cong L, Ma JT, Jin ZJ, et coll. Efficacy and safety of high specific volume polysaccharide—a new type of dietary fiber for treatment of functional constipation and IBS-C. *J Nutr Sci Vitaminol.* 2015;61(4) : pp. 326 à 331.
60. Soltanian N JM. A randomized trial of the effects of flaxseed to manage constipation, weight, glycemia, and lipids in constipated patients with type 2 diabetes. *Nutrition & metabolism.* 2018;15(1).

61. Lever E, Scott, SM, Louis, P, et coll. The effect of prunes on stool output, gut transit time and gastrointestinal microbiota: a randomised controlled trial. *Clin Nutr.* 2019; 38(1) : pp. 165 à 173.
62. Sawicki CM, Livingston KA, Obin M, et coll. Dietary fiber and the human gut microbiota: application of evidence mapping methodology. *Nutrients.* 2017;9(2):125.
63. L'hydratation, ça coule de source Dans : <https://www.unlockfood.ca/> [Internet]. [lieu inconnu] : Les diététistes du Canada; c2020. Accessible sur la page Web : <https://www.unlockfood.ca/fr/Articles/Eau/L-hydratation,-ca-coule-de-source.aspx?aliaspath=%2fen%2fArticles%2fWater%2fFacts-on-Fluids-How-to-stay-hydrated>
64. Lambeau KV, McRorie JW Jr. Fiber supplements and clinically proven health benefits: how to recognize and recommend an effective fiber therapy. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2017;29(4) : pp. 216 à 223.
65. Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, et coll. Dietary fiber supplementation for fecal incontinence: a randomized clinical trial. *Res Nurs Health.* 2014;37(5) : pp. 367 à 378.
66. Markland AD, Burgio KL, Whitehead WE, et coll. Loperamide versus psyllium fiber for treatment of fecal incontinence: the fecal incontinence prescription (Rx) management (FIRM) randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum.* 2015;58(10) : pp. 983 à 993.
67. Hussain ZI, Lim M, Stojkovic S. Role of clinical pathway in improving the quality of care for patients with faecal incontinence: a randomised trial. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2017;8(1) : pp. 81 à 89.
68. Osuafor CN, Enduluri SL, Travers E, et coll. Preventing and managing constipation in older inpatients. *Int J Health Care Qual Assur.* 2018;31(5) : pp. 415 à 419.
69. Rimmer CJ, Gill KA, Greenfield S, et coll. The design and initial patient evaluation of an integrated care pathway for faecal incontinence: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:444.
70. Klein J, Holowaty S. Managing constipation: implementing a protocol in a geriatric rehabilitation setting. *J Gerontol Nurs.* 2014;40(8) : pp. 18 à 27.
71. Harrison M, Graham ID, Fervers B. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice.* Chichester (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons; 2013 : pp. 110 à 120.
72. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care.* Oxford (Royaume-Uni) : Wiley-Blackwell; 2009 ; pp. 151 à 159.
73. Rey M, Grinspun D, Costantini L, et coll. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. Dans : Grinspun D, Bajnok I, editors. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International;* 2018 : pp. 31 à 68.
74. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, et coll. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001895.
75. Avella JR. Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies.* 2016;11 : pp. 305 à 321.

76. Dumoulin C, Adewuyi T, Booth J, et coll. Adult conservative management. Dans : Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et coll., editors. Incontinence [Internet]. 6e édition Bristol (Royaume-Uni) : ICI Books; 2017 : pp. 1443 à 1460. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
77. Alzheimer Europe. Improving continence care for people with dementia living at home. 2014.
78. Dijkers M. Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development. *KT Update*. 2013;1(5) : pp. 1 à 9.
79. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2):Manuscript 4.
80. Obokhare I. Fecal impaction: a cause for concern? *Clin Colon Rectal Surg*. 2012;25(1) : pp. 53 à 58.
81. Fistula. Dans : NCI Dictionary of Cancer Terms [Internet]. [lieu inconnu] : National Institutes of Health; c2020. Accessible sur la page Web : <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/fistula>
82. Jewell T. What causes glycosuria and how is it treated? In: healthline [Internet]. 22 août 2017 [lieu inconnu] : Healthline Media; c2005–2020. Accessible sur la page Web : <https://www.healthline.com/health/glycosuria>
83. Glossary. Dans : Cochrane Community [Internet]. [lieu inconnu] : The Cochrane Collaboration; c2020. Accessible sur la page Web : <https://community.cochrane.org/glossary>
84. Pelvic organ prolapse. Dans : Office on Women’s Health [Internet]. Washington (DC): Office on Women’s Health; c2020. Accessible sur la page Web : <https://www.womenshealth.gov/a-z-topics/pelvic-organ-prolapse>
85. Hebbar S, Pandey H, Chawla A. Understanding King’s Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *Int J Res Med Sci*. 2015;3(3) : pp. 531 à 538.
86. Medicine JH. Proteinuria 2020.
87. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1) : pp. 40 à 51.
88. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: getting started. *Can J Hosp Pharm*. 2014;67(6) : pp. 436 à 440.
89. Rockers PC, Røttingen JA, Shemilt I, et coll. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy*. 2015;119(4) : pp. 511 à 521.
90. Baker C, Ogden SJ, Prapaipanich W, et coll. Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *J Nurs Adm*. 1999;29(3) : pp. 11 à 20.
91. Community Living British Columbia. Support networks: a guide for self advocates [Internet]. Vancouver (Colombie-Britannique) : Community Living British Columbia; 2010. Accessible sur la page Web : <https://www.communitylivingbc.ca/wp-content/uploads/2018/02/Support-Networks-A-Guide-for-Self-Advocates.pdf>
92. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien [Internet]. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2019. Accessible sur la page Web : <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/advanced-practice-nursing-framework-fr.pdf?la=fr&hash=FD36C9E8E0BA7B4D489B41DFC4FA8A100EF3CDED>.

93. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Diaz OLG, et coll. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. Dans : Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018 : pp. 218 à 238.
94. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. Nurse Educ Today. 2015;35:e1-e7.
95. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. Adm Sci. 2017;7(17) : pp. 1 à 13.
96. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. Middle East Afr Ophthalmol. 2014;21(2) : pp. 114 à 122.
97. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2013;61(11) : pp. 1983 à 1993.
98. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. Int Psychogeriatr. 2013;25(3) : pp. 345 à 358.
99. Grinspun D, McConnell H, Virani T, et coll. Forging the way with implementation science. Dans : Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018 : pp. 96 à 116.
100. Thompson L. Accreditation Canada - NQuIRE International Advisory Council (IAC) Meeting. Toronto (Ontario), avril 2018
101. Qu'est-ce que l'agrément? Dans : Agrément Canada [Internet]. [lieu inconnu] : Agrément Canada; c2020 Accessible sur la page Web : <https://accreditation.ca/ca-fr/agrement/?acref=self>
102. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future [Internet]. [lieu inconnu] : Wisconsin Nurses Association; c2016. Accessible sur la page Web : <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
103. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Educator's resource: integration of best practice guidelines [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2005 Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/Educators_Resource_-_Integration_of_Best_Practice_Guidelines.pdf
104. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Practice education in nursing Toronto (Ontario) : AIIAO, 2016 Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf
105. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et coll. Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. CMAJ. 2010;182(18):E839-42.
106. Mission and Values. Dans : RNAO.org [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Accessible sur la page Web : <https://RNAO.ca/about/mission>
107. RoB 2: a revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials. Dans : Cochrane Methods Bias [Internet]. [lieu inconnu] : The Cochrane Collaboration; c2020. Accessible sur la page Web : <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>

108. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, et coll. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
109. Whiting P, Savovi J, Higgins JPT, et coll. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*. 2016;69 : pp. 225 à 234.
110. CASP Checklists. Dans : CASP [Internet]. Oxford (Royaume-Uni) : Critical Appraisal Skills Programme; c2018. Accessible sur la page Web : <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
111. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et coll. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652) : pp. 1049 à 1051.
112. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et coll. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4) : pp. 401 à 406.
113. Welch A, Akl E, Guyatt G, et coll. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol*. 2017;90 : pp. 59 à 67.
114. Laxative Use: What to know. Dans : Cornell Health [Internet]. [Ithaca, New-York] : Cornell Health; 2019. Accessible sur la page Web : <https://health.cornell.edu/sites/health/files/pdf-library/LaxativeUse.pdf>

Annexe A : Glossaire

Recommandation adoptée : L'adoption d'une recommandation consiste à utiliser une recommandation existante et digne de confiance sans que sa formulation originale ne soit modifiée. Ainsi, une recommandation adoptée concerne la même population, la même intervention et les mêmes groupes de comparaison et a le même degré de certitude dans le système de classement des données probantes (13). Cela signifie également que le comité d'experts est d'accord avec les avis du concepteur de la ligne directrice originale qui déterminent l'orientation et la force de la recommandation (13).

Ordonnances d'une LDPE : Elles fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et applicables qui découlent d'une recommandation de pratique. Les ordonnances d'une LDPE peuvent être facilement intégrées à des documents électroniques et papiers.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires : Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations pour le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants, les dirigeants et les responsables de l'élaboration des politiques, les personnes concernées et leurs proches sur des sujets cliniques précis et sur un environnement de travail sain. Elles favorisent la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l'éducation à la santé afin que les résultats en matière de santé pour les personnes, les collectivités et le système de santé soient les meilleurs possible (73).

Rééducation vésicale : La rééducation vésicale consiste à modifier certaines habitudes (p. ex., éliminer les irritants vésicaux de son régime alimentaire, gérer l'apport en liquides, contrôler son poids, réguler le transit intestinal et arrêter de fumer) et à utiliser des techniques de relaxation et de détournement de l'attention pour contrôler la fréquence et l'impériosité des mictions (42).

Protocole intestinal : Aux fins de la présente LDPE, on entend par protocole intestinal un programme détaillé de stratégies de gestion de la constipation destiné aux personnes concernées.

CERQual : Le CERQual (Degré de confiance dans les données recueillies lors de l'examen des études qualitatives) est une approche méthodologique servant à évaluer le degré de confiance que l'on peut accorder aux constatations découlant d'un ensemble de données qualitatives sur un résultat recherché. Cette méthode d'évaluation permet de déterminer en toute transparence si les études retenues lors de la revue systématique de la littérature reflètent assez fidèlement le phénomène étudié, ce qui peut faciliter la tâche des groupes d'experts des lignes directrices chargés de formuler des recommandations en matière de santé (74).

Voir les critères du CERQual

Critères du CERQual : L'évaluation du degré de fiabilité des données de chaque étude au moyen de la méthode CERQual tient compte de quatre éléments :

1. Les limites méthodologiques, qui portent sur les questions relatives à la conception de l'étude primaire ou sur les problèmes liés à la manière dont elle est menée.
2. La pertinence, qui consiste à évaluer les études primaires qui étayent une constatation et à prendre une décision quant à son applicabilité à la population, au phénomène étudié et au contexte décrits dans la question de recherche.
3. La cohérence, qui consiste à évaluer si les études primaires fournissent des données suffisantes et une explication convaincante des constatations recueillies lors de l'examen.
4. Le caractère adéquat des données, qui consiste en une évaluation globale de la richesse et de la quantité des données qui étayent les constatations recueillies lors de la revue ainsi que le phénomène étudié (74).

Voir CERQual

Évaluation complète : Aux fins de la présente LDPE, on entend par évaluation complète une évaluation approfondie effectuée par un spécialiste de la continence possédant des connaissances et des compétences avancées en matière de physiologie et de gestion de l'incontinence urinaire, de l'incontinence fécale et de la constipation.

Consensus : Processus utilisé par un groupe pour que ses membres puissent parvenir à un accord dans le cadre de la méthode de Delphes ou de la méthode de Delphes modifiée (75). Un consensus de 70 % des membres votants du comité d'experts était requis pour déterminer la force des recommandations de la présente LPDE.

Gestion conservatrice : Toute thérapie qui n'implique pas d'intervention pharmacologique ou chirurgicale. Elle comprend principalement des interventions sur les habitudes de vie, des thérapies physiques, un régime de miction programmée (non considéré comme faisant partie du modèle biomédical traditionnel), des thérapies complémentaires, des appareils de correction de l'incontinence, des anneaux de maintien et des pessaires pour traiter le prolapsus des organes pelviens ainsi que des cathéters et des serviettes pour l'incontinence (76).

Continence : Aux fins de la présente LDPE, on entend par continence l'absence de perte involontaire d'urine ou de matières fécales (avec ou sans le soutien d'autres personnes et l'utilisation d'appareils de correction de l'incontinence, d'aides ou de stratégies) (77).

Spécialiste de la continence : Dans la présente LDPE, un spécialiste de la continence fait référence à un fournisseur de soins de santé qui possède des connaissances et une expertise avancées dans l'évaluation et la prise en charge des personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation. Les spécialistes de la continence sont notamment les gynécologues/urogynécologues, les urologues, les gastroentérologues, les chirurgiens colorectaux, les infirmières ou infirmiers conseillers en continence (IICC), les infirmières ou infirmiers spécialisés en plaies, stomies et continence (ISPSCC), les physiothérapeutes du plancher pelvien et les ergothérapeutes.

Constipation : Le passage difficile ou peu fréquent des selles (moins de trois selles par semaine) (4). La constipation peut être aiguë ou chronique (si elle dure plus de trois mois), et elle peut être causée par différents facteurs physiologiques, mécaniques et médicaux, y compris l'utilisation de médicaments (5). La forme la plus courante est la constipation fonctionnelle, pour laquelle il n'y a pas de cause sous-jacente (5).

Déclassement : Le degré de certitude des données diminue lorsque les limites inhérentes à chaque étude peuvent biaiser les résultats dans les systèmes GRADE et GRADE-CERQual (78). À titre d'exemple, un ensemble de données quantitatives pour un résultat prioritaire peut être considéré au départ comme ayant un degré de certitude élevé, puis être déclassé d'un ou deux degrés en raison de limitations importantes au regard d'un ou de plusieurs des cinq critères de classement (78).

Recommandation relative à la formation : Approches organisationnelles de la prestation de formation dans les organisations de services de santé et les établissements d'enseignement visant à soutenir la pratique fondée sur des données probantes. Les recommandations relatives à la formation se fondent sur une analyse des recommandations pédagogiques de plusieurs LDPE sur divers sujets cliniques et différentes populations. Les recommandations relatives à la formation peuvent s'appliquer à toutes les LDPE de nature clinique et être adaptées au contexte des organisations de services de santé et des établissements d'enseignement afin de soutenir la mise en œuvre des recommandations de pratiques cliniques.

Pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes : L'intégration des données probantes de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients. Elle intègre les données de recherche à l'expertise clinique et encourage la prise en compte des préférences des patients (79).

Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes : Un tableau qui aide les groupes d'experts sur une ligne directrice à prendre des décisions lorsqu'ils doivent formuler des recommandations après avoir examiné des données. L'objectif d'un cadre pour une prise de décision éclairée par des données probantes est de faire une synthèse des données de recherche, de mettre en évidence les facteurs importants qui peuvent influencer sur la recommandation, d'informer les membres du groupe d'experts des bénéfices et des inconvénients de chaque intervention examinée et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (15).

Fécalome : Accumulation de selles sèches, volumineuses et dures logées dans le tractus gastro-intestinal inférieur, le plus souvent dans le rectum, qui empêchent l'élimination (80).

Incontinence fécale : La perte involontaire de selles liquides ou solides (6). L'incontinence fécale peut être causée par des facteurs physiologiques, mécaniques et médicaux comme la constipation, une lésion ou une faiblesse musculaire, une lésion nerveuse, une maladie neurologique, une perte d'élasticité du rectum, des hémorroïdes ou un prolapsus rectal (7). Les principales formes d'incontinence fécale sont :

L'incontinence fécale passive : Une perte incontrôlée des selles, alors même que la personne ne ressent pas le besoin d'aller à la selle. Les symptômes d'une incontinence fécale passive mineure sont la présence d'une petite quantité de salissures et de suintement entre les fesses ou sur une petite serviette ou un sous-vêtement. L'incontinence fécale passive est souvent liée à un dysfonctionnement du sphincter anal interne, tandis que l'incontinence fécale par impériosité est souvent associée à un dysfonctionnement du sphincter anal externe (26).

Incontinence fécale par impériosité : L'incapacité à différer la défécation assez longtemps pour se rendre jusqu'à la toilette lorsque l'envie est perçue. Cependant, comme la distance à parcourir pour se rendre à une toilette est variable, cette forme d'incontinence fécale, qui dépend des circonstances, échappe à tout contrôle (26).

L'incontinence fécale fonctionnelle : Une perte involontaire de selles due à une limitation de la mobilité, à la manipulation des vêtements, à l'incapacité de se rendre à la toilette ou à un délai trop long avant de recevoir de l'aide pour se rendre à la toilette (26).

Fistule : Une ouverture ou un passage anormal entre deux organes ou entre un organe et la surface du corps (81).

Glycosurie : Présence anormale de glucose dans l'urine (82).

Énoncé de pratique exemplaire : Il s'adresse principalement au personnel infirmier et aux membres des équipes interprofessionnelles qui fournissent des soins aux personnes concernées et à leurs proches dans tous les contextes de soins, comme les soins primaires, les soins de courte durée, les soins à domicile et les soins de longue durée. Il s'agit d'une pratique déjà reconnue comme étant bénéfique ou recommandée.

Les énoncés de pratiques exemplaires de la présente LDPE sont réputés être si bénéfiques qu'il serait peu judicieux de procéder à une revue systématique de la littérature pour prouver leur efficacité. Ces énoncés ne sont pas fondés sur une revue systématique de la littérature, et leur force (recommandation conditionnelle ou forte) ou le degré de certitude de données sur lesquelles elles reposent ne fait pas l'objet d'une évaluation (12).

GRADE : (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation]). Approche méthodologique permettant d'évaluer le degré de certitude d'un ensemble de données de manière cohérente et transparente et d'élaborer des recommandations de manière systématique. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants et/ou critiques est évalué en fonction du risque de biais, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations, du biais de publication, de l'incidence de l'effet, de la relation dose-réponse et de l'effet des variables confusionnelles sur l'estimation (15).

L'évaluation du degré de certitude d'une donnée appuyant un résultat repose sur les cinq éléments du système GRADE. Ces éléments sont les suivants :

1. Le risque de biais, qui concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement.
2. Le degré de cohérence d'un ensemble de données, selon qu'elles pointent dans la même direction ou qu'elles diffèrent d'une étude à l'autre.
3. Le degré d'imprécision, qui fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants et/ou d'événements examinés et à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données.
4. On évalue le degré d'applicabilité des constatations d'une étude primaire afin de déterminer la mesure dans laquelle celles-ci peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux résultats énoncés dans la question de recherche.
5. Le degré de biais de publication, que l'on détermine en examinant si l'ensemble des études relatives à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement significatives (15).

Fournisseur de soins de santé : Désigne à la fois les professionnels réglementés (p. ex., le personnel infirmier, les médecins, les diététiciens et les travailleurs sociaux) et non réglementés (p. ex., les préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

Fournisseur de soins de santé réglementé : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 23 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (9).

Fournisseur de soins de santé non réglementé : Les fournisseurs de soins de santé non réglementés remplissent divers rôles dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à un organisme de réglementation professionnelle (p. ex., l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les fournisseurs de soins de santé non réglementés remplissent les fonctions et les tâches qui leur sont confiées par leur employeur. Ils n'ont la permission d'accomplir un acte autorisé, comme défini dans la LPSR, que s'il figure parmi les exemptions établies dans la Loi.

Hématurie : Présence de sang dans les urines (6).

Équipe interprofessionnelle : Une équipe composée de différents fournisseurs de soins de santé, réglementés et non réglementés, qui collaborent avec la personne concernée et ses proches afin de lui offrir une gamme complète de services de santé dans différents contextes de soins (11). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle intervenant auprès des personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation sont notamment les infirmières et infirmiers (infirmières ou infirmiers diplômés, infirmières ou infirmiers auxiliaires diplômés, infirmières ou infirmiers praticiens, infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés, infirmières ou infirmiers conseillers en continence [IICC], infirmières ou infirmiers spécialisés en plaies, stomies et continence [IISPSCC]), les préposés aux services de soutien à la personne, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens et les pharmaciens. Soulignons que la personne concernée ainsi que les membres de son réseau de soutien occupent une place centrale en tant que participants actifs au sein de l'équipe.

Laxatif : Les laxatifs sont des médicaments qui traitent la constipation, soit en ramollissant les selles, soit en stimulant le colon descendant pour qu'il expulse les selles (114).

Méta-analyse : Examen systématique d'essais cliniques randomisés qui utilise des méthodes statistiques pour analyser les résultats des études examinées et en faire une synthèse (83).

Voir revue systématique de la littérature

Infirmière/infirmier : Désigne les infirmières ou infirmiers autorisés, les infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières ou infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières ou infirmiers exerçant des fonctions de pratique avancée, telles que les infirmières ou infirmiers praticiens et les infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés (9).

Résultats : Une variable dépendante ou l'état clinique et/ou fonctionnel d'un patient ou d'une population que l'on utilise pour évaluer le succès d'une intervention. Dans le cadre du système GRADE, chaque résultat est classé dans l'ordre de priorité suivant : (a) déterminant pour la prise de décision; (b) importants sans être déterminant; (c) sans importance. Ces résultats permettent de mieux cibler la recherche d'études et la revue systématique de la littérature (15).

Rééducation périnéo-sphinctérienne (RPS) : Un programme d'exercices visant à réduire certaines déficiences de la structure ou de la fonction musculaire du plancher pelvien (45). Il est basé sur l'évaluation de la capacité d'une personne à contracter les muscles du plancher pelvien.

Prolapsus des organes pelviens : Le prolapsus des organes pelviens se produit lorsque les muscles et les tissus soutenant les organes pelviens (l'utérus, la vessie ou le rectum) s'affaiblissent ou se relâchent. Un ou plusieurs organes pelviens peuvent ainsi glisser et s'appuyer sur le vagin (84).

Limitations physiques : Un volet du questionnaire de Kings Health permettant d'évaluer de façon valide et fiable la qualité de vie des femmes souffrant d'incontinence urinaire. Le volet « limitation physique » fait référence au degré de pratique d'activités physiques ou fonctionnelles d'une personne telles que la marche, la capacité à monter des escaliers, à courir, à se pencher, à s'agenouiller et à pratiquer des sports connus et des exercices physiques, à voyager, etc. Ce volet consiste en deux questions auxquelles la personne doit répondre en sélectionnant l'une des options suivantes : « pas du tout », « un peu », « modérément » et « beaucoup » (85).

Question de recherche sur la PICR : Un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

1. Le patient ou la population qui fait l'objet de l'étude.
2. L'intervention à examiner.
3. L'intervention alternative ou de comparaison.
4. Les résultats qui présentent un intérêt (15).

Déclenchement de la miction : Le déclenchement de la miction consiste à inciter les personnes à vérifier si leur urgence est accompagnée de pertes ou non d'urine au moyen de signaux verbaux et physiques, puis à les encourager à se rendre à la toilette par le renforcement positif (40).

Protéinurie : La présence de protéines en quantité élevée dans l'urine (86).

Fibres de psyllium : Supplément de fibres alimentaires qui permet de normaliser la fréquence des selles grâce à sa grande capacité de rétention d'eau. Il peut ramollir les selles dures en cas de constipation ou raffermir les selles molles/liquides en cas de diarrhée (64).

Pyurie : Présence de globules blancs ou de leucocytes dans l'urine (87).

Recherche qualitative : Une approche de la recherche qui consiste à montrer comment le contexte social permet d'expliquer le comportement des personnes et leurs expériences et à utiliser une démarche interactive et subjective pour étudier les phénomènes et les décrire (88).

Étude quasi expérimentale : Une étude qui vise à déterminer les causes d'un phénomène étudié en l'observant, mais dans laquelle les expériences ne sont pas directement contrôlées par le chercheur et ne sont pas randomisées (89).

Essai clinique randomisé (ECR) : Expérience au cours de laquelle un chercheur applique une ou plusieurs interventions à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention) et au groupe de référence (traitement traditionnel) ou au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (83).

Recommandation : Une intervention qui répond directement à une question de recommandation (également connue sous le nom de questions de recherche sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats [PICR]). Une recommandation, qui est basée sur une revue systématique de la littérature, est faite en tenant compte des points suivants : (a) les avantages et les inconvénients; (b) les valeurs et les préférences; et (c) l'équité dans l'accès aux soins. Le groupe d'experts décide par consensus si une recommandation est forte ou conditionnelle.

Soulignons que les recommandations ne doivent pas être considérées comme des impératifs, car elles ne peuvent pas tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (15).

Question de recommandation : Un domaine de recherche prioritaire portant sur la pratique, la politique ou l'éducation que les membres du comité d'experts ont déterminé et dont la réponse repose sur l'examen de données. Une question de recommandation peut également servir à clarifier un sujet qui prête à ambiguïté ou à controverse. Une question de recommandation informe les questions de recherche, qui à leur tour guident la revue systématique de la littérature (15).

Intervenant : Personne, groupe ou organisme qui ont un intérêt particulier dans les décisions et les activités des organisations et qui pourraient tenter d'influer sur leurs décisions et leurs actions (90). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés directement ou indirectement par un changement ou une solution à un problème.

Réseau de soutien : Terme utilisé pour désigner les personnes considérées par un patient comme étant importantes dans sa vie. Il peut s'agir de personnes qui ont un lien de parenté ou un lien émotionnel ou juridique avec le patient et/ou qui ont des liens étroits avec lui, comme un ami, un conjoint ou une personne avec qui il partage un toit et la responsabilité d'élever des enfants (91).

Revue systématique de la littérature : Un examen approfondi de la littérature qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Une revue systématique de la littérature consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (83).

Voir méta-analyse

Stratégies d'élimination : Dans la présente LDPE, on entend par stratégie d'élimination une forme de thérapie comportementale et de soutien visant à améliorer le contrôle de la vessie.

Incontinence urinaire : Perte involontaire d'urine causée par des facteurs physiologiques, mécaniques et médicaux, comme une faiblesse des muscles pelviens, le diabète, certains médicaments, la constipation et une infection de la vessie (6, 8).

Les formes les plus courantes d'incontinence urinaire sont énumérées et définies ci-dessous :

Incontinence d'effort : Perte involontaire d'urine due à une augmentation soudaine de la pression intra-abdominale lors d'un effort physique, notamment en toussant, en éternuant, en riant, en se levant d'une chaise, en soulevant un objet ou en faisant de l'exercice (6, 8).

Incontinence par impériosité : Perte involontaire d'urine qui se produit lorsqu'une personne éprouve un besoin soudain et impérieux d'uriner et que sa vessie se contracte et se vide de manière involontaire (6, 8).

Incontinence mixte : Perte involontaire d'urine provoquée par un besoin impérieux d'uriner et un effort physique (p. ex., toux ou éternuements) (6).

Incontinence fonctionnelle : Forme d'incontinence urinaire qui se produit lorsqu'une personne qui contrôle normalement sa vessie éprouve des difficultés à se rendre à temps à la toilette parce qu'elle vit dans des conditions qui rendent ses déplacements difficiles (comme une mobilité réduite). On l'appelle aussi « incontinence liée à un handicap » (6, 8).

Annexe B : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l’AIIAO et ressources connexes à la présente LDPE

Voici quelques sujets et suggestions de lignes directrices de l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO) ainsi que des ressources d’autres organisations qui se rapportent à la présente LDPE.

SUJET	RESSOURCE(S)
Soins axés sur les besoins du client :	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Facilitation de l’apprentissage axé sur les besoins du client [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2012 Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_CCL_2012_FA-FRE_Lowres.pdf
Science de la mise en œuvre; cadres de mise en œuvre et ressources	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires [Internet] 2^e édition. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2012. Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf The National Implementation Research Network’s Active Implementation Hub. Get Started [Internet]. [lieu inconnu] : AI Hub; c2013–2018. Accessible sur la page Web : http://implementation.fpg.unc.edu/ Institut canadien pour la sécurité des patients. La trousse d’information dans le cadre du travail de l’amélioration de la qualité [Internet]. [lieu inconnu]: safer healthcare now!; août 2015. Accessible sur la page Web : https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/improvementframework/pages/default.aspx Modèles de diffusion et de mise en œuvre dans la recherche et la pratique des soins de santé [Internet]. [lieu inconnu] : The Center for Research in Implementation Science and Prevention; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : http://dissemination-implementation.org/content/resources.aspx
Collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l’organisme et le système [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2013 Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/bpg/language/d%C3%A9veloppement-et-maintien-des-soins-de-sant%C3%A9-interprofessionnels-optimisation-des-r%C3%A9sul
Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2015 Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille
Chutes	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Empêcher les chutes et réduire les blessures associées Toronto (Ontario) : AIIAO, 2017 Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Empecher_les_chutes_-_Final_December_2017.pdf

Annexe C : Énoncés relatifs à la formation

Énoncés relatifs à la formation pour la présente ligne directrice

Depuis 1999, l'AIIAO occupe un rôle de premier plan dans la préparation de LDPE, dont les premières ont été publiées en 2001. Dès le début, l'AIIAO a reconnu l'importance des approches individuelles et organisationnelles de la prestation de formations sur le contenu des LDPE cliniques pour appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. À ce titre, les LDPE cliniques de l'AIIAO comprennent des recommandations en matière de formation pour les responsables des programmes d'enseignement et de formation continue des étudiants en sciences infirmières, du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle. Ces recommandations définissent les stratégies de formation et le contenu de base des cours requis pour les programmes de santé de premier cycle et les programmes de formation continue et de perfectionnement professionnel.

Une analyse approfondie des recommandations de l'AIIAO en matière de formation a été réalisée en 2018. Elle portait sur les LDPE cliniques publiées au cours des cinq dernières années, car toutes les LDPE cliniques publiées au cours de cette période sont basées sur une revue systématique de la littérature. L'analyse a examiné 26 recommandations en matière de formation provenant de neuf lignes directrices différentes qui portaient sur divers sujets cliniques et différentes populations.

Une analyse thématique rigoureuse a fait ressortir des similitudes entre les LDPE. Ainsi, on a jugé approprié de formuler des **recommandations relatives à la formation**^G normalisées applicables à toutes les LDPE cliniques afin d'appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. Les deux recommandations relatives à la formation qui en ont résulté et les discussions connexes sur la littérature sont présentées ci-dessous. Ces énoncés peuvent être adaptés au contexte des organisations de services de santé et des établissements d'enseignement afin de soutenir la mise en œuvre des recommandations cliniques portant sur différents domaines thématiques des lignes directrices.

ÉNONCÉS RELATIFS À LA FORMATION N° 1 : LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT INTÈGRENT DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES AUX PROGRAMMES D'ÉTUDES DESTINÉS AUX INFIRMIÈRES OU INFIRMIERS QUI N'ONT PAS ENCORE OBTENU LEUR LICENCE OU QUI SONT DÉJÀ LICENCIÉS ET AUX AUTRES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉS.

Discussions sur la littérature :

L'analyse thématique des énoncés de recommandations de l'AIIAO relatifs à la formation a montré l'existence d'un thème fondamental pour le renforcement des capacités dans le domaine de la pratique fondée sur des données probantes :

Les établissements universitaires intègrent des lignes directrices fondées sur des données probantes aux programmes d'études destinés aux infirmières et infirmiers qui n'ont pas encore obtenu leur licence ou qui sont déjà licenciés et aux autres fournisseurs de soins de santé réglementés.

Les LDPE suivantes ont fait l'objet d'une analyse :

- *Évaluation et prise en charge de la douleur, troisième édition (2013).*
- *Transitions des soins (2014)*
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille (2015).*
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances (2015).*
- *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système (2014)*
- *Prévention primaire de l'obésité infantile, deuxième édition (2014).*
- *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : évaluation et soins, deuxième édition (2016).*
- *Travailler avec les familles pour promouvoir la sécurité du sommeil des nourrissons de 0 à 12 mois (2014)*

Les établissements d'enseignement devraient envisager d'intégrer le contenu des lignes directrices aux cours théoriques et pratiques destinés aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé réglementés, comme les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens et les pharmaciens, dans les programmes offerts avant l'octroi d'un permis d'exercer (p. ex., pour les étudiants diplômés et de premier cycle) et après (p. ex., pour les étudiants de deuxième cycle). Les programmes de formation offerts avant l'octroi d'une licence permettent d'acquérir des connaissances de base, qui peuvent être renforcées et enrichies, si nécessaire, dans la pratique au sein des organisations de services de santé. Les programmes d'études supérieures offerts après l'octroi d'une licence préparent le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé réglementés à assumer des rôles et des fonctions de pratique avancée dans les domaines de la pratique clinique, de l'enseignement, de l'administration, de la recherche et de l'élaboration de politiques (92). Ainsi, le contenu éducatif intégré aux programmes d'études et son degré de complexité varieront en fonction des objectifs pédagogiques globaux de chaque programme. Dans les deux cas, l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études favorise la conformité de l'apprentissage aux pratiques fondées sur des données probantes et a pour objectif ultime d'améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes concernées et leurs proches.

Pour soutenir l'intégration aux programmes d'enseignement de lignes directrices fondées sur des données probantes, on peut utiliser les deux approches suivantes : (1) l'élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices; et (2) l'élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices. Les deux approches sont décrites ci-dessous.

1. Élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices : Les objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés à des lignes directrices (avant et après l'obtention d'une licence) facilitent l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études.

- Au niveau du programme, cette intégration permet aux apprenants d'élargir leurs connaissances, de renforcer leur jugement et de développer leurs compétences. À titre d'exemple, un objectif de programme d'enseignement supérieur pourrait consister à sensibiliser les apprenants à certains éléments de la science de la mise en œuvre afin qu'ils puissent adopter les lignes directrices et les utiliser de façon durable dans les différents contextes cliniques (93).
- Au niveau des cours, l'intégration du contenu des lignes directrices permet aux apprenants de suivre un apprentissage conforme aux pratiques fondées sur des données probantes dans les contextes d'enseignement et de pratique. À titre d'exemple, les objectifs des cours de premier cycle pourraient consister à permettre aux apprenants d'acquérir une meilleure connaissance des lignes directrices, de sélectionner des lignes directrices pertinentes pour leur pratique (et de justifier leur choix) et d'intégrer les recommandations relatives aux lignes directrices dans les plans de soins destinés aux personnes concernées et à leurs proches (93).

2. Élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices : Les stratégies d'enseignement doivent être adaptées aux objectifs pédagogiques des programmes et aux besoins des apprenants et les préparer à améliorer la pratique et à obtenir des résultats positifs (94). Les différentes stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices sont décrites ci-dessous.

- **Cours magistraux :** Les enseignants peuvent utiliser les cours magistraux pour fournir des connaissances générales sur les lignes directrices, plus particulièrement sur le processus rigoureux d'élaboration des lignes directrices et de leurs différentes recommandations. Les cours magistraux peuvent donner aux apprenants une bonne idée du champ d'application et de la force des données probantes sur lesquelles s'appuient les recommandations (93).

- **Activités interactives en classe :** Les activités d'apprentissage interactives en classe peuvent fournir de l'information additionnelle aux apprenants, leur permettre de participer à des exercices de résolution de problèmes et de structurer les connaissances acquises. Parmi les exemples d'activités d'apprentissage, citons : la réalisation de travaux en groupe pour aider les apprenants à s'orienter dans une ligne directrice et à se familiariser avec ses recommandations; l'examen d'études de cas pour leur donner l'occasion de sélectionner des recommandations de la ligne directrice et de les appliquer dans le cadre de plans de soins; et l'utilisation de vidéos et de jeux de rôle pour développer leur capacité à justifier la sélection de lignes directrices / recommandations particulières dans le cadre de plans de soins (93).
- **Simulation :** Une simulation numérique de haute qualité dans le cadre d'un laboratoire de compétences peut atténuer l'incertitude des apprenants quant à la pratique clinique, leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences et d'accroître leur confiance en soi et leur niveau de satisfaction. Les enseignants ayant reçu une formation en pédagogie peuvent utiliser la simulation pour enseigner aux apprenants des connaissances liées à la prestation de soins sécuritaires et efficaces centrés sur la personne et ses proches dans un contexte clinique normalisé. Les enseignants peuvent également aider les apprenants à intégrer le contenu d'une ligne directrice à des séances de pratique simulée lorsqu'ils enseignent une pratique étayée par des données probantes (93).
- **Discussions avant et après une présentation sur une pratique clinique :** Discuter d'une ligne directrice avant et après une présentation sur une pratique clinique peut contribuer à renforcer l'esprit critique des apprenants dans l'élaboration de plans de soins, à les préparer à modifier une pratique en fonction des recommandations d'une ligne directrice, à expliquer clairement les raisons motivant une décision clinique et à évaluer les résultats des interventions. Les apprenants ont ainsi l'occasion de déterminer si les politiques et les procédures en vigueur dans le contexte de la pratique sont conformes aux données les plus probantes et de cerner les éléments d'une pratique susceptibles d'être modifiés et de réfléchir à la manière d'amorcer le processus de modification (93).
- **Accès aux ressources liées aux LDPE :** Les enseignants peuvent proposer des liens et des ressources liés aux LDPE et en faciliter l'accès. À titre d'exemple, l'accès à l'application sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIO (voir <https://RNAO.ca/bpg/pda/app>) permet aux apprenants d'accéder au contenu des LDPE en classe et dans le contexte de pratique (93).
- **Travaux et tests :** Il peut être demandé aux apprenants d'intégrer des lignes directrices à leurs plans d'apprentissage ou de prendre des notes sur une ligne directrice particulièrement pertinente à leur domaine de pratique. Il est également recommandé de préparer des tests ou des questions d'examen qui permettent aux apprenants de faire preuve d'esprit critique par rapport aux lignes directrices. Dans l'ensemble, les travaux et les tests relatifs aux lignes directrices peuvent être conçus de manière à inciter les apprenants à réfléchir aux lignes directrices, à bien comprendre leurs modalités d'application et à faire preuve d'esprit critique à leur égard (93).
- **Préceptorat ou mentorat dans le cadre de stages cliniques :** Les précepteurs en contexte clinique jouent un rôle essentiel dans l'enseignement des compétences pratiques qui complètent l'apprentissage théorique des apprenants. Les précepteurs sont chargés d'assurer l'enseignement clinique, la supervision et l'évaluation des apprenants. Ils peuvent aider les apprenants à intégrer le contenu des lignes directrices à leurs objectifs d'apprentissage et activités cliniques et ainsi favoriser l'acquisition de connaissances et de pratiques fondées sur des données probantes.

ÉNONCÉS RELATIFS À LA FORMATION N° 2 : LES ORGANISATIONS DE SERVICES DE SANTÉ UTILISENT DES STRATÉGIES VISANT À INTÉGRER DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES À LA FORMATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS ET AUTRES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Discussions sur la littérature :

L'analyse thématique des recommandations relatives à la formation figurant dans un certain nombre de LDPE a révélé qu'un deuxième thème s'avère fondamental pour le renforcement des capacités en matière de pratiques fondées sur des données probantes :

Les organisations de services de santé utilisent des stratégies visant à intégrer des lignes directrices fondées sur des données probantes à la formation des infirmières et infirmiers et autres fournisseurs de soins de santé.

L'analyse a porté sur les LDPE suivantes :

- *Évaluation et prise en charge de la douleur, troisième édition (2013).*
- *Transitions des soins (2014)*
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille (2015).*
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances (2015).*
- *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : Approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système (2014).*
- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition (2014) [non traduit].*
- *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : évaluation et soins, deuxième édition (2016).*
- *Travailler avec les familles pour promouvoir la sécurité du sommeil des nourrissons de 0 à 12 mois (2014).*

Le personnel infirmier et autres fournisseurs de soins de santé doivent être constamment à l'affût de nouvelles connaissances, rechercher des possibilités de perfectionnement professionnel et parfaire leur formation tout au long de leur carrière. Le fait de participer à la formation des fournisseurs de soins de santé permet d'assurer qu'elle est en conformité avec les pratiques fondées sur des données probantes, de renforcer les compétences et d'améliorer les résultats et la qualité des soins (95). L'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes de formation au sein des organismes de services de santé peut contribuer à améliorer les connaissances et les compétences fondées sur des données probantes du personnel infirmier et des autres fournisseurs de soins après avoir obtenu leur permis d'exercice.

Les programmes de formation devraient être basés sur les principes de l'éducation des adultes, notamment les suivants :

- Les adultes sont conscients de leurs besoins et de leurs objectifs en matière de formation.
- Les adultes sont autonomes et capables d'autodétermination.
- Les adultes accordent de l'importance aux expériences passées et savent en tirer parti.
- Les adultes sont prêts à apprendre.
- Les adultes sont motivés à apprendre.
- Les connaissances et les compétences enseignées aux adultes sont présentées dans le contexte de situations concrètes et réelles (96).

De plus, la formation doit être appropriée à la pratique du fournisseur de soins de santé et à son rôle. Les stratégies de formation peuvent comprendre les éléments suivants :

- **Séances de formation en cours d'emploi** : Elles peuvent être planifiées par des experts cliniciens dans le contexte de pratique pour appuyer l'application d'une ligne directrice ou d'un ensemble de recommandations afin d'inciter le personnel à adopter une pratique fondée sur des données probantes. La formation, qui peut consister en des séances individuelles ou en groupe, doit répondre aux besoins des apprenants. Il est recommandé que les séances de formation soient suivies de séances de mise à jour ou de rappel permettant de fournir de la rétroaction au personnel et d'améliorer leur apprentissage (97, 98).
- **Ateliers/séminaires** : Le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé peuvent tirer parti d'ateliers et de séminaires hautement interactifs pour maintenir une pratique fondée sur les données les plus probantes, lorsqu'ils intègrent diverses stratégies de formation, comme des documents distribués à l'avance, des discussions en petits groupes sur des études de cas et des ressources multimédias (comme Power Point et des vidéos présentant des lignes directrices et des recommandations pertinentes). L'atelier des champions des meilleures pratiques de l'AIIAO et les ateliers de renforcement des capacités sur une LDPE sont des exemples de programmes de formation sur la mise en œuvre des LDPE dans différents contextes de pratique (99).
- **Amélioration de la qualité** : Le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé qui participent aux efforts d'amélioration de la qualité des soins dans leur lieu de travail sont mieux à même de reconnaître les événements sentinelles et d'examiner les moyens d'améliorer les soins. S'engager à satisfaire aux normes d'agrément est un facteur important d'amélioration de la qualité, car il contribue à combler les écarts entre les pratiques actuelles et les pratiques exemplaires et à maintenir continuellement le niveau des compétences. Voici quelques exemples de stratégies que les infirmières et autres fournisseurs de soins de santé peuvent appliquer pour satisfaire aux normes d'agrément :
 - participer à un processus de mise en œuvre des lignes directrices dans une unité de soins afin de renforcer la sécurité des patients, de réduire les risques et d'améliorer les résultats des soins;
 - choisir des recommandations tirées d'une ligne directrice en particulier pour faciliter le processus de modification d'une pratique;
 - partager les connaissances et les enseignements tirés de l'examen des lignes directrices avec le comité d'agrément (100, 101).

Parmi les autres moyens d'améliorer la qualité, citons la participation à la déclaration des incidents, les initiatives pour la sécurité des patients et d'autres initiatives de santé dans les différents domaines de pratique.

- **Mentorat après l'obtention d'un permis d'exercice** : Ce mentorat consiste à fournir aux nouveaux diplômés ou aux employés moins expérimentés des conseils pour développer leurs compétences et à les aider à évoluer dans leur rôle professionnel. Des études montrent que les nouvelles recrues qui travaillent avec des mentors sont moins stressées et plus satisfaites de leur travail durant le processus de transition (102). Les mentors peuvent contribuer à l'intégration du contenu des lignes directrices tout en enseignant des pratiques fondées sur des données probantes.

ÉVALUATION

Toutes les stratégies de formation doivent faire l'objet d'une évaluation visant à : (a) surveiller l'adoption des connaissances; et (b) mesurer leur incidence sur les résultats cliniques. L'AIIAO a conçu l'outil *Ressource pour les éducateurs : Intégration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2005) (103) afin de fournir aux enseignants dans le contexte de la pratique ou des établissements d'enseignement des stratégies leur permettant de présenter les LDPE aux étudiants en soins infirmiers, au corps professoral, au personnel infirmier et aux autres fournisseurs de soins de santé. Cette ressource fournit des conseils sur les stratégies d'évaluation des étudiants, comme l'auto-évaluation, l'évaluation par les pairs et les évaluations de fin de cours par l'enseignant.

L'AIIAO a également conçu la LDPE intitulée *Pratiquer l'éducation dans les soins infirmiers* (2016) (104), qui fournit des recommandations fondées sur des données probantes sur lesquelles les étudiants peuvent s'appuyer pour appliquer leurs connaissances à différents contextes de pratique. La ligne directrice aide également les infirmières et infirmiers, les infirmières et infirmiers enseignants, les précepteurs et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle à appliquer avec efficacité les stratégies de formation dans différents contextes cliniques.

La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (deuxième édition)** (2012) de l'AIIAO (18) propose les stratégies suivantes pour évaluer les modifications des pratiques des fournisseurs de soins et les résultats en matière de santé pour les personnes dans les organisations de services de santé :

- effectuer des tests avant et après les séances de formation du personnel;
- organiser des groupes de discussion / des entretiens avec le personnel;
- observer des rencontres patient-fournisseur de soins;
- vérifier les dossiers pour évaluer les effets sur les résultats chez la personne et ses proches;
- déterminer le niveau de satisfaction des personnes et de leurs proches au moyen d'un questionnaire ou d'entretiens.

* La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (deuxième édition)* de l'AIIAO en est cours de révision. La prochaine édition devrait être publiée en 2021.

Annexe D : Méthodes d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

La présente annexe donne un aperçu du processus et des méthodes d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO. L'AIIAO est inébranlable dans son engagement à ce que chaque LDPE soit établi sur la base des données les plus probantes dont elle dispose. Les méthodes GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation] et CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research [Degré de confiance dans les données recueillies lors de l'examen des études qualitatives]) ont été appliquées pour assurer un cadre rigoureux et satisfaisant aux normes internationales en matière d'élaboration de lignes directrices.

Définition du champ d'application de la ligne directrice

Le champ d'application détermine ce qu'une ligne directrice de l'AIIAO couvre et ne couvre pas (voir Objet et champ d'application). Pour déterminer le champ d'application de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a suivi les étapes suivantes :

1. **Une revue des précédentes LDPE.** Les LDPE de l'AIIAO intitulées *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction* (2) et *Prévention de la constipation chez les personnes âgées* (3) ont été passés en revue afin de déterminer l'objet et le champ d'application de la présente LDPE.
2. **Une recherche des lacunes des lignes directrices et l'analyse de ces lacunes.** Deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont parcouru des sites Web figurant sur une liste préétablie à la recherche de lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre janvier 2013 et août 2018. Le but de la recherche de lignes directrices et de l'analyse de leurs lacunes était de prendre connaissance des lignes directrices existantes sur l'incontinence urinaire, l'incontinence fécale et la constipation afin de déterminer les éléments constituant l'objet et le champ d'application de la présente LDPE. Une liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratiques fondées sur des données probantes et sur les recommandations formulées dans la littérature. Les membres du comité d'experts ont ensuite été invités à proposer d'autres lignes directrices (voir l'**annexe E**). Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'inclusion sont accessibles en ligne à l'adresse <https://RNAO.ca>.

Le contenu, l'applicabilité à la pratique des soins infirmiers, l'accessibilité et la qualité des lignes directrices ont fait l'objet d'un examen. Les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont évalué quatre lignes directrices internationales au moyen de l'outil AGREE II (105). Les lignes directrices ayant obtenu un score global de 6 ou 7 (sur une échelle de Likert de 7 points) ont été considérées comme étant de grande qualité. Les études qui fournissaient des recommandations susceptibles d'être intégrées à des lignes directrices de haute qualité en réponse aux questions de recherche ont été retenues pour être adoptées ou adaptées en fonction de leur classement dans le système GRADE (13). Cette approche fournit un cadre méthodologique pour adopter ou adapter des recommandations fiables à partir des lignes directrices existantes figurant dans la présente LDPE (13).

Les lignes directrices suivantes ont été évaluées comme indiqué :

- Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et coll., éditeurs Incontinence [Internet]. 6^e édition Bristol (Royaume-Uni) : ICI Books; 2017. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
 - (Score : 4 sur 7. Cette ressource a été utilisée pour appuyer les énoncés de pratiques exemplaires de la présente LDPE.)
- European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on urinary incontinence in adults [Internet]. Arnhem (Pays-Bas) : EAU; 2016. Accessible sur la page Web : <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urinary-Incontinence-2016.pdf>.
 - (Score : 3 sur 7. Cette ligne directrice n'a pas été intégrée à la présente LDPE.)

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2013. Accessible sur la page Web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK247723/>
 - (Score : 6 sur 7. Cette ligne directrice a été mise à jour en juin 2019. La ligne directrice actualisée a également été évaluée [voir ci-dessous]).
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : NICE; 2 avril 2019 [dernière mise à jour : 24 juin 2019]. Accessible sur la page Web : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/chapter/Recommendations#non-surgical-management-of-urinary-incontinence>
 - (Score : 6 sur 7. Une des recommandations de cette ligne directrice a été intégrée à la présente LDPE.)
 - Qaseem A, Dallas P, Forcica MA, et coll. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014;161(6) : pp. 429 à 440.
 - (Score : 4 sur 7. Cette ligne directrice n'a pas été intégrée à la présente LDPE.)
3. **Entretiens téléphoniques avec des personnes-ressources.** Onze de ces entretiens ont été menés avec des experts dans le domaine, notamment des fournisseurs de soins de santé directs, du personnel infirmier chercheur et des porte-parole de patients, afin de connaître les besoins du personnel infirmier, des membres de l'équipe interprofessionnelle de santé et des personnes expérimentées.
4. **Séances de discussion téléphonique en groupe.** Deux séances visant à connaître les besoins des infirmières, des membres de l'équipe interprofessionnelle de santé et des personnes expérimentées ont été organisées.

Réunions du comité d'experts

L'AIIAO vise à assurer que la composition d'un comité d'experts est diversifiée, conformément à son énoncé d'organisation sur la diversité et l'inclusion, lequel fait partie de la mission et des valeurs de l'AIIAO (106). L'AIIAO souhaite également que les personnes concernées par les recommandations des LDPE, en particulier les personnes ayant une expérience directe de l'affection ou qui font partie d'un réseau de soutien, soient invitées à faire partie du comité d'experts.

L'AIIAO utilise différentes méthodes pour trouver et sélectionner les membres d'un comité d'experts. Notamment les suivantes :

- parcourir la littérature pour trouver de chercheurs dans le domaine concerné;
- recueillir des recommandations lors d'entretiens avec des personnes-ressources;
- tirer parti de réseaux de professionnels reconnus, tels que les groupes d'intérêt de l'AIIAO, le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers^{MD}, les organisations vedettes des pratiques exemplaires^{MD} et d'autres associations de soins infirmiers et de fournisseurs de soins de santé, des associations ou organisations à caractère technique et des organismes de défense des droits des patients.

Aux fins de cette LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a réuni des experts du domaine de la pratique des soins infirmiers, de la recherche et de l'enseignement ainsi que d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle représentant un éventail de secteurs et de domaines de pratique. Des personnes ayant une expérience concrète de l'affection et des porte-parole des patients ont également été invitées à se joindre au comité d'experts (voir le **comité d'experts de l'AIIAO**).

Le comité d'experts a mené les activités suivantes :

- approbation de l'objet et du champ d'application de la présente LDPE;
- formulation des questions de recommandation et des résultats visés par la présente LDPE;
- participation à un processus d'élaboration d'un **consensus**⁶ en vue de finaliser les énoncés de recommandations;
- formulation d'une rétroaction sur l'ébauche de la présente LDPE;
- participation à l'élaboration d'indicateurs d'évaluation;
- contribution à l'élaboration des ordonnances de la présente LDPE;
- désignation des intervenants appropriés pour examiner l'ébauche de la ligne directrice avant sa publication.

En plus de ce qui précède, les coprésidents du comité d'experts ont également participé aux activités suivantes :

- participation à des réunions mensuelles avec les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices et le coordinateur du projet d'élaboration des lignes directrices;
- direction des réunions du comité d'experts;
- prestation de conseils approfondis sur des questions cliniques et/ou de recherche;
- supervision du processus de vote.

Conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des LDPE de l'AIIAO, on entend par conflit d'intérêts (CI) les situations dans lesquelles les intérêts financiers, professionnels, intellectuels, personnels, organisationnels ou autres d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener les travaux du groupe de façon objective. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu et/ou réel. Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion portant sur les lignes directrices et avant leur publication. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a fait l'objet d'un examen par l'équipe d'élaboration et de recherche des pratiques exemplaires de l'AIIAO et les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit à effet limitant n'a été relevé. Voir le résumé des déclarations de conflits d'intérêts sur la page Web <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Détermination des questions de recommandation et des résultats prioritaires

Les questions de l'AIIAO examinées dans le cadre de la revue systématique de la littérature sont formulées conformément aux questions de recherche sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats (PICR).

En septembre 2018, l'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts se sont réunis en personne pour déterminer les questions et les résultats prioritaires des recommandations figurant dans la présente LDPE. Une liste exhaustive de questions de recommandation susceptibles d'être intégrées à la présente LDPE a été dressée lors de la réunion en personne sur la base de l'information suivante :

- l'analyse des lacunes de la ligne directrice;
- les entretiens avec des personnes-ressources et les séances de discussion en groupe;
- les discussions du comité d'experts lors de la réunion en personne.

Cette liste exhaustive de questions de recommandation a été soumise au vote des membres du comité d'experts. Chaque membre du comité d'experts avait droit à cinq votes pour la sélection des questions de recommandation. Les cinq questions de recommandation ayant recueilli le plus grand nombre de votes ont été retenues et intégrées à la LDPE. Les coprésidents du comité d'experts n'ont pas participé au vote.

À la suite de ce vote initial et conformément aux normes du système GRADE pour l'évaluation et la présentation des données probantes, les résultats ont été déterminés et classés par ordre de priorité pour chaque question de recommandation. Lors de la réunion en personne, une liste exhaustive des résultats par question de recommandation a été dressée à la lumière des entretiens avec les intervenants clés, des discussions en groupe et de celles du comité d'experts.

Le comité d'experts a ensuite été invité à classer l'importance relative de chaque résultat de la liste par question de recommandation. Chaque membre du groupe a participé à un vote confidentiel en ligne pour déterminer l'ordre de classement des résultats. Il a été jugé possible d'obtenir au total 20 résultats prioritaires pour les cinq questions de recommandation. Les coprésidents des groupes d'experts n'ont pas participé au vote, car ils avaient pour tâche de veiller au bon déroulement du vote.

Les résultats du vote ont été présentés au comité d'experts et les résultats prioritaires par question de recommandation ont été déterminés dans le cadre d'une discussion supervisée. Les cinq questions de recommandation initiales et leurs questions de recherche PICR respectives sont présentées ci-dessous.

Questions de recommandation initiales

Question de recommandation n° 1 : Faut-il recommander aux fournisseurs de soins de fournir des instructions sur la gestion de l'incontinence et de faire un suivi sur leur mise en œuvre pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Question de recherche sur la PICR n° 1 :

Population : Les fournisseurs formels et informels de soins.

Intervention : Instructions et suivi de leur mise en œuvre.

Comparaison : Instructions seulement.

Résultats : Utilisation accrue de stratégies d'élimination, sensibilisation et connaissances des fournisseurs (formels et informels), épisodes d'incontinence, qualité de vie et effets indésirables.

Question de recommandation n° 2 : Faut-il recommander des stratégies d'élimination pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire et/ou fécale?

Question de recherche sur la PICR n° 2 :

Population : Les personnes souffrant d'incontinence urinaire et/ou fécale.

Intervention : Stratégies d'élimination.

Comparaison : Absence de stratégies d'élimination.

Résultats : Épisodes d'incontinence, qualité de vie, utilisation de produits pour l'incontinence et charge de travail des soignants.*

Question de recommandation n° 3 : Faut-il recommander aux fournisseurs de soins de santé de poser des questions de dépistage normalisées pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Question de recherche sur la PICR n° 3 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Intervention : Questions de dépistage normalisées.

Comparaison : Absence de questions de dépistage normalisées.

Résultats : Dépistage des personnes souffrant d'incontinence, aiguillage vers le fournisseur de soins approprié, éducation/ressources pour les patients, satisfaction du patient et mobilisation accrue du patient.

Question de recommandation n° 4 : Faut-il recommander la pratique d'exercices ou de mouvements pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Question de recherche sur la PICR n° 4 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Intervention : Exercices ou mouvements.

Comparaison : Aucun exercice ni mouvement.

Résultats : Épisodes d'incontinence, qualité de vie, mesures de la mobilité*, chutes* et constipation.

Question de recommandation n° 5 : Faut-il recommander la déprescription des médicaments agissant sur les fonctions vésicales et intestinales pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Question de recherche sur la PICR n° 5 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Intervention : Déprescrire les médicaments agissant sur les fonctions vésicales et intestinales.

Comparaison : Aucune déprescription de médicaments agissant sur les fonctions vésicales et intestinales.

Résultats : Effets secondaires des médicaments, épisodes d'incontinence, qualité de vie et chutes.

Révisions des questions de recommandation initiales et des résultats

Toutes les questions de recommandation ont fait l'objet d'essais de recherche. Cependant, aucune étude n'a permis de répondre aux questions 1, 3 et 5 de la recommandation initiale. Deux stratégies ont été utilisées pour trouver d'autres questions de recommandation. Dans un premier temps, le comité d'experts a priorisé une sixième question de recommandation sur *l'apport adéquat de fibres et/ou de liquides* et les résultats connexes. Cette question a été traitée. Ensuite, le directeur associé de l'élaboration des lignes directrices et de la recherche et les coprésidents du comité d'experts se sont consultés pour dresser une liste des lacunes relevées dans les recommandations des éditions précédentes des LDPE intitulées *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction* et *Prévention de la constipation chez les personnes âgées*. *L'approche interdisciplinaire* et les *protocoles intestinaux organisationnels* sont deux domaines de recommandations qui ont été abordés dans les éditions précédentes, mais pas dans la présente édition (2, 3).

Pour pallier les lacunes relevées dans les recommandations, des questions de recommandation sur *l'approche interdisciplinaire* et les *protocoles intestinaux organisationnels* ont été sélectionnées. Ces questions de recommandation ont également été examinées par le responsable du programme des pratiques exemplaires en soins de longue durée à mesure que ces lignes directrices étaient mises en œuvre dans les établissements de soins de longue durée. De plus, les coprésidents des groupes d'experts se sont consultés pour sélectionner les résultats les plus importants des études examinées pour traiter ces questions.

- * Pour la question de recommandation n°2 initiale, la littérature n'a pas permis de trouver un résultat concernant la *charge de travail des soignants*. Aucun résultat de substitution n'a été sélectionné, car on a jugé qu'il y avait suffisamment de résultats pour la question. Ce résultat a été considéré comme une lacune sur laquelle la recherche pourra éventuellement se pencher.
- * Pour la question de recommandation n° 4, aucun résultat relatif à la *mesure de la mobilité* et aux *chutes* n'a été trouvé dans la littérature. Par conséquent, après consultation des coprésidents du comité d'experts, les *limitations physiques* ont été choisies comme résultat de substitution pour les *chutes*. Aucun résultat de substitution n'a été retenu pour remplacer les *mesures de la mobilité*, car on a jugé qu'il y avait suffisamment de résultats pour la question. Ce résultat a été considéré comme une lacune sur laquelle la recherche pourra éventuellement se pencher.

Enfin, le comité d'experts a décidé de scinder la population cible en deux catégories : les *personnes souffrant d'incontinence urinaire* et les *personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation*. Toutes les questions de recommandation ont été modifiées de manière à s'adresser expressément à ces affections, à la lumière des données probantes trouvées dans les études examinées. Ces modifications ont donné lieu à sept questions de recommandation. Les sept questions de recommandation modifiées et leurs questions de recherche sur la PICR respectives sont présentées ci-dessous.

Questions de recommandation modifiées relatives à l'incontinence urinaire

Question de recommandation n° 1 : Faut-il recommander des stratégies d'élimination pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Question de recherche sur la PICR n° 1 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence urinaire.

Intervention : Stratégies d'élimination.

Comparaison : Aucune stratégie d'élimination.

Résultats : Épisodes d'incontinence, qualité de vie et utilisation de produits pour l'incontinence.

Question de recommandation n° 2 : Faut-il recommander la pratique d'une activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Question de recherche sur la PICR n° 2 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence urinaire.

Intervention : Activité physique.

Comparaison : Aucune activité physique.

Résultats : Épisodes d'incontinence et limitations physiques.

Question de recommandation n° 3 : Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Question de recherche sur la PICR n° 3 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence urinaire.

Intervention : Approche interprofessionnelle.

Comparaison : Aucune approche interprofessionnelle.

Résultats : Satisfaction du patient et épisodes d'incontinence.

Questions de recommandation modifiées relatives à l'incontinence fécale et/ou à la constipation

Question de recommandation n° 4 : Faut-il recommander la pratique d'une activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Question de recherche sur la PICR n° 4 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Intervention : Activité physique.

Comparaison : Aucune activité physique.

Résultats : Épisodes d'incontinence et de constipation et qualité de vie.

Question de recommandation n° 5 : Faut-il recommander un apport suffisant de fibres et/ou de liquides pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Question de recherche sur la PICR n° 5 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Intervention : Apport adéquat de fibres et/ou de liquides.

Comparaison : Aucun apport adéquat de fibres et/ou de liquides.

Résultats : Fréquence des selles, consistance des selles, utilisation de laxatifs, épisodes d'incontinence et qualité de vie.

Question de recommandation n° 6 : Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Question de recherche sur la PICR n° 6 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Intervention : Approche interprofessionnelle.

Comparaison : Aucune approche interprofessionnelle.

Résultats : Qualité de vie, accès aux soins, satisfaction du patient, épisodes d'incontinence et de constipation.

Question de recommandation n° 7 : Faut-il recommander un protocole intestinal pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Question de recherche sur la PICR n° 7 :

Population : Personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation.

Intervention : Protocole intestinal.

Comparaison : Aucun protocole intestinal.

Résultats : Constipation et utilisation de laxatifs.

Collecte systématique de données

Les LDPE de l'AIIAO sont basées sur une revue exhaustive et systématique de la littérature.

Aux fins de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les meilleures pratiques de l'AIIAO et un bibliothécaire spécialisé en sciences de la santé ont élaboré une stratégie de recherche pour chacune des questions de recherche susmentionnées. Ils ont effectué une recherche dans les bases de données ci-dessous pour trouver des études pertinentes publiées en anglais entre janvier 2013 et décembre 2018 : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Emcare et PsycInfo.

Afin d'obtenir les données probantes les plus récentes, la revue systématique de la littérature a été limitée aux études publiées au cours des cinq dernières années. Tous les plans d'étude ont été inclus. Les membres du comité d'experts ont été invités à parcourir leurs bibliothèques personnelles à la recherche d'études pertinentes qui auraient pu échapper aux stratégies de recherche ci-dessus (voir l'**annexe E**). Pour en savoir plus sur la stratégie de recherche de la revue systématique de la littérature, les critères d'inclusion et d'exclusion et les termes de recherche, voir la page Web <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

La pertinence et l'admissibilité des études ont été évaluées de manière indépendante par deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Tout désaccord a été résolu par consensus.

Le risque de biais dans la conception des études retenues a été évalué de manière indépendante à l'aide d'outils validés et fiables. On a utilisé l'outil Risk of Bias 2.0 pour évaluer les **essais contrôlés randomisés**^G (107), l'outil ROBINS-I pour évaluer les **études quasi-expérimentales**^G et d'autres études non randomisées (108), l'outil ROBIS pour évaluer les revues systématiques de la littérature (109) et une liste de contrôle qualitative du CASP modifiée pour évaluer les études qualitatives (110). Les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices se sont concertés pour parvenir à un consensus sur tous les scores.

Aux fins de l'extraction des données, les études retenues ont été réparties à parts égales entre les méthodologues. Chaque méthodologue a extrait de l'information des études qui lui ont été assignées, et cette information a été examinée par l'autre méthodologue pour en vérifier l'exactitude.

En avril 2020, le bibliothécaire spécialisé dans les sciences de la santé a effectué une recherche d'études pertinentes publiées en anglais entre décembre 2018 et avril 2020 qui donnaient des éléments de réponse aux questions de recherche. Cette recherche a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Emcare et PsycInfo. Les résultats de quatre études ont fait l'objet des discussions sur les données probantes à l'appui de la **recommandation 3.1**, de la **recommandation 4.1** et de la **recommandation 5.1**.

Déterminer le degré de certitude et de fiabilité des données

Degré de certitude des données

Le degré de certitude des données quantitatives (la mesure dans laquelle on peut être sûr que l'estimation d'un effet est correcte) est déterminé à l'aide des méthodes GRADE (15). On commence par évaluer le degré de certitude des données relatives à chaque résultat prioritaire des différentes études (c'est-à-dire pour l'ensemble de données), par recommandation (15). Ce processus débute par un examen de la conception de chaque étude, puis des cinq facteurs suivants : le risque de biais, le degré d'incohérence, le degré d'imprécision, le degré d'applicabilité et le biais de publication. L'examen peut éventuellement se solder par le **déclassement**^G du degré de certitude des données pour chaque résultat. Voir le **tableau 16** pour une définition de chaque critère de certitude.

Tableau 16. Critères de certitude du système GRADE

CRITÈRES DE CERTITUDE	DÉFINITION
Risque de biais	Limitations dans la conception et l'exécution de l'étude qui peuvent biaiser ses résultats. L'évaluation du risque de biais se fait à l'aide d'outils d'évaluation de la qualité valides et fiables. Tout d'abord, on évalue le risque de biais de chaque étude, puis de l'ensemble des études par résultat donné.
Incohérence	Différences inexplicables (hétérogénéité) des résultats d'une étude à l'autre. L'incohérence est évaluée en explorant l'ampleur de la différence, et les explications possibles, dans la direction et l'importance des effets signalés dans les différentes études pour un résultat donné.
Applicabilité	Variabilité entre la question de recherche et les questions examinées dans le cadre de la revue de la littérature et le contexte dans lequel les recommandations seraient appliquées (applicabilité). Quatre facteurs du degré d'applicabilité font l'objet d'une évaluation : <ul style="list-style-type: none"> ■ les différences quant à la population; ■ les différences quant à l'intervention; ■ les différences quant aux résultats mesurés; ■ les différences quant aux comparateurs.
Imprécision	Degré d'incertitude quant à l'estimation d'un effet. L'imprécision concerne généralement la taille de l'échantillon et le nombre d'événements. Les études sont examinées en fonction de la taille de l'échantillon, du nombre d'événements et des intervalles de confiance.
Biais de publication	Publication sélective d'études en fonction de leurs résultats. Une forte suspicion de biais de publication peut donner lieu à un déclassement.

Source : Tiré de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [Lieu inconnu; éditeur inconnu]; 2013. Table 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>. Réimpression autorisée.

Après l'examen initial de la possibilité de déclasser le degré de certitude des données quantitatives, on procède à l'évaluation de trois facteurs susceptibles de d'accroître le degré de certitude des données pour les études par observation :

1. **L'ampleur de l'effet** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et que l'effet de l'intervention a été évalué comme ayant une grande ampleur, on peut envisager de le relever.
2. **Le gradient dose-réponse** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et qu'un gradient dose-réponse est présent, il est alors possible de le relever.
3. **Effet d'une confusion plausible** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et que tous les facteurs de confusion résiduels entraîneraient une sous-estimation de l'effet du traitement, il est alors possible de le relever (15).

Le système GRADE classe le degré de certitude global des données comme étant élevé, moyen, faible ou très faible. Voir le **tableau 17** pour les définitions de ces catégories.

Aux fins de la présente LDPE, les cinq critères de qualité du système de classement GRADE pouvant donner lieu à un déclassement du degré de certitude des données quantitatives et les trois critères de qualité pouvant donner lieu à une augmentation du degré de certitude des données ont été évalués de manière indépendante par les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Toute divergence a été résolue par consensus. On a attribué un degré de certitude global aux données recueillies pour chaque recommandation à la lumière de ces évaluations. L'évaluation du degré de certitude des données attribué à chaque recommandation était basée sur le degré de certitude des résultats prioritaires présentés dans les études qui ont servi à étayer la recommandation.

Tableau 17 : Degré de certitude des données

DEGRÉ GÉNÉRAL DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est moyen et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Tiré de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu; éditeur inconnu]; 2013. Table 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfivfhuxv4r>. Réimpression autorisée.

Degré de fiabilité des données

1. Comme pour le système de classement GRADE, il existe quatre critères **CERQual^G** pour évaluer le degré de fiabilité des résultats qualitatifs liés à un phénomène étudié :
2. les limites méthodologiques;
3. la pertinence;
4. la cohérence;
5. l'adéquation des données.

Voir le **tableau 18** pour les définitions de ces critères.

Tableau 18 : Critères de qualité CERQual

CRITÈRES	DÉFINITION
Limites méthodologiques	La mesure dans laquelle la conception ou la réalisation des études primaires d'où proviennent les données qui appuient une constatation tirée de la revue de la littérature suscite des inquiétudes.
Cohérence	Une évaluation du degré de clarté et du caractère convaincant de la concordance entre les données des études primaires et les constatations tirées de la revue de la littérature qui font une synthèse de ces données. Par caractère convaincant d'une concordance, on entend qu'elle est probante ou solidement étayée.
Adéquation des données	Une évaluation globale de la richesse et de la quantité des données à l'appui d'une constatation tirée de la revue de la littérature.
Pertinence	La mesure dans laquelle l'ensemble des données des études primaires étayant les constatations tirées de la revue de la littérature est applicable au contexte (perspective ou population, phénomène étudié, contexte des soins) indiqué dans la question examinée dans le cadre de la revue de la littérature.

Source : Tiré de : Lewin S, Booth A, Glenton C, et coll. Applying GRADE-CERQUAL to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1) : pp. 1 à 10. Table 2, Definitions of the components of the CERQual approach; p. 5. Réimpression autorisée.

Les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont évalué de manière indépendante les constatations qualitatives relatives à deux résultats prioritaires selon ces quatre critères. Toute divergence a été résolue par consensus. Ces évaluations ont permis de porter un jugement global sur le degré de fiabilité de chaque constatation tirée de la revue de la littérature. Voir le **tableau 19** pour les différents degrés de fiabilité des données. On a attribué aux recommandations qui s'appuyaient sur des données qualitatives un degré de fiabilité global des données basé sur les constatations correspondantes tirées de la revue de la littérature.

Tableau 19 : Degré de fiabilité des données

DEGRÉ DE FIABILITÉ GLOBAL DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Il est fort probable que la constatation soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Moyen	Il est moyennement probable que la constatation soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Faible	Il est possible que la constatation tirée de la revue de la littérature soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Très faible	Il est difficile de savoir si la constatation tirée de la revue de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.

Source : Tiré de : Lewin S, Booth A, Glenton C, et coll. Applying GRADE-CERQUAL to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1) : pp. 1 à 10. Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach; p. 6. Réimpression autorisée.

Formuler des recommandations

Synthèse des données

Les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont regroupé les études par thèmes de façon consensuelle pour chaque question de recherche. Ces thèmes ont servi de base pour ébaucher des énoncés de recommandation. Les deux méthodologues ont établi, pour chaque ébauche de recommandation, des profils de données classées selon le système GRADE ou les critères GRADE-CERQual). Les profils des données classées selon le système GRADE ou les critères GRADE-CERQual servent à appuyer la prise de décisions sur la degré de certitude et/ou de fiabilité des données et à fournir de l'information générale sur l'ensemble des données de recherche et sur les principaux résultats statistiques ou descriptifs (15).

Les profils des données pour l'ensemble des études quantitatives appuyaient les décisions prises par les deux méthodologues relativement aux cinq principaux critères de certitude selon le système de classement GRADE pouvant donner lieu au déclassement du degré de certitude quant à la population visée par les études, aux pays où les études ont été menées, aux principaux résultats et aux jugements transparents sur la certitude sous-jacente aux données pour chaque résultat (15). Les profils des données pour les études quantitatives établissaient l'importance relative des résultats tels que déterminée par le comité d'experts au moyen d'un vote confidentiel en ligne sur une échelle de Likert de 9 points allant de 1 (moins important) à 9 (plus important). Étant donné que la présente LDPE n'a fait l'objet d'aucune **méta-analyse**^G, la synthèse des résultats a été faite de manière descriptive.

Des profils de données CERQual ont été créés pour l'ensemble des données qualitatives de chaque ébauche de recommandation, le cas échéant. Comme les profils des données de type GRADE utilisées pour la recherche quantitative, les profils de données de type CERQual présentent l'ensemble des données à l'appui de chaque thème lié aux résultats de chaque recommandation. Ces profils de données présentaient les décisions prises par les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices concernant les quatre principaux critères CERQual et les jugements transparents sur le degré de fiabilité des données pour chaque thème.

Les profils de données GRADE et CERQual pour chaque recommandation, organisés par résultat, peuvent être consultés en ligne à l'adresse : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults>.

Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes

Les **cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes**^G présentent les recommandations proposées et résument les facteurs et les considérations nécessaires fondés sur les données disponibles et le jugement du comité d'experts pour formuler les énoncés de recommandation. Ces cadres sont utilisés pour assurer que tous les facteurs importants (le degré de certitude ou de fiabilité des données, les bénéfices et les inconvénients, les valeurs et les préférences et l'équité dans l'accès aux soins) requis pour formuler les énoncés de recommandation sont pris en compte par le comité d'experts (15). Ces cadres intègrent à la fois des données quantitatives et qualitatives. Les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont préparé ces cadres en se basant sur les données disponibles tirées de la revue systématique de la littérature.

Les cadres pour une prise de décision éclairée par des données utilisés pour la présente LDPE comprenaient les éléments ci-dessous pour chaque ébauche d'énoncé de recommandation (voir **tableau 20**) :

- L'information contextuelle sur l'ampleur du problème.
 - La question sur la PICR et le contexte général relatif à la question de recherche.
- Le rapport entre les bénéfices et les inconvénients d'une intervention.
- Le degré de certitude et/ou de fiabilité des données.
- Les valeurs et préférences.
- L'équité dans l'accès aux soins.

Prise de décision : Déterminer la direction et la force des recommandations

Les membres du comité d'experts ont examiné les cadres pour une prise de décision éclairée par des données avant de participer à une réunion en personne de deux jours pour déterminer la direction (c.-à-d. une recommandation pour ou contre une intervention) et la force (c.-à-d. forte ou conditionnelle) des recommandations de la ligne directrice. Les membres du comité d'experts avaient également accès aux profils détaillés des données et aux articles dans leur intégralité.

Les coprésidents du comité d'experts et les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont dirigé la réunion en personne de manière à ce que les discussions sur chacune des recommandations proposées soient menées en bonne et due forme.

La décision sur la direction et la force de chaque énoncé de recommandation a été prise au terme d'une discussion et d'un vote dont la majorité était fixée à au moins 70 % des membres votants du groupe. Le processus de vote, qui s'est déroulé dans l'anonymat, a été dirigé par les coprésidents du comité d'experts et les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Pour déterminer la force d'un énoncé de recommandation, les membres du comité d'experts ont été invités à tenir compte des éléments suivants (voir le **tableau 20**) :

- le rapport entre les bénéfices et les inconvénients d'une intervention;
- le degré de certitude et de fiabilité des données;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Tableau 20 : Principaux facteurs à prendre en compte pour déterminer la force des recommandations

FACTEUR	DÉFINITION	SOURCES
Avantages et inconvénients	<p>Résultats potentiels désirables et indésirables mentionnés dans la littérature lorsque la pratique ou l'intervention recommandée est appliquée.</p> <p>Plus la différence entre les effets désirables et indésirables est grande, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est élevée. Plus le gradient est étroit, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée (111).</p>	Études faisant l'objet de la revue systématique de la littérature.
Degré de certitude et de fiabilité des données	<p>Le degré de confiance qu'un effet estimé est suffisamment probant pour justifier une recommandation. Le degré de confiance qu'un résultat tiré de la revue de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène en question (112).</p> <p>Les recommandations sont considérées comme ayant différents degrés de certitude ou de fiabilité; plus le degré de certitude ou de fiabilité est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est grande (111).</p>	Études faisant l'objet de la revue systématique de la littérature.
Valeurs et préférences	<p>L'importance ou la valeur relative des résultats pour la santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche axée sur la personne.</p> <p>Plus les valeurs et les préférences varient ou plus le degré d'incertitude des valeurs et des préférences est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est grande (111).</p>	Données tirées de la revue systématique de la littérature (lorsqu'elles existent) et autres sources, comme les avis du comité d'experts.

FACTEUR	DÉFINITION	SOURCES
Équité dans l'accès aux soins	<p>Les effets potentiels de la pratique ou de l'intervention recommandée sur les résultats en matière de santé ou sur la qualité des soins de santé dans différentes populations.</p> <p>Plus le potentiel d'accroissement des inégalités d'accès aux soins de santé est important, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée (113).</p>	Données tirées de la revue systématique de la littérature (lorsqu'elles existent) et autres sources, comme les avis du comité d'experts.

Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur la page Web : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>.

Formulation des énoncés de pratiques exemplaires

Au terme de la réunion en personne, l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a formulé deux énoncés de pratiques exemplaires soulignant la nécessité pour les fournisseurs de soins de santé de procéder à une évaluation initiale ciblée avant de procéder à des interventions ou d'appliquer des plans de traitement pour des personnes souffrant d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale et/ou de constipation. Les membres du groupe d'experts ont reçu un questionnaire comportant les cinq questions suivantes relatives à chaque énoncé :

1. Cet énoncé est-il clair et réalisable?
2. Le message est-il vraiment pertinent par rapport à la pratique actuelle dans le domaine de la santé?
3. Après examen de tous les résultats pertinents en matière de santé et des conséquences potentielles qui en découlent, la mise en œuvre de l'énoncé de pratiques exemplaires entraînera-t-elle des effets positifs nets importants?
4. Est-il nécessaire ou requis de procéder à une revue systématique des données pour cet énoncé?
5. Cet énoncé de pratique exemplaire est-il appuyé par des éléments probants clairs et explicites?

Le questionnaire sur l'énoncé de pratique exemplaire pour l'incontinence urinaire a été rempli par 11 des 13 membres du groupe d'experts. Les résultats sont les suivants :

- 10 des 11 participants ont répondu « oui » à la première question.
- Tous les participants ont répondu « oui » à la deuxième question.
- 8 des 11 participants ont répondu « oui » à la troisième question.
- 9 des 11 participants ont répondu « non » à la quatrième question.
- 10 des 11 participants ont répondu « oui » à la cinquième question.

Le questionnaire sur l'énoncé de pratique exemplaire pour l'incontinence fécale et/ou la constipation a été rempli par 11 des 13 membres du groupe d'experts. Les résultats sont les suivants :

- 10 des 11 participants ont répondu « oui » à la première question.
- Tous les participants ont répondu « oui » à la deuxième question.
- 8 des 11 participants ont répondu « oui » à la troisième question.
- 8 des 11 participants ont répondu « non » à la quatrième question.
- 9 des 11 participants ont répondu « oui » à la cinquième question.

Adoption d'une recommandation

Le comité d'experts a conclu qu'il existe actuellement des orientations et des données probantes à l'appui de la rééducation périnéo-sphinctérienne (RPS) pour les femmes souffrant d'incontinence urinaire. En effectuant une analyse des lacunes des lignes directrices, les méthodologues ont relevé une ligne directrice récente et de grande qualité qui traite de la RPS pour les femmes souffrant d'incontinence urinaire. Par conséquent, la RPS n'a pas été considérée comme une pratique lacunaire pour laquelle le comité d'experts aurait dû une question de recommandation. Toutefois, il a été jugé nécessaire d'intégrer une recommandation sur la RPS à la présente LDPE étant donné que celle-ci traite de l'impact de l'activité physique de faible intensité chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire.

Les méthodologues et les membres du comité d'experts ont convenu d'adopter une recommandation tirée de la ligne directrice de haute qualité du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) intitulée *Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women : Management*, mise à jour en juin 2019 (14). La ligne directrice, qui a été évaluée par les deux méthodologues à l'aide de l'outil AGREE II, a été considérée comme étant de grande qualité (avec un score de 6 sur 7).

L'adoption d'une recommandation consiste à utiliser une recommandation existante et digne de confiance sans la modifier. Elle doit concerner la même population, donner lieu à la même intervention, avoir les mêmes comparateurs et présenter la même degré de certitude quant aux données (13). Cela signifie que le comité d'experts est d'accord avec les décisions qui établissent la direction et la force de la recommandation formulée par le concepteur de la ligne directrice d'où elle provient (13). Les membres du comité d'experts ont élaboré un cadre pour la prise de décision éclairée fondée sur des données probantes à partir des profils de données publiés par le NICE (14). Ce cadre devait présenter les données de manière à ce que le comité d'experts puisse examiner les critères qui influencent sur la direction et la force de la recommandation et de sa mise en œuvre (13).

Sélection des ressources justificatives et du contenu des annexes

Les membres du comité d'experts et les différents intervenants ont proposé des ressources justificatives et du contenu pour les annexes tout au long du processus d'élaboration de la ligne directrice. Les deux méthodologues ont examiné les ressources justificatives et le contenu des annexes en fonction des cinq critères suivants :

1. **La pertinence** : Les ressources justificatives et le contenu des annexes doivent être pertinents à l'objet du LDPE ou à la recommandation. Autrement dit, la ressource ou l'annexe doit être adaptée et appropriée à l'objet et au champ d'application de la LDPE ou à la (aux) recommandation(s) concernée(s).
2. **L'actualité** : Les ressources doivent être récentes et à jour. Elles doivent avoir été publiées au cours des dix dernières années ou être en conformité avec les données actuelles.

3. **La crédibilité** : L'évaluation de la crédibilité tient compte de la fiabilité et de l'expertise de l'auteur ou de l'organisme qui a rédigé la ressource. On détermine également si la ressource présente un biais, comme de la publicité ou l'affiliation des auteurs à une entreprise privée offrant des produits de soins de santé.
4. **La qualité** : Ce critère permet d'évaluer le degré d'exactitude de l'information et la mesure dans laquelle les données sur lesquelles s'appuie la source sont probantes. L'évaluation de la qualité est liée à l'objet de la ressource. On évalue, par exemple, si un outil proposé est fiable et/ou valable.
5. **L'accessibilité** : Ce critère indique si la ressource est offerte gratuitement et si elle est accessible en ligne.

Rédaction de la ligne directrice

L'ébauche de la présente LDPE a été rédigée par les méthodologues chargés de l'élaboration de la ligne directrice. Les membres du comité d'experts l'ont passée en revue et ont fait part de leurs commentaires par écrit. La LDPE a ensuite été soumise à des intervenants externes aux fins d'examen.

Examen des intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de la ligne directrice, l'AIIAO s'est engagée à obtenir les commentaires des intervenants suivants : a) du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé pratiquant dans un large éventail de contextes; b) des administrateurs et des bailleurs de fonds bien informés du domaine des services de santé; c) des associations d'intervenants.

Les intervenants qui ont participé à l'examen des LDPE de l'AIIAO ont été sélectionnés selon deux méthodes. Première méthode : les intervenants sont recrutés au moyen d'un appel public diffusé sur le site Web de l'AIIAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Seconde méthode : l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et les membres du comité d'experts sélectionnent des personnes et des organisations ayant une expertise dans le domaine des lignes directrices, puis les invitent à participer à l'examen de la LDPE.

Les intervenants qui ont participé à l'examen ont une expertise sur l'objet de la ligne directrice ou sont susceptibles d'être concernés par sa mise en œuvre. Il peut s'agir de personnel infirmier, de membres de l'équipe interprofessionnelle, d'infirmières ou infirmiers gestionnaires, d'administrateurs, d'experts en recherche, d'enseignants, d'étudiants en sciences infirmières ou de personnes ayant une expérience concrète de l'affection et de leurs proches.

On demande aux réviseurs de lire l'intégralité de l'ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne.

Les intervenants sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque énoncé de pratique exemplaire :

- Cet énoncé est-il clair?
- Êtes-vous d'accord avec cet énoncé?
- Cet énoncé de pratique exemplaire s'appuie-t-il sur des données probantes claires et explicites?

Les intervenants sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- L'examen des données à l'appui de cette recommandation est-il exhaustif et clair, et ces données corroborent-elles la recommandation?

Les intervenants ont également été invités à répondre aux questions suivantes :

- Avez-vous d'autres commentaires/suggestions au sujet de la section relative au contexte de la ligne directrice?
- Êtes-vous d'accord avec la formulation des principaux concepts et leurs définitions?
- Les ressources documentaires et les annexes figurant dans la présente ligne directrice sont-elles pertinentes?

Les intervenants ont été invités à répondre aux questions suivantes sur les indicateurs d'évaluation :

- Ces indicateurs sont-ils pertinents à votre contexte de pratique?
- Avez-vous des suggestions pour d'autres indicateurs et/ou mesures?

Les membres de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont compilé les réponses au questionnaire et fait une synthèse des commentaires. Ils les ont passés en revue et examinés conjointement avec les membres du comité d'experts. Si nécessaire, le contenu et les recommandations de la LDPE ont été modifiés avant la publication de manière à intégrer les commentaires reçus.

Le processus de révision, qui s'est déroulé du 10 au 24 février 2020, a permis de recueillir des commentaires d'intervenants pratiquant dans différents contextes (voir **Remerciements aux intervenants**).

Procédure de mise à jour de la présente ligne directrice

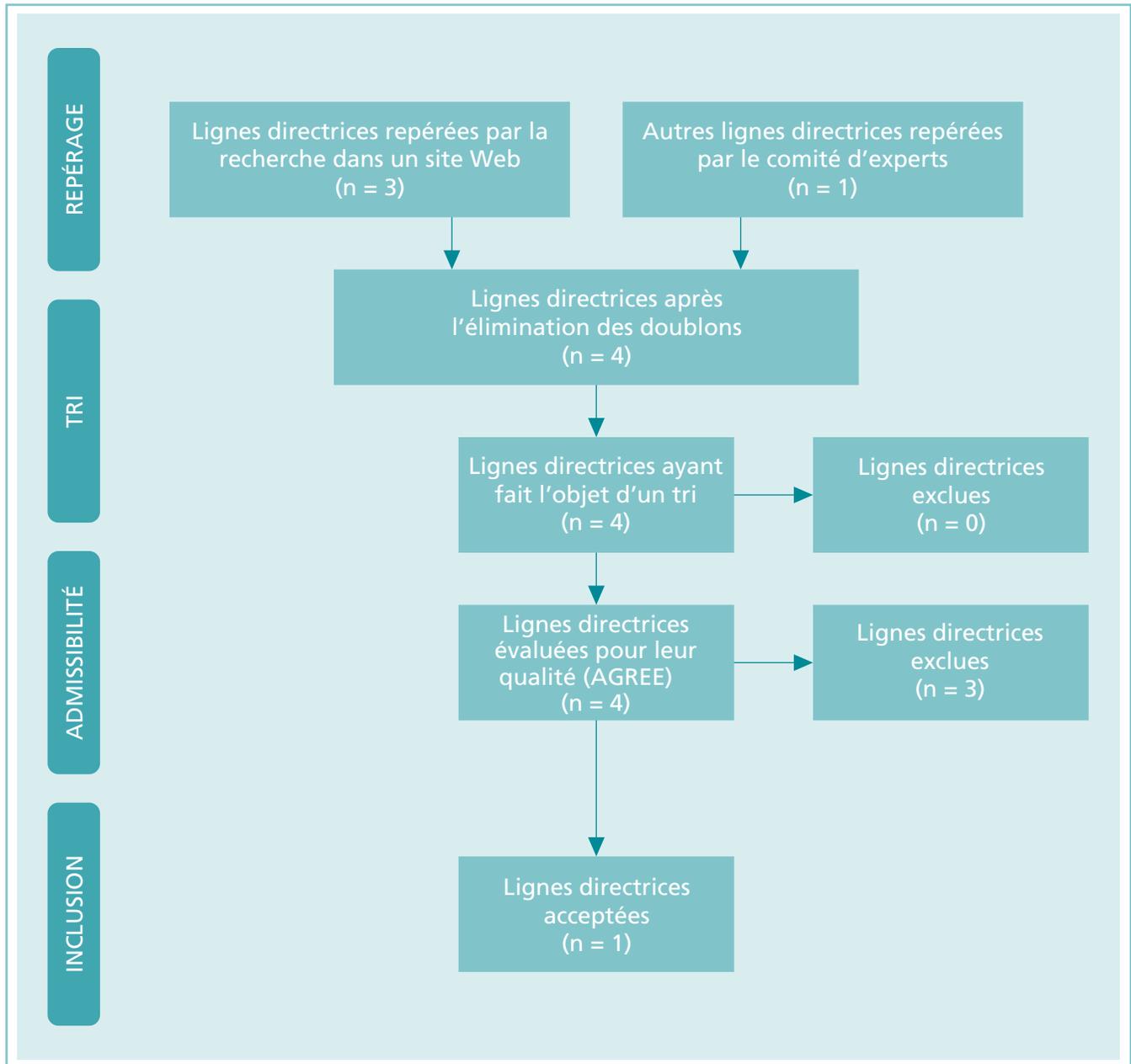
L'AIIAO s'engage à ce que toutes les LDPE soient mises à jour comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de la dernière édition.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires procède périodiquement à l'examen de nouvelles revues systématiques de la littérature, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents au domaine.
3. Il peut ainsi recommander qu'une LDPE fasse l'objet d'une révision anticipée. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
 - a. En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées au cours de la mise en œuvre de la LDPE et les commentaires et expériences d'OVPE^{MD} et d'autres organisations ayant appliqué la LDPE.
 - b. En établissant une liste de nouvelles lignes directrices cliniques pertinentes au domaine et en précisant l'objet et le champ d'application de la LDPE.
 - c. En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de la LDPE.
 - d. En sélectionnant les éventuels coprésidents du groupe d'experts sur la LDPE conjointement avec la directrice générale de l'AIIAO.
 - e. En dressant une liste de spécialistes et d'experts dans le domaine pour leur éventuelle participation au comité d'experts. Le groupe sera composé à la fois des membres du groupe initial et de nouveaux membres.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.

Annexe E : Diagrammes PRISMA pour la recherche de lignes directrices et les revues systématiques de la littérature

Examen des lignes directrices

Figure 2 : Diagramme du processus d'examen des lignes directrices



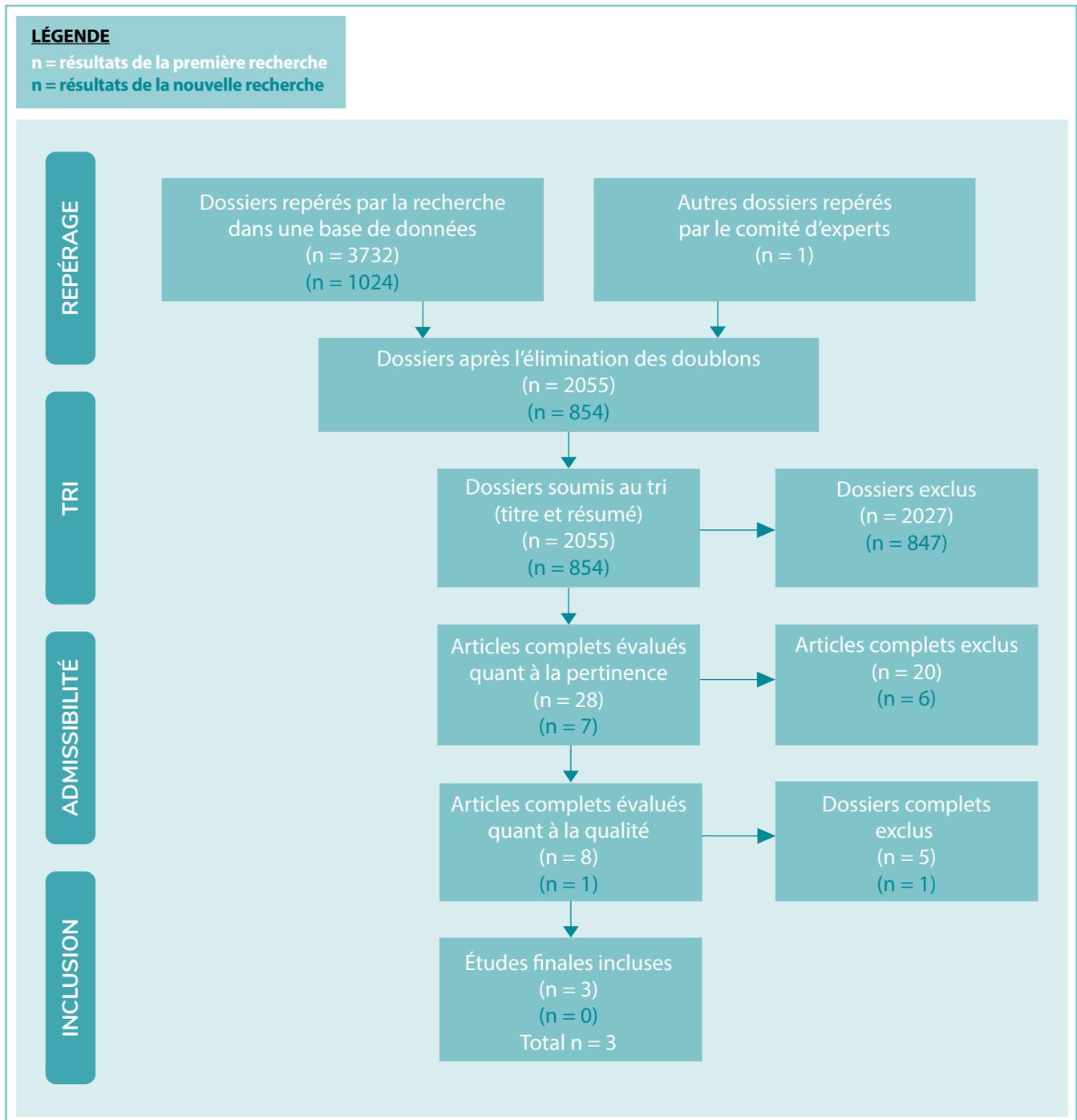
Les lignes directrices retenues ont été examinées afin d'être adoptées ou adaptées en fonction de leur classement dans le système GRADE. Elles devaient avoir un score global AGREE II d'au moins 6 (sur 7) (13).

Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 3 : Diagramme du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 1

Faut-il recommander des stratégies d'élimination pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Résultats : Épisodes d'incontinence, qualité de vie et utilisation de produits pour l'incontinence.

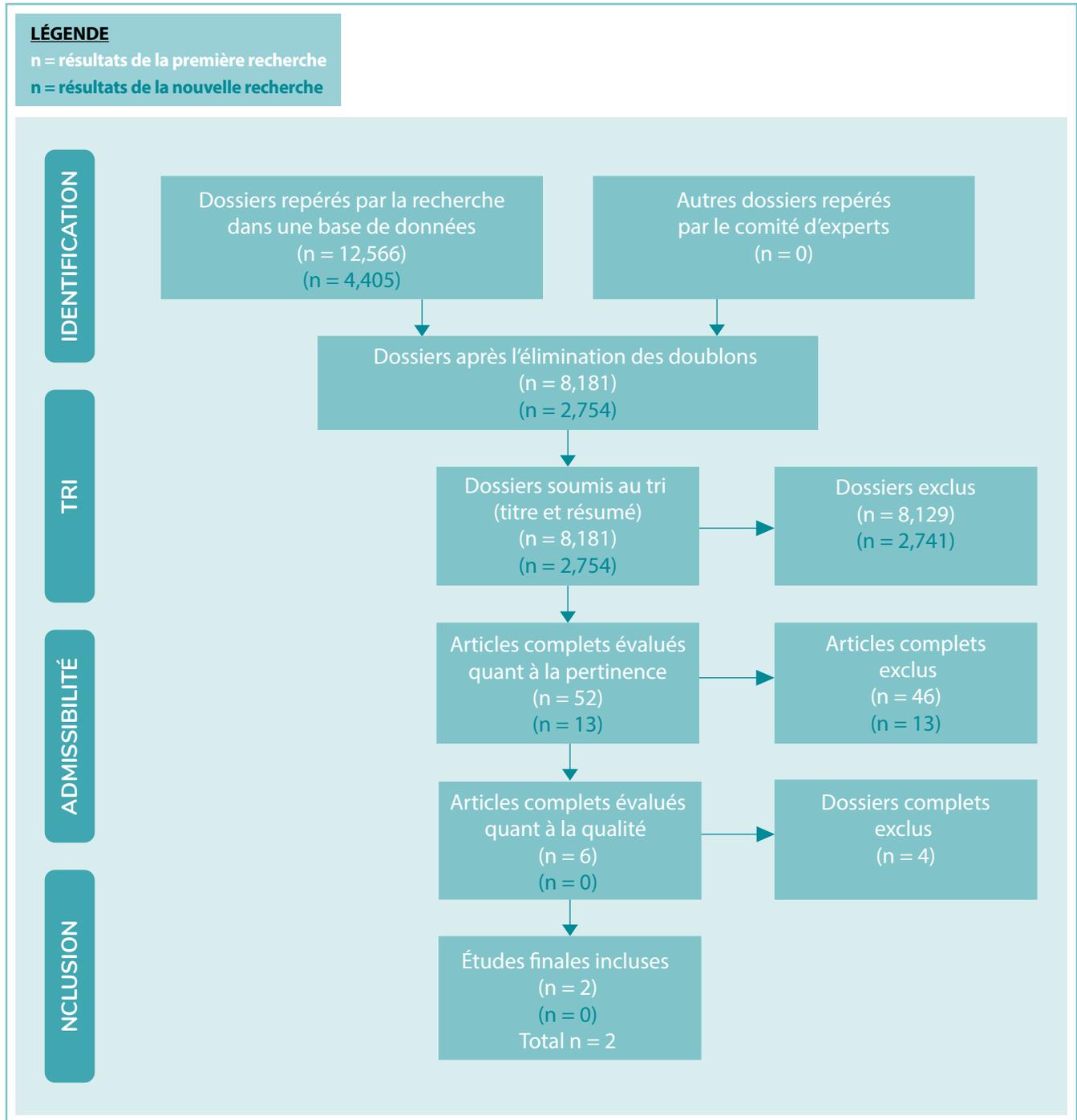


Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 4 : Diagramme du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 2

Faut-il recommander la pratique d'une activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Résultats : Épisodes d'incontinence et limitations physiques.

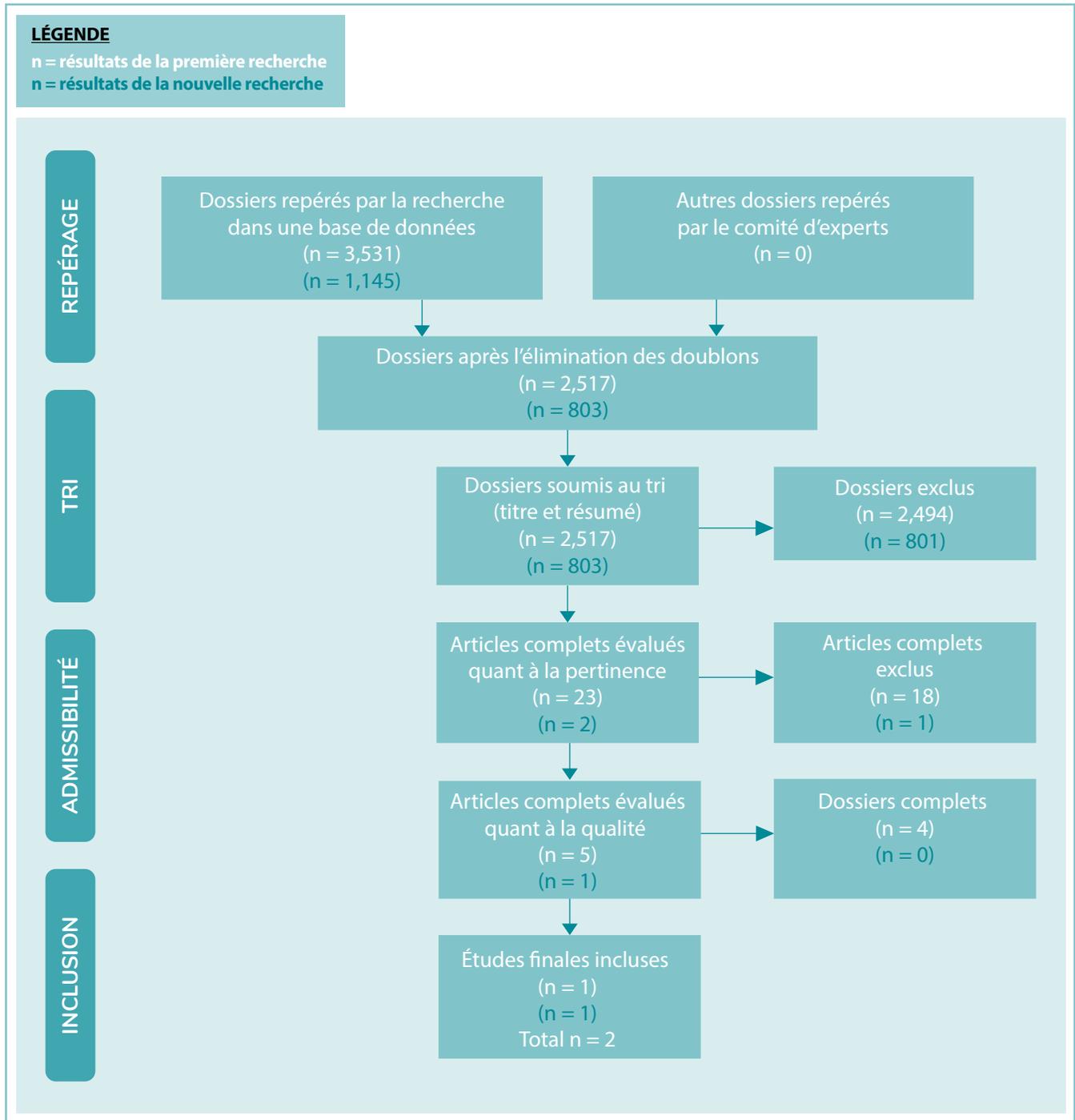


Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 5 : Diagramme du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 3

Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire?

Résultats : Satisfaction du patient et épisodes d'incontinence.

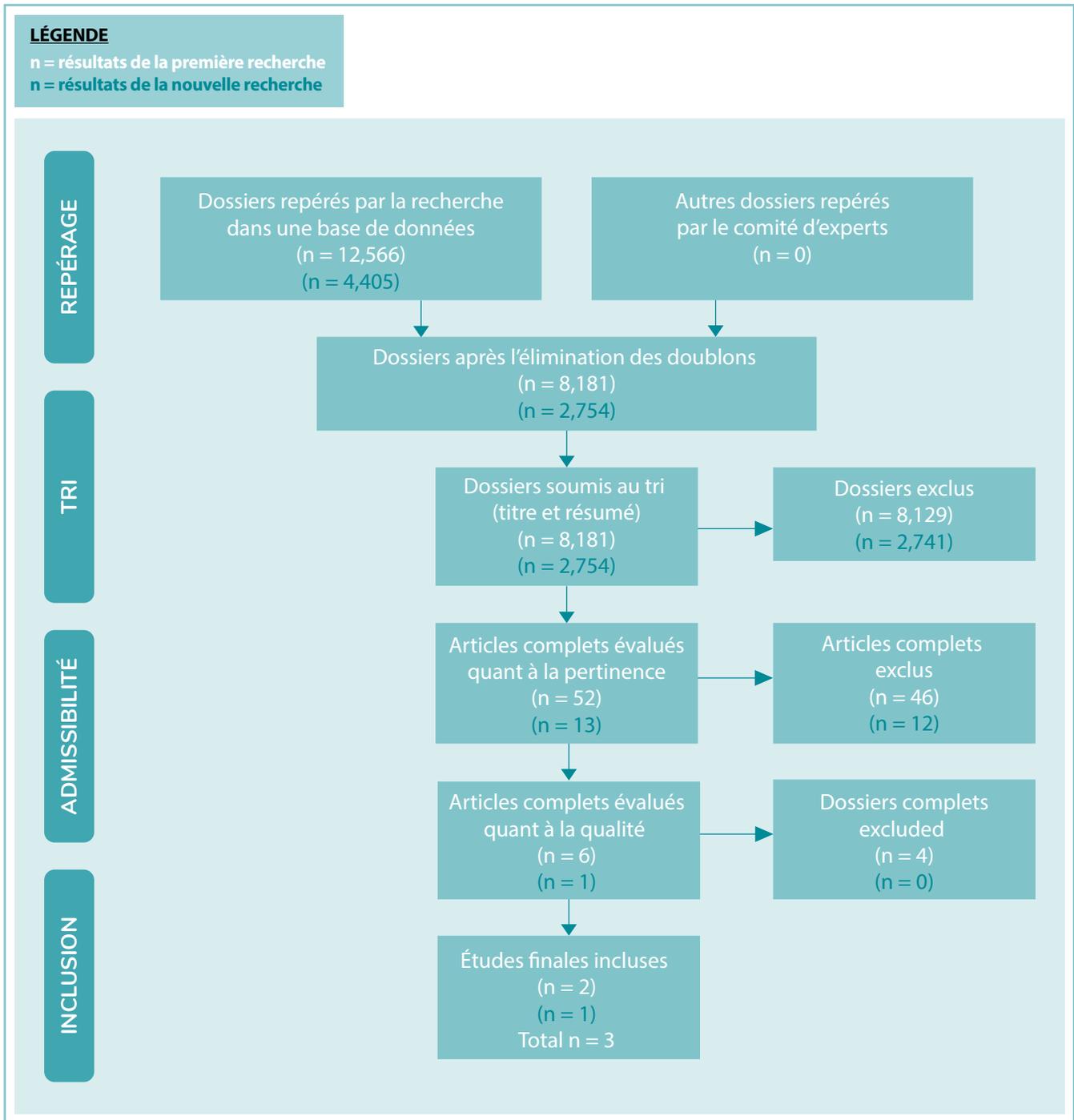


Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 6 : Diagramme du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 4

Faut-il recommander la pratique d'une activité physique pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Constipation et qualité de vie.

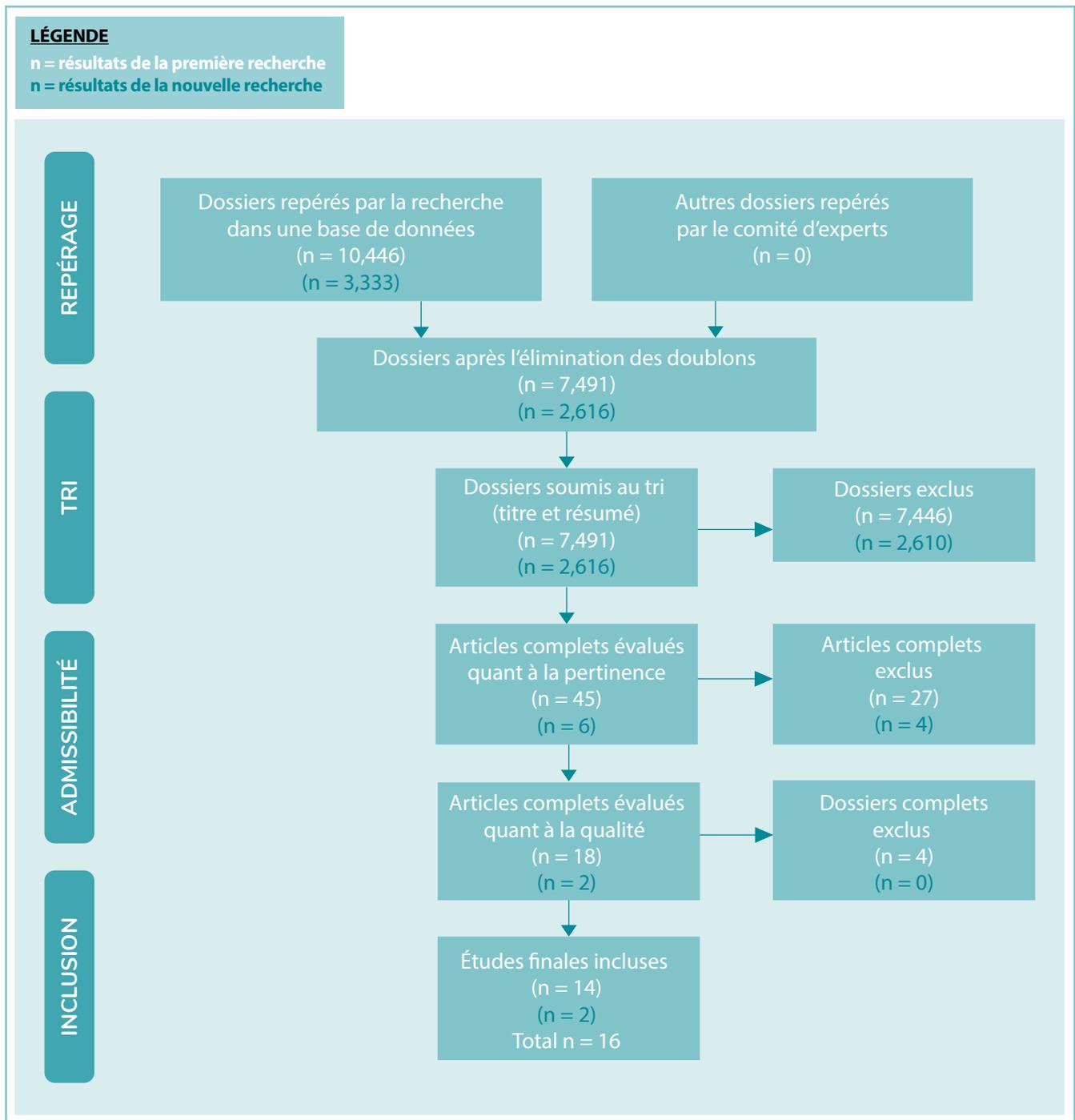


Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 7 : Diagramme du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 5

Faut-il recommander un apport adéquat de fibres et/ou de liquides pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Fréquence des selles, consistance des selles, utilisation de laxatifs, épisodes d'incontinence et qualité de vie.

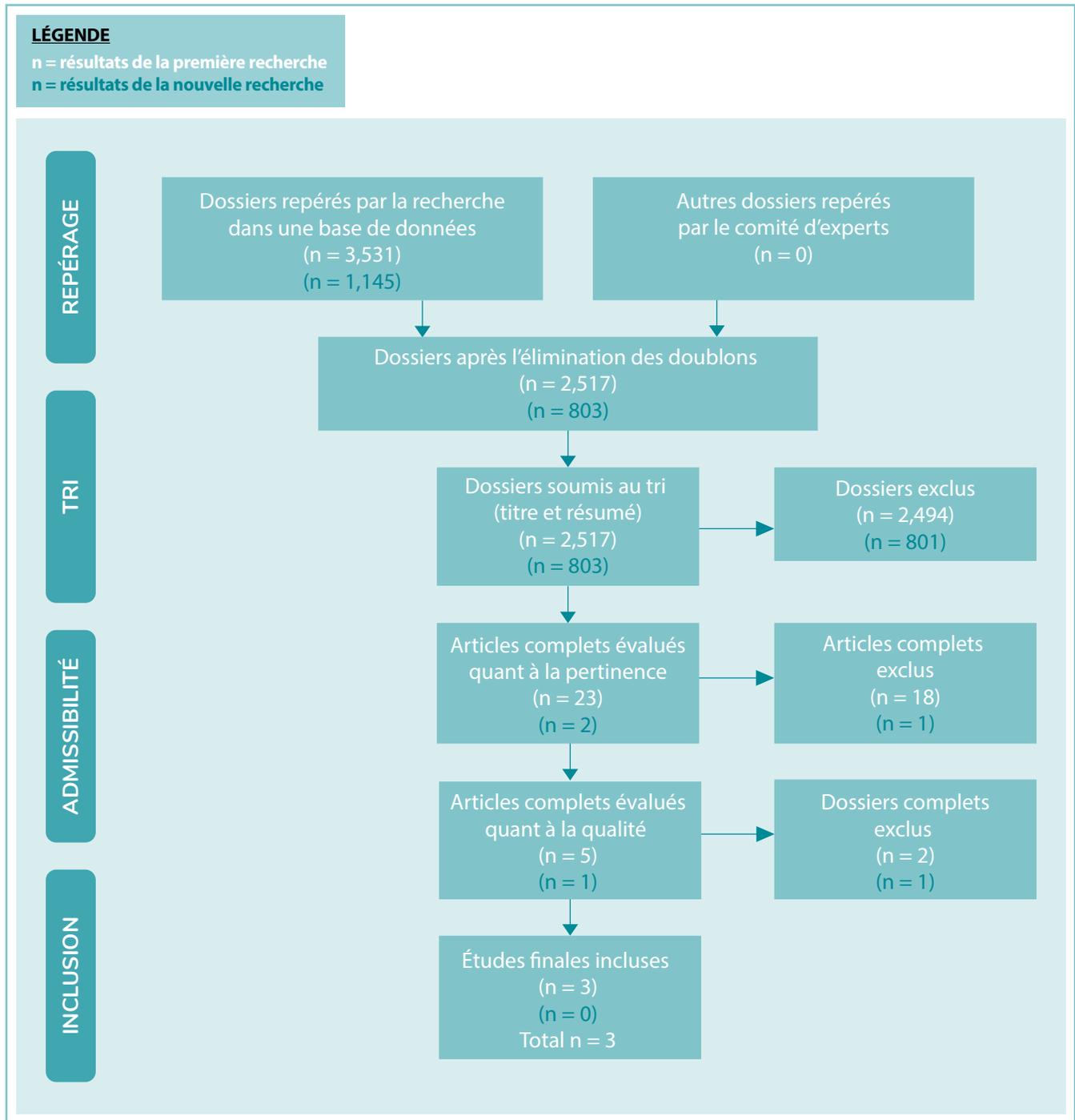


Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 8 : Diagramme du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 6

Faut-il recommander une approche interprofessionnelle pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Qualité de vie, accès aux soins, satisfaction du patient, épisodes d'incontinence et de constipation.

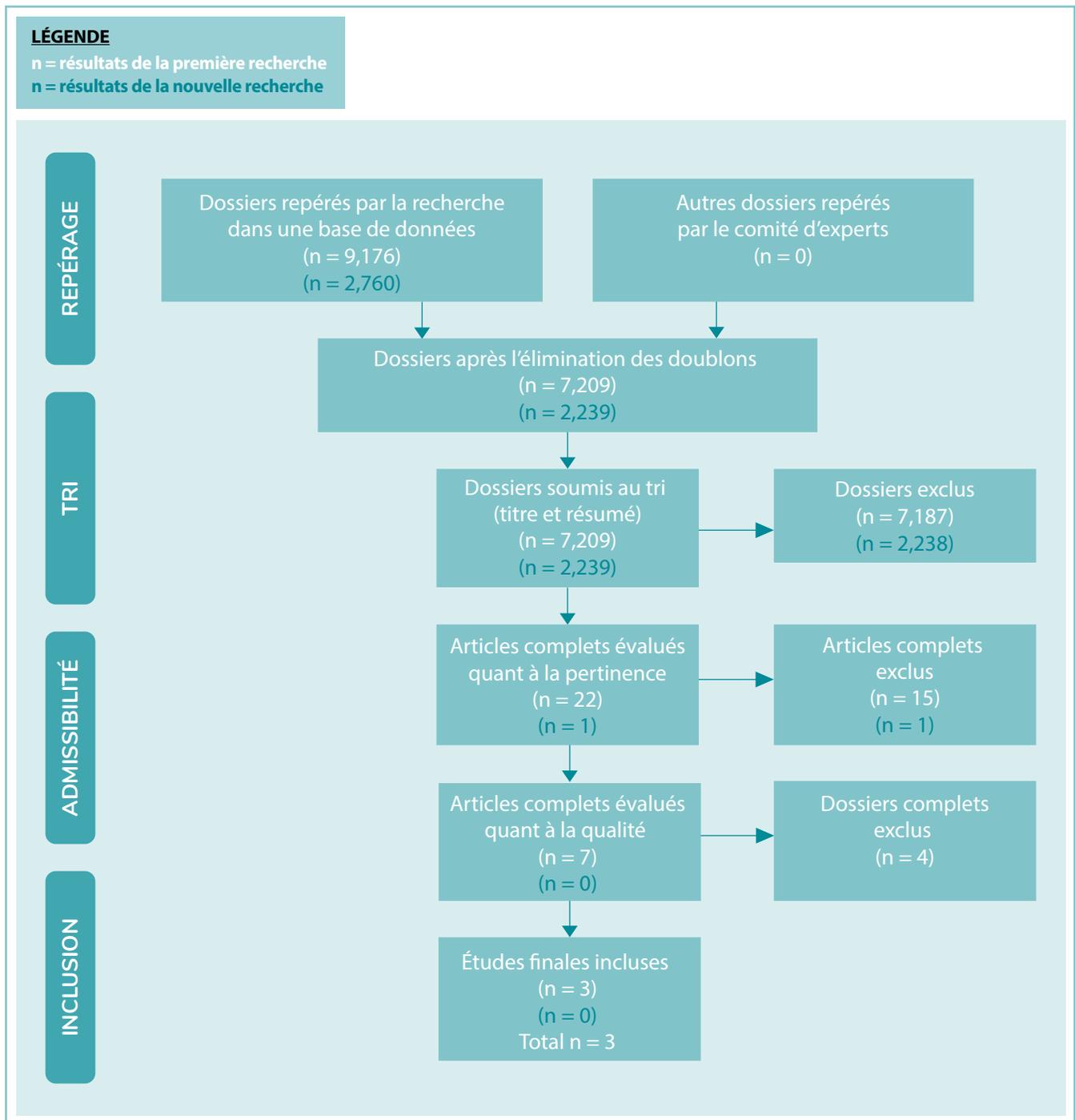


Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 9 : Diagramme du processus de revue des articles pour la question de recommandation n° 7

Faut-il recommander un protocole intestinal pour améliorer les résultats chez les personnes souffrant d'incontinence fécale et/ou de constipation?

Résultats : Constipation et utilisation de laxatifs.



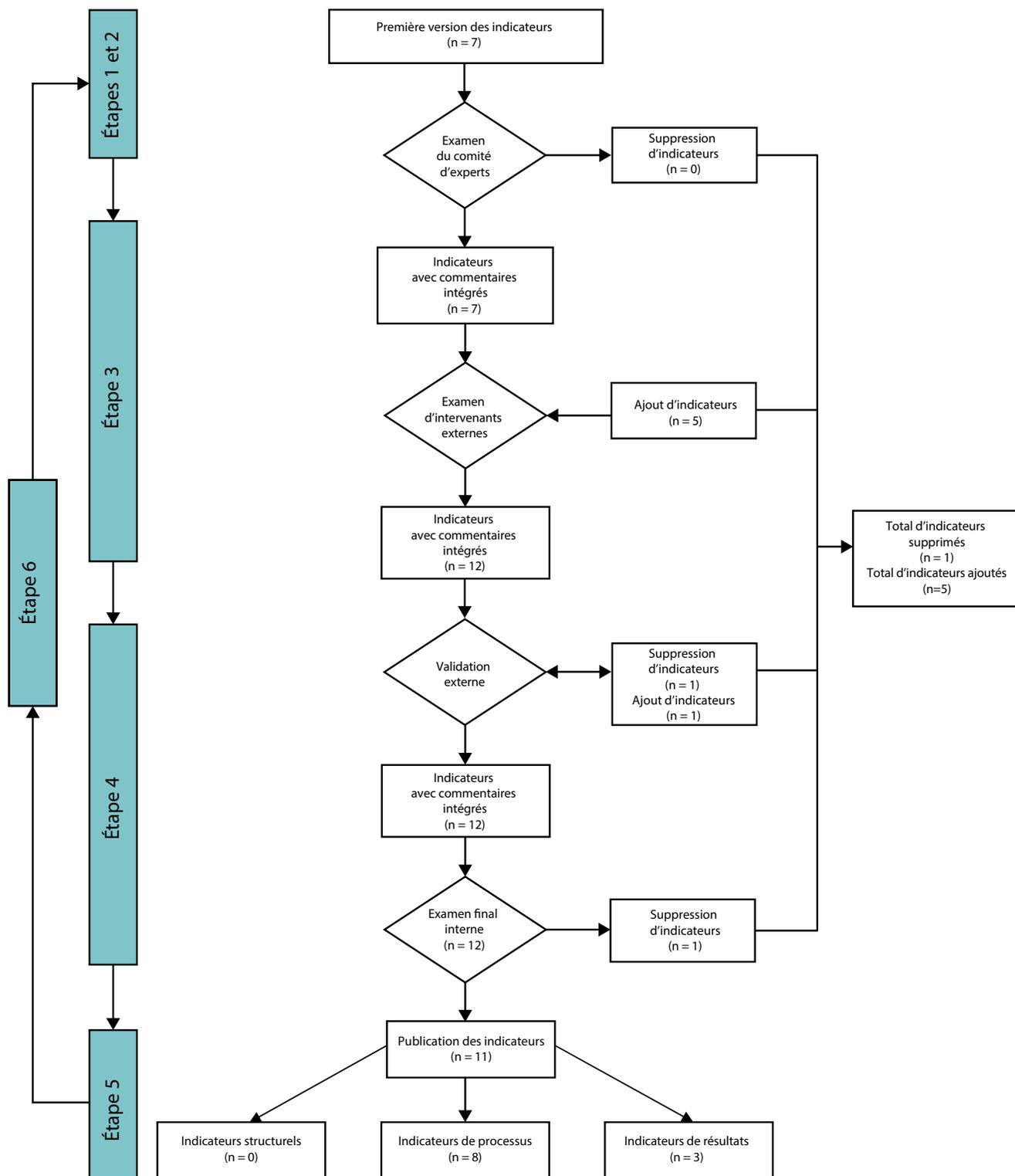
Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Annexe F : Processus d'élaboration des indicateurs

Voici un résumé des étapes du processus d'élaboration des indicateurs de l'AIIAO (voir figure 10).

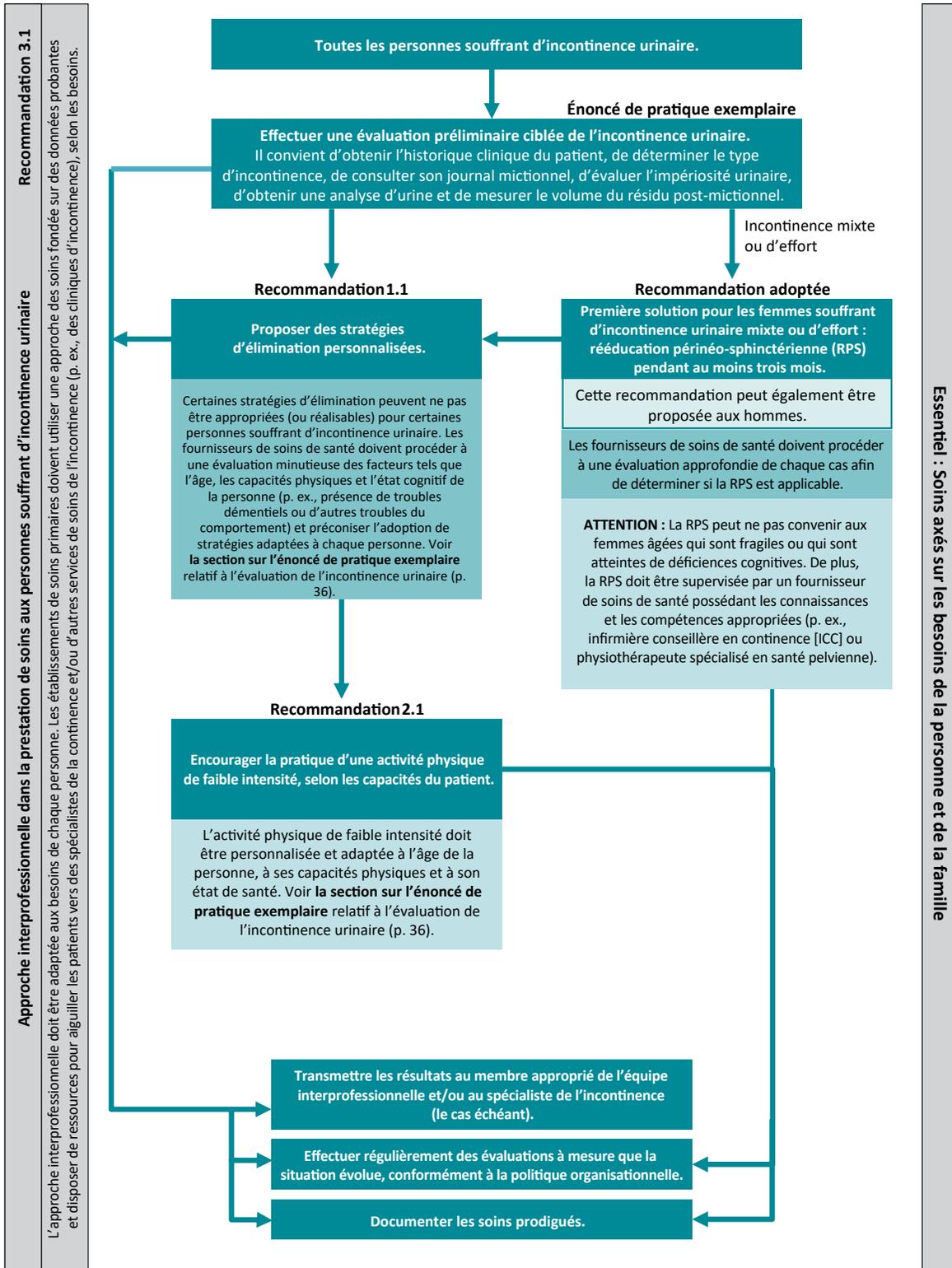
1. **Sélection des lignes directrices** : Les indicateurs sont élaborés pour des lignes directrices axées sur les priorités du système de santé, l'accent étant mis sur la réduction des lacunes dans les indicateurs tout en allégeant les exigences en matière de signalement des constatations.
2. **Extraction des recommandations** : Les pratiques recommandées, les résultats globaux des lignes directrices et les ensembles d'ordonnances des LDPE (le cas échéant) sont examinés afin d'en extraire des mesures potentielles pour l'élaboration d'indicateurs.
3. **Sélection et élaboration d'indicateurs** : La sélection et l'élaboration des indicateurs se font selon une méthodologie éprouvée, notamment l'alignement sur des référentiels de données externes et des bibliothèques de données d'information sur la santé.
4. **Essai pratique et validation** : Les indicateurs proposés sont validés en interne par une validation apparente et de contenu, et en externe par des représentants d'organisations nationales et internationales.
5. **Mise en œuvre** : Les indicateurs sont publiés dans le tableau d'évaluation et de suivi, et les dictionnaires de données sont publiés sur le site Web du NQuIRE.
6. **Analyse et évaluation de la qualité des données** : L'appréciation et l'évaluation de la qualité des données ainsi que la rétroaction continue des OVPE permettent d'assurer que les indicateurs NQuIRE évoluent de manière appropriée.

Figure 10 : Diagramme du processus d'élaboration des indicateurs

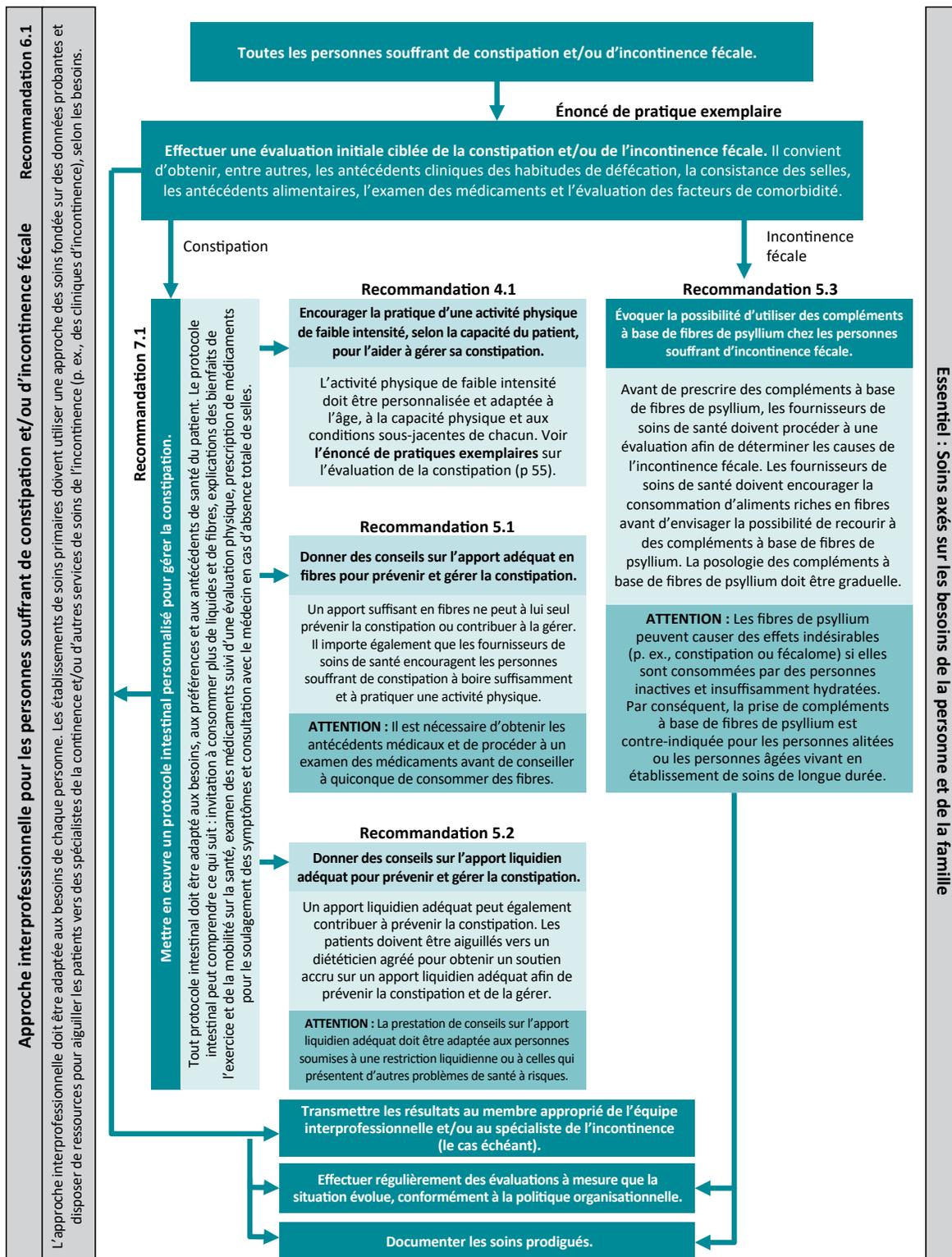


Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Annexe G : Algorithme pour le traitement de l'incontinence urinaire



Annexe H : Algorithme pour le traitement de l'incontinence fécale et de la constipation



Annexe I : Affections pouvant causer l'incontinence urinaire chez les personnes

<p>Maladies physiques comorbides</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ hypertrophie bénigne de la prostate ■ maladie pulmonaire chronique ■ insuffisance cardiaque congestive ■ maladie articulaire dégénérative ■ diabète insipide ■ diabète sucré ■ insuffisance veineuse des membres inférieurs ■ obésité ■ apnée du sommeil ■ spina-bifida
<p>Facteurs environnementaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ toilettes inaccessibles ■ délai trop long avant de recevoir de l'aide pour se rendre à la toilette ■ signalisation insuffisante des toilettes (signalisation peu claire) ■ salles de toilettes peu sécuritaires (p. ex., éclairage inadéquat, absence de barres d'appui ou hauteur inappropriée des sièges de toilette)
<p>Déficiences fonctionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ troubles cognitifs ■ mobilité réduite
<p>Troubles neurologiques et psychiatriques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ démence ■ dépression ■ sclérose en plaques ■ hydrocéphalie à pression normale ■ maladie de Parkinson ■ lésion de la moelle épinière ■ accident vasculaire cérébral ■ autres troubles neurologiques évolutifs (p. ex., SLA)
<p>Antécédents obstétriques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ poids à la naissance > 4 kg ■ accouchement primipare ■ utilisation des forceps

Antécédents chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none">■ hystérectomie■ prostatectomie radicale
Autres facteurs	<ul style="list-style-type: none">■ troubles du développement■ hormonothérapie substitutive■ hospitalisation de longue durée■ ménopause■ traumatisme des muscles du plancher pelvien■ prolapsus des organes pelviens■ constipation sévère et fécalome■ tabagisme■ rétention urinaire

Source : Adaptation par le groupe d'experts de : Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et coll., éditeurs. Incontinence [Internet]. 6^e édition Bristol (Royaume-Uni) : ICI Books; 2017. Chapitre 11, Incontinence in frail older persons; pp. 1322 à 1323. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Annexe J : Médicaments pouvant causer l'incontinence urinaire

Pour effectuer des recherches sur les utilisations et les effets secondaires de médicaments particuliers, voir la base de données sur les produits pharmaceutiques du gouvernement du Canada à l'adresse : <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/switchlocale.do?lang=fr&url=t.search.recherche>

MÉDICAMENTS	EFFETS SUR LA CONTINENCE
Agonistes alpha-adrénergiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentent le tonus des muscles lisses de l'urètre et de la capsule prostatique et peuvent provoquer une obstruction, une rétention urinaire et des symptômes connexes.
Antagonistes alpha-adrénergiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diminuent le tonus des muscles lisses de l'urètre et peuvent provoquer une incontinence urinaire d'effort chez la femme.
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Provoquent une toux chronique qui peut aggraver l'incontinence urinaire d'effort.
Anticholinergiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent entraîner une altération de la vidange vésicale, une rétention urinaire et une constipation susceptibles de contribuer à l'incontinence urinaire. ■ Peuvent provoquer des troubles cognitifs et réduire la capacité à se rendre à la toilette.
Antispasmodiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent provoquer une rétention urinaire.
Bêta-bloquants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent provoquer une rétention urinaire.
Inhibiteurs calciques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent entraîner une altération de la vidange vésicale, une rétention urinaire et une constipation susceptibles de contribuer à l'incontinence urinaire. ■ Peuvent provoquer un œdème orthostatique, qui peut contribuer à la polyurie nocturne.
Inhibiteurs de la cholinestérase	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentent la contractilité de la vessie et peuvent provoquer une incontinence urinaire d'impériosité.
Diurétiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Provoquent la diurèse et l'incontinence urinaire.
Lithium	<ul style="list-style-type: none"> ■ Polyurie due au diabète insipide.
Analgésiques opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent provoquer une rétention urinaire, de la constipation, de la confusion et de l'immobilité, qui sont autant de facteurs favorisant l'incontinence urinaire.

MÉDICAMENTS	EFFETS SUR LA CONTINENCE
Psychotropes, sédatifs, hypnotiques, antipsychotiques, antagonistes des récepteurs de l’histamine 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent provoquer de la confusion, altérer la mobilité et favoriser l’incontinence urinaire.
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentent la transmission cholinergique et peuvent entraîner une incontinence urinaire.
Inhibiteur du co-transporteur 2 du sodium-glucose (SGLT2)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Glycosurie et polyurie et propension accrue à contracter des infections urinaires.
Autres (gabapentine, glitazones, anti-inflammatoires non stéroïdiens)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent provoquer un œdème, qui peut entraîner une polyurie nocturne et causer une nycturie et une incontinence urinaire nocturne.

Source : Adaptation par le groupe d’experts de : Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et coll., éditeurs. Incontinence [Internet]. 6^e édition Bristol (Royaume-Uni) : ICI Books; 2017. Chapitre 11, Incontinence in frail older persons; pp. 1323 à 1324. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Annexe K : Exemple de journal mictionnel

Miction : Inscrivez la quantité pour chaque passage aux toilettes. Apport liquide : Inscrivez la quantité pour chaque boisson bue. Souillure : Inscrivez chaque incontinence.		Heure	Miction	Apport liquide	Souillure	Heure	Miction	Apport liquide	Souillure
		6 h				18 h			
		6 h 30				18 h 30			
		7 h				19 h			
		7 h 30				19 h 30			
		8 h				20 h			
		8 h 30				20 h 30			
		9 h				21 h			
		9 h 30				21 h 30			
		10 h				22 h			
		10 h 30				22 h 30			
		11 h				23 h			
		11 h 30				23 h 30			
		12 h				0 h			
		12 h 30				0 h 30			
		13 h				1 h			
		13 h 30				1 h 30			
		14 h				2 h			
		14 h 30				2 h 30			
		15 h				3 h			
		15 h 30				3 h 30			
		16 h				4 h			
		16 h 30				4 h 30			
		17 h				5 h			
		17 h 30				5 h 30			

Source : Collaborative Continence Program, St. Joseph's Community Health Centre. Réimpression autorisée : Jennifer Skelly, RN, PhD, Associate Professor, McMaster University School of Nursing, Director, Continence Program, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario.

Annexe L : Questionnaires validés d'évaluation de l'impériosité urinaire

Les questionnaires et échelles validés figurant dans la présente annexe sont mentionnés dans *Incontinence, sixième édition*, publié par l'International Continence Society (ICS) en 2017. Veuillez prendre note que ces questionnaires ne sont pas des ressources d'accès libre.

Cette liste n'est pas exhaustive et la mention des questionnaires et des échelles dans ce tableau ne signifie pas que l'AIIAO les approuve.

- Urgency Perception Score (UPS) [Score attribué à la perception de l'impériosité]
- Urgency Questionnaire (UQ) [Questionnaire sur l'impériosité]
- Urgency Severity and Life Impact Questionnaire: Quality of Life (USIQ-QoL) [Questionnaire sur l'intensité de l'impériosité et l'impact sur la vie : Qualité de vie]
- Urgency Severity and Life Impact Questionnaire: Severity Symptoms (USIQ-S) [Questionnaire sur l'intensité de l'impériosité et l'impact sur : Gravité des symptômes]
- Urgency Perception Scale (UPS) [Échelle de perception de l'impériosité]
- Indevus Urgency Severity Scale (IUSS) [Échelle de l'intensité de l'impériosité d'Indevus]
- Patients' Perception of Intensity of Urgency Scale (PPIUS) [Échelle de perception de l'intensité de l'impériosité du patient]
- Urinary Sensation Scale (USS) [Échelle de sensation urinaire]
- Urgency Rating Scale (URS) [Échelle d'évaluation de l'impériosité]

Source : Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et coll., éditeurs. *Incontinence* [Internet]. 6^e édition Bristol (Royaume-Uni) : ICI Books; 2017. Chapitre 5A, Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients; pp. 508 à 509. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Annexe M : Protocole de déclenchement de la miction

Les facteurs ci-dessous peuvent influencer sur la réaction d'une personne au protocole de déclenchement de la miction :

- La capacité de reconnaître le besoin d'uriner;
- Un nombre élevé de demandes spontanées d'aller à la toilette;
- La capacité à uriner lorsque la personne reçoit de l'aide pour se rendre à la toilette;
- La capacité à se déplacer de manière autonome;
- Un degré d'intégrité cognitive élevé;
- Un nombre élevé de séances de déclenchement de la miction prescrites par le fournisseur de soins qui ont porté fruit.

Le meilleur facteur prédictif de la réaction d'une personne au protocole de déclenchement de la miction est son taux de réussite lors d'un essai (Lyons et Pringle Specht, 1999).

Techniques de communication recommandées avec une personne qui suit un protocole de déclenchement de la miction

Approcher la personne aux moments convenus.	Établir une relation de confiance. Renforcer le comportement d'élimination escompté.
Saluer la personne en prononçant son nom, se présenter et expliquer le but de l'interaction.	« Bonjour M. Robert. Je m'appelle Jeanne, je suis votre infirmière. Je suis venue pour vous aider à vous rendre à la toilette. »
Fournir de l'information.	« Il est 14 heures, l'heure à laquelle nous avons convenu de nous rencontrer pour que je puisse vous aider. Je suis venue pour vous aider à vous rendre à la toilette. »
Déterminer de quelle manière la personne informe les autres de son besoin d'aller à la toilette.	« Votre voyant d'appel est allumé. Avez-vous besoin d'aller à la toilette? »
Installer des repères visuels dans l'environnement afin de favoriser l'adoption du comportement d'élimination escompté.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Installer une image de toilette sur la porte de la salle de bains plutôt que des symboles abstraits. ■ Laisser la porte de la salle de bain entrouverte lorsqu'elle n'est pas utilisée. ■ Installer des horloges à grands chiffres près des salles de bain pour que le personnel se rappelle des horaires d'élimination. ■ Afficher les horaires d'élimination aux endroits où le personnel pourra les voir afin de leur rappeler qu'il est nécessaire de respecter les horaires d'élimination assignés.
Respecter l'intimité de la personne.	« Allons à la salle de bain pour vérifier vos vêtements. Je vais attendre à l'extérieur de la salle de bain pendant que vous videz votre vessie ».

<p>Demander la permission de la personne avant de vérifier si ses vêtements sont secs ou mouillés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ « Puis-je vous aider à vérifier si vos vêtements sont encore secs? » ■ « Je voudrais vérifier si vos sous-vêtements sont mouillés. Ça vous va? » ■ « C'est parfois difficile de se rappeler qu'on a uriné ou de s'en rendre compte. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais vérifier si vos vêtements sont secs. »
<p>Déterminer si la personne est consciente d'avoir uriné ou non.</p>	<p>« Pouvez-vous me dire si vous vous sentez mouillé ou sec en ce moment? »</p>
<p>Demander à la personne si elle ressent le besoin d'uriner.</p>	<p>Cela encourage la personne à reprendre conscience de ses sensations vésicales. « Votre vessie est-elle pleine? ». « Ressentez-vous une pression dans le bas de votre abdomen? »</p>
<p>Encourager la personne à aller à la toilette. Répéter l'invite jusqu'à trois fois.</p>	<p>« Il est temps pour vous d'aller à la toilette. » « Veuillez aller à la toilette pour vider votre vessie. »</p>
<p>Utiliser un langage familier pour désigner les comportements d'élimination. Faire preuve de cohérence avec les mots utilisés.</p>	<p>« Avez-vous besoin de vider votre vessie / d'uriner / de faire pipi / de faire de l'eau / d'aller à la toilette / etc.</p>
<p>Offrir d'aider la personne à uriner.</p>	<p>« Puis-je vous aider à vous installer sur la toilette / à installer votre bassin de lit? Je vous laisse l'urinoir pour que vous puissiez vider votre vessie. Puis-je vous aider à nettoyer/ajuster vos vêtements? »</p>
<p>Donner une rétroaction positive convenant à un adulte.</p>	<p>« Oui, vos vêtements sont secs. Vous faites du bon travail grâce à ce nouveau plan. » « Merci de me rappeler à quel moment vous avez besoin d'aide dans la salle de bain. » « Vous êtes resté au sec toute la journée. Ça doit faire du bien d'atteindre ses objectifs. »</p>
<p>S'abstenir de donner une rétroaction négative ou de traiter la personne comme un enfant.</p>	<p>Cela renforce l'estime de soi de la personne et permet d'établir une relation de confiance.</p>

<p>Rappeler fréquemment quels sont les comportements escomptés.</p>	<p>« Si vous avez envie d'aller à la toilette, faites-moi signe pour que je vienne vous aider. » « Essayez de vous retenir jusqu'à notre rendez-vous de 16 heures. » « Je viendrai vous aider à aller à la toilette à 16 heures. » « Si vous avez besoin d'aller à la toilette, allez-y. Je vais vous aider si vous en avez besoin. »</p>
<p>Informez la personne de la prochaine séance prévue de déclenchement de la miction.</p>	<p>« Je voudrais que vous reteniez votre urine jusqu'à 16 heures. » « C'est dans deux heures. Je vais vous aider à aller à la toilette à 16 heures. »</p>

Source : Tiré de : Lyon SS, Specht JKP. Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol. Iowa City (IA): University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 1999. (Titler MG, series editor. Series on evidence-based practice for older adults). Réimpression autorisée.

Annexe N : Facteurs de risque pour l'incontinence fécale

Troubles médicaux chroniques et/ou troubles intestinaux	<ul style="list-style-type: none">■ anomalies anorectales congénitales■ constipation avec fécalome■ diabète sucré■ hémorroïdes■ maladie inflammatoire de l'intestin■ syndrome du côlon irritable■ prolapsus rectal
Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none">■ toilettes inaccessibles■ délai trop long avant de recevoir de l'aide pour éliminer■ utilisation d'un moyen de contention
Déficiences fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none">■ déficience cognitive■ mobilité restreinte
Troubles neurologiques	<ul style="list-style-type: none">■ syndrome de la queue de cheval■ démence■ sclérose en plaques■ dystrophie musculaire■ myasthénie■ maladie de Parkinson■ spina-bifida■ lésion de la moelle épinière■ accident vasculaire cérébral■ traumatisme crânien
Antécédents obstétriques	<ul style="list-style-type: none">■ poids à la naissance > 4 kg■ position occipitale-postérieure à l'accouchement■ accouchement primipare■ prolongation du deuxième stade de l'accouchement■ utilisation des forceps

<p>Antécédents chirurgicaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ chirurgie de fissure anale ■ cholécystectomie ■ réparation de fistule ■ chirurgie hémorroïdaire ■ traitement du cancer du bas rectum par résection rectale ■ colectomie partielle ou totale ■ irradiation pelvienne/périanale antérieure ■ prostatectomie 	
<p>Médicaments</p>	<p>Type de médicament</p>	<p>Effets sur la continence</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Laxatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La surconsommation ou l'abus de laxatifs peut provoquer une diarrhée chronique entraînant une incontinence fécale, en particulier chez les personnes âgées.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments anti-angineux et antihypertenseurs (p. ex., inhibiteurs calciques et antagonistes des récepteurs alpha-1-adrénergiques) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent réduire le tonus du sphincter anal interne.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Antiacides contenant du magnésium 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent provoquer des diarrhées. 	

Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de : Abrams P, Cardozo L, Wagg A, et coll., éditeurs. Incontinence [Internet]. 6^e édition. Bristol (Royaume-Uni) : ICI Books; 2017. Chapitre 16, Assessment and conservative management of faecal incontinence and quality of life in adults; pp. 1998 à 2000. Accessible sur la page Web : https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Annexe O : Affections pouvant causer la constipation

Cancer/effets d'un cancer	<ul style="list-style-type: none">■ cancer colorectal■ déshydratation■ irradiation intestinale■ compression tumorale du gros intestin
Troubles endocriniens	<ul style="list-style-type: none">■ diabète■ changements hormonaux■ hyperparathyroïdie■ hypothyroïdie
Troubles gastro-intestinaux	<ul style="list-style-type: none">■ diverticulose■ maladie de Parkinson■ syndrome du côlon irritable■ megacôlon■ rectocèles■ constriction
Troubles du métabolisme	<ul style="list-style-type: none">■ hypercalcémie■ hypocalcémie■ hypomagnésémie■ hypokaliémie■ urémie
Troubles neurologiques	<ul style="list-style-type: none">■ neuropathie autonome■ démence■ sclérose en plaques■ dystrophies musculaires■ maladie de Parkinson■ lésions de la moelle épinière■ accident vasculaire cérébral

Troubles psychologiques	<ul style="list-style-type: none">■ anxiété■ dépression■ troubles de l'alimentation
Autres	<ul style="list-style-type: none">■ maladie rénale chronique■ hémorroïdes■ âge avancé■ grossesse■ violence sexuelle■ sclérose systémique

Source : Kosar L, Schuster B. Management of constipation. Saskatoon (Saskatchewan) : RxFiles; 2019.

Annexe P : Médicaments pouvant causer de la constipation

Pour effectuer des recherches sur les utilisations et les effets secondaires de médicaments particuliers, voir la base de données sur les produits pharmaceutiques du gouvernement du Canada à l'adresse : <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/switchlocale.do?lang=fr&url=t.search.recherche>

- analgésiques
- anticholinergiques
- antiparkinsoniens
- anticonvulsivants
- antidépresseurs
- antidiarrhéiques
- antiémétiques
- antihistaminiques
- antihypertenseurs
- antispasmodiques
- agents cationiques
- médicaments de chimiothérapie
- résines

Source : Kosar L, Schuster B. Management of constipation. Saskatoon (Saskatchewan) : RxFiles; 2019.

Annexe Q : Échelle de Bristol

Échelle de Bristol

Type 1		Boules dures comme de petites noix (difficiles à expulser)
Type 2		Selles moulées et allongées mais faites de grumeaux
Type 3		Selles moulées et allongées avec une surface craquelée
Type 4		Selles moulées et allongées lisses et molles
Type 5		Morceaux reconnaissables mais mous nettement séparés les uns des autres (expulsés facilement)
Type 6		Selles molles avec des morceaux assez informes
Type 7		Selles aqueuses, sans morceaux reconnaissables Entièrement liquides

Source : Tiré de : Rome Foundation. Échelle de Bristol (en français pour le Canada). [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2000. Réimpression autorisée.

Annexe R : Exemple de journal d'élimination intestinale

Nom du patient ou du client : _____

	Date :			Date :		
	Nuits	Jours	Soirées	Nuits	Jours	Soirées
Selles						
Heure						
Continence						
Nature						
Quantité						
Élimination						
Apport liquidien journalier						
Apport journalier (24 h)						
Apport en fibres						
Traitement						
Orientations ou consultations						
N ^{bre} total de selles						
N ^{bre} d'épisodes de constipation ou de souillures fécales						
Initiales						
	Date :			Date :		
	Nuits	Jours	Soirées	Nuits	Jours	Soirées
Selles						
Heure						
Nature						
Quantité						
Élimination						
Apport liquidien journalier						
Apport journalier (24 h)						
Apport en fibres						
Traitement						
Orientations ou consultations						
N ^{bre} total de selles						
N ^{bre} d'épisodes de constipation ou de souillures fécales						
Initiales						

Nom du patient ou du client : _____

	Date :			Date :		
	Nuits	Jours	Soirées	Nuits	Jours	Soirées
Selles						
Heure						
Continence						
Nature						
Quantité						
Élimination						
Apport liquidien journalier						
Apport journalier (24 h)						
Apport en fibres						
Traitement						
Orientations ou consultations						
N ^{bre} total de selles						
N ^{bre} d'épisodes de constipation ou de souillures fécales						
Initiales						

	Date:			Date:		
	Nuits	Jours	Soirées	Nuits	Jours	Soirées
Selles						
Heure						
Nature						
Quantité						
Élimination						
Apport liquidien journalier						
Apport journalier (24 h)						
Apport en fibres						
Traitement						
Orientations ou consultations						
N ^{bre} total de selles						
N ^{bre} d'épisodes de constipation ou de souillures fécales						
Initiales						

Légende : S (selles) : ✓ Entrer l'heure : _____ Continence : ✓ = Continence; I = Incontinence

Quantité : F = faible (< 250 ml); N = normale (De 250 à 500 ml); I = importante (> 500 ml); SF = suintement fécal; TF = taches fécales

Nature : N = normales (selles molles, formées et brunes; sans odeur nauséabonde); D = dures, sèches; A = aqueuses, liquides; P = pâles; V = volumineuses et non formées

Élimination : T = toilette; C = chaise percée; B = bassin de lit; SL = couché sur le côté

Apport liquidien : Inscrive la quantité réelle consommée par quart. Calculer l'apport en 24 heures.

Apport en fibres : Inscrive la quantité d'aliments consommés qui contiennent des fibres.

Traitements : Au besoin : laxatifs, suppositoires, lavements, stimulation rectale. Inscrive l'heure d'administration du traitement et parapher. Les laxatifs prescrits régulièrement sont consignés dans le dossier de gestion des médicaments.

Orientations : D = diététicien; ICC = infirmière conseillère en continence; E = ergothérapie; P = pharmacie; PT = physiothérapie

Inscrive le nombre total de selles : _____ Inscrive le nombre total d'épisodes de constipation ou de souillures fécales : _____

Avis de non-responsabilité : Le formulaire de défécation ci-dessus a été élaboré par le comité de révision des lignes directrices de l'AIAO (2005) et est fourni à titre d'exemple uniquement.

Source : Tiré de : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Favoriser la continence par le déclenchement de la miction. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005).

Annexe S : Exemples de protocoles intestinaux

Centre de soins de santé Parkview Manor – Protocole pour un intestin en bonne santé

Nom du résident : _____

Date d'admission : _____

Affections médicales susceptibles de contribuer à la constipation : _____

Nombre de jours sans selles	Intervention alimentaire (deux fois par jour)	Laxatif stimulant (oral)	Suppositoire Ducolax	Lavement Fleet	Évaluation des bruits intestinaux, de la douleur, de la distension et palpation	Consultation avec le médecin
1						
2						
3						
4						En cas d'absence de selles, procéder à un lavement Fleet

Aliments à prescrire les jours sans selles

- Prunes
- Jus de prunes
- Supplément de lin
- Banane
- Tranches de pommes
- Compote de pommes
- Autre

Le deuxième jour sans selles, administrer un laxatif stimulant :

Deux comprimés de 8,6 mg de Senekot par voie orale une fois par jour au souper _____ ou au coucher _____

Un comprimé de 5 mg de bisacodyl une fois par jour au souper _____ ou au coucher _____

Le troisième jour sans selles, administrer un suppositoire par voie rectale une fois par jour

Le quatrième jour sans selles, procéder à un lavement Fleet par voie rectale une fois par jour

IL NE FAUT PAS entreprendre un protocole intestinal si :

- a) les bruits intestinaux sont absents
- b) la palpation révèle une masse abdominale d'origine inconnue
- c) le niveau de conscience ou l'état mental du résident a changé de manière significative
- d) le résident se plaint (ou montre des signes) de fortes douleurs abdominales

Si le protocole intestinal est utilisé deux fois sur une période de quatre semaines, consulter un diététicien pour revoir les interventions alimentaires.

Signature du médecin : _____ Date : _____

Source : Tiré de : Parkview Manor. Protocole pour un intestin en bonne santé. Chesley (Ontario) : Parkview Manor; 2020. Réimpression autorisée.

DIRECTIVES MÉDICALES

RÉSIDENT : _____ CHAMBRE N° _____

ALLERGIES : _____

Les médicaments ci-dessous peuvent être administrés par une infirmière ou un infirmier autorisé pour les symptômes et la période indiqués *sans* que le médecin en soit informé. L'heure, la raison et l'effet du médicament doivent être consignés dans les notes d'évolution. Le nom du médicament doit être inscrit sur le registre d'administration des médicaments, suivi des mots « directive médicale ». Pour les foyers disposant d'un registre électronique d'administration des médicaments, veuillez entrer l'ordonnance dans la section de l'ordonnance du médecin dans le système de coordination des soins aux patients. Ces directives médicales seront revues chaque année par le comité professionnel consultatif du foyer. Le médecin traitant / l'infirmière ou l'infirmier praticien examinera les directives médicales pour chaque résident avec la revue trimestrielle des médicaments.

Remarque : Veuillez indiquer les directives médicales sélectionnées pour ce résident en cochant la case appropriée dans la colonne à gauche.

✓	AFFECTION	INDICATIONS	DIRECTIVE MÉDICALE
	Constipation	Deux jours sans selles <ul style="list-style-type: none"> Il faut examiner l'intestin et détecter la présence de bruits intestinaux 	Offrez du jus de pruneau au déjeuner Si cela ne fonctionne pas, donnez-lui 8,6 mg de Senokot (sennoside). Donnez-lui deux comprimés par voie orale au coucher
		Trois jours sans selles <ul style="list-style-type: none"> Il faut examiner l'intestin et détecter la présence de bruits intestinaux 	Donnez-lui de 30 à 45 ml de lactulose par voie orale le matin OU 30 ml de lait de magnésie le matin ET, si ce n'est pas inefficace, Un suppositoire Dulcolax par voie rectale au coucher
		Quatre jours sans selles <ul style="list-style-type: none"> Administrez le traitement le lendemain de la prise de lactulose ou de lait de magnésie et du suppositoire Dulcolax Il faut examiner l'intestin et détecter la présence de bruits intestinaux 	Lavement au phosphate de sodium (Fleet) par voie rectale x 1 Informez le médecin / l'infirmière ou l'infirmier praticien si l'intervention est inefficace après 12 heures Informez le médecin / l'infirmière ou l'infirmier praticien pour qu'il examine la liste des laxatifs habituels

Signature du prescripteur : _____ Date : _____

Signature de l'infirmière ou l'infirmier autorisé : _____ Date : _____

Source : Tiré de : Extencicare Medical directives. Markham (Ontario) : Extencicare; 2020. Réimpression autorisée.

Annexe T : Description de la trousse

Les LDPE ne peuvent être mises en pratique avec succès que si la planification, les ressources et les soutiens organisationnels et administratifs sont adéquats et si des mesures de facilitation appropriées sont en place. Afin de favoriser la réussite de la mise en pratique des LDPE, un comité d'experts de l'AIIAO réunissant des infirmières, des chercheurs et des administrateurs a élaboré le document intitulé *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (deuxième édition)* (18). La *Trousse* se base sur des données probantes, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en pratique de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans une organisation de soins de santé.

La *Trousse* fournit des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux mesures de facilitation de la mise en pratique de la ligne directrice. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est essentiel de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont terminées.

Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de mise en pratique des connaissances (72) :

1. Détermination du problème : détermination, examen et sélection des connaissances (LDPE).
2. Adaptation des connaissances au contexte local.
 - a. Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances.
 - b. Détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en pratique des interventions.
4. Surveillance de l'application des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'application des connaissances.

Modifier les pratiques et produire un impact clinique positif par la mise en pratique de lignes directrices est une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Elle peut être téléchargée à l'adresse https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf

* La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (deuxième édition)* de l'AIIAO est en cours de révision. La prochaine édition devrait être publiée en 2021.

Appuis



Canadian Nurse Continence Advisor Association

canadiannursecontinenceadvisor@gmail.com www.cnca.ca

10 août 2020

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), FAAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, rue Pearl, Toronto (Ontario)

SOUTIEN : Guide de référence - Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes

Dear Doris,

Je tiens à renouveler mes félicitations à l'AIIO pour son rôle de leadership incontournable dans l'amélioration de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes. Les Canadiens sont nombreux à souffrir de troubles vésicaux et intestinaux, alors même qu'ils les signalent rarement par crainte d'être stigmatisés. De plus, ces troubles passent souvent inaperçus lors d'évaluations et d'interventions médicales.

La CNCA est fière de soutenir le Guide de référence Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes. Cet ouvrage constitue une ressource précieuse pour nos membres ainsi que pour les infirmiers, les éducateurs et les administrateurs. Le guide fournit des explications concrètes sur la prestation des soins liés à l'incontinence pour les internes en médecine, les patients, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les aidants familiaux.

Grâce à un processus rigoureux d'examen et d'évaluation des meilleures pratiques existantes, l'AIIO a élaboré un guide de référence sur la prestation des soins d'incontinence en tenant compte des différents environnements.

La Canadian Nurse Continence Advisor Association (CNCA) félicite l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO) pour sa contribution au guide de référence Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes.

Sincères salutations,

Barbara Anderson, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Présidente, CNCA



ISPSCC

Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada

66 Leopolds Drive, Ottawa, Ontario, K1V 7E3

www.nswoc.ca • office@nswoc.ca

12 août 2020

Dre Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), FAAN, Ordre de l'Ontario

Directrice générale

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Madame Grinspun,

L'Association des infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC) est fière d'apporter son soutien à la quatrième édition du guide de référence de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) intitulé Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes. L'ISPSCC tient à saluer la formidable contribution de l'AIIAO à cet ouvrage. Le guide fournit des recommandations fondées sur des données probantes pour adopter des stratégies efficaces visant à améliorer l'effet des traitements sur la santé et la qualité des soins chez les adultes qui souffrent d'incontinence urinaire, de constipation ou d'incontinence fécale, au Canada et à l'international. Nous félicitons l'AIIAO qui, tout au long du guide, lutte contre la stigmatisation de l'incontinence, s'engage pour des soins collaboratifs avec le patient et tient compte de critères équitables en matière de santé.

Comme vous le savez, l'ISPSCC met tout en œuvre pour améliorer les soins infirmiers professionnels relatifs aux stomies, aux plaies et à la continence. L'ISPSCC est convaincue que la quatrième édition du guide de référence Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes de l'AIIAO permettra aux infirmiers et aux infirmières ainsi qu'à l'équipe interprofessionnelle de fournir un parcours de soins collaboratif, fondé sur des données probantes et centré sur les adultes qui souffrent d'incontinence urinaire, de constipation et/ou d'incontinence fécale.

Félicitations pour ce travail remarquable!

Sincères salutations,

Directrice générale, ISPSCC

CONSEIL CONSULTATIF

Jeffrey Albaugh, Ph. D., inf. aut. en pratique avancée, ICS certifié en urologie
John and Carol Walter Center
for Urological Health
Directeur en santé sexuelle
NorthShore Medical Group
Chicago, Illinois, É.-U.

Alan Cottenden, Ph. D.
Professeur émérite en
technologie de l'incontinence
University College de Londres
Londres, Angleterre

Tamara Dickinson, inf. aut.
inf. aut. certifié en urologie, CCN, BCIA-PMDB
Infirmière principale de recherche en continence
et en dysfonctionnement de la miction
Département d'urologie
Université du Texas
Dallas, Texas, É.-U.

David Fonda, M.D., FRACP
Professeur agrégé de médecine
Université Monash
Melbourne, Australie

Cheryl B. Gartley*
Présidente et fondatrice
La Fondation Simon pour la continence
Chicago, Illinois, É.-U.

Daniel B. Hales*
Avocat
Winnetka, Illinois, É.-U.

Mary Radtke Klein*
Présidente
Assisted Living Associates
Portland, Oregon, É.-U.

Diane Newman, Dre en sc. inf.
Inf. prat. adulte certifié, FAAN, BCB-PMDB
Codirectrice du Penn Center
for Continence and Pelvic Health
Université de Pennsylvanie
Philadelphie, Pennsylvanie, É.-U.

Christine Norton, inf. aut., AM, Ph. D.
Professeure en soins infirmiers cliniques
King's College de Londres et
Imperial College Healthcare NHS Trust
Londres, Angleterre

Joseph Ouslander, M.D.
Président, Département de science médicale intégrée
Charles E. Schmidt College of Medicine
Florida Atlantic University
Boca Raton, Floride, É.-U.

Christopher Payne, M.D., FACS
Professeur émérite d'urologie
Faculté de médecine de l'Université de Stanford
Stanford, Californie, É.-U.

Jeanette Potts, M.D.
Cofondatrice et médecin
Vista Urology and Pelvic Pain Partners
San Jose, Californie, É.-U.

Rick Rader, M.D.
Directeur
Centre d'habilitation Morton J. Kent
Orange Grove Center
Chattanooga, Tennessee, É.-U.

Neil M. Resnick, M.D.
Professeur de médecine
Chef, gériatrie et gérontologie
Directeur, Institut sur le vieillissement de l'Université de Pittsburgh
Pittsburgh, Pennsylvanie, É.-U.

Ron Rozensky, Ph. D., ABPP
Professeur émérite
Département de psychologie clinique et de la santé
Université de Floride
Gainesville, Floride, É.-U.

David R. Staskin, M.D.
Professeur agrégé d'urologie
École de médecine de l'Université Tufts
Boston, Massachusetts, É.-U.

Steven M. Tavian, Ph. D., ABPP*
Professeur
Département de psychiatrie et sciences du comportement
École de médecine Feinberg de l'Université Northwestern
Chicago, Illinois, É.-U.

Alan J. Wein, M.D.
Professeur et président
Division d'urologie, Université de Pennsylvanie
École de médecine
Philadelphie, Pennsylvanie, É.-U.

Kristene Whitmore, M.D.
Chaire d'urologie, Médecine pelvienne féminine et
chirurgie reconstructive
Collège universitaire de médecine Drexel
Philadelphie, Pennsylvanie, É.-U.

* Conseil d'administration de la Fondation Simon



LA FONDATION SIMON
POUR LA CONTINENCE

19 août 2020

Dre Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), FAAN,
Ordre de l'Ontario
Directrice générale

Madame Grinspun,

Au nom de la Fondation Simon pour la continence, je suis heureuse d'apporter mon soutien à la quatrième édition du guide de référence de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) intitulé *Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes*. Je tiens à saluer le formidable travail que fait l'AIIAO pour améliorer la vie des personnes souffrant d'incontinence urinaire, de constipation et/ou d'incontinence fécale, au Canada et à l'international. Nous félicitons notamment l'AIIAO qui, tout au long du guide, lutte contre la stigmatisation de l'incontinence, s'engage pour des soins collaboratifs avec le patient et tient compte de critères équitables en matière de santé.

Comme vous le savez, la Fondation Simon pour la continence amène le sujet de l'incontinence au grand jour. La Fondation est convaincue que la quatrième édition du guide de référence *Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes* de l'AIIAO permettra aux infirmiers et aux infirmières ainsi qu'à l'équipe interprofessionnelle de fournir un parcours de soins collaboratif, fondé sur des données probantes et centré sur les adultes qui souffrent d'incontinence urinaire, de constipation et/ou d'incontinence fécale.

Encore toutes nos félicitations pour ce travail remarquable!

Sincères salutations,

Elizabeth A. LaGro, MBSI
Vice-présidente, Services de communication et d'éducation

Post Office Box 815, Wilmette, Illinois 60091
847 864 3913 - Télécopieur 847 864 9758 - www.simonfoundation.org

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le gouvernement de l'Ontario.

ISBN 978-1-926944-80-7



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario