*Ligne directrice sur les pratiques exemplaires*

# PRÉVENTION DE LA CONSTIPATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

*Supplément à la ligne directrice*


Membres du groupe de révision

Barbara Cowie, inf. aut., M.Sc.Inf., ICC, CSIG(C)
Co-présidente du groupe de révision
Infirmière de pratique avancée
Réadaptation des amputés et soins prolongés complexes,
West Park Healthcare Centre, Toronto (Ontario)

Laura Robbs, inf. aut., M.Sc. inf., stomo., ICC, ICS(C)
Co-présidente du groupe de révision
Infirmière clinicienne spécialisée en continence
Trillium Health Centre, Mississauga (Ontario)

Linda Galarneau, inf. aut., CSIG(C), ICC
Coordonnatrice des soins, soins gériatriques spécialisés, Day Hospital, Providence Care
St. Mary's of the Lake, Kingston (Ontario)

Ermine Moncherie, IAA
Infirmière soignante
West Park Healthcare Centre, Toronto (Ontario)

Melissa Northwood, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc., CSIG(C), ICC
Infirmière-conseillère en continence
Cliniques de soins de la continence
St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)

Jenny Ploeg, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph.D.
Professeure agrégée, École des sciences infirmières
Université McMaster, Hamilton (Ontario)

Sue Sebastian, RN, MN, GNC(C), NCA
Advance Practice Nurse/
Nurse Continence Advisor
Veterans Centre,
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Jennifer Skelly, inf. aut., Ph.D.
Professeure agrégée, École des sciences infirmières
Université McMaster
Directrice, programme de la continence
St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)

Rishma Nazarali, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.
Directrice du programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)

Eliisa Fok, B.Sc.
Assistante de programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)


## *Intégration du supplément*

Ce supplément à la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires Prévention de la constipation chez les personnes âgées découle d'une révision prévue de la ligne directrice. Des documents supplémentaires ont été fournis dans le but de fournir au lecteur des données probantes récentes afin d'appuyer la pratique. Tout comme la première publication de la ligne directrice, le présent document doit être passé en revue et mis en œuvre en se basant sur les besoins précis de l'établissement ou du lieu de pratique, ainsi que sur les besoins et désirs du client. Le présent supplément devrait être utilisé conjointement avec la ligne directrice comme outil d'aide à la prise de décision afin d'offrir des soins individualisés, ainsi que pour s'assurer que des structures et soutiens appropriés sont en place pour dispenser les meilleurs soins possibles.

## *Contexte*

En 1999, la ligne directrice sur les pratiques exemplaires consacrée à la constipation a été choisie comme stratégie complémentaire au déclenchement de la miction. Il avait alors été jugé essentiel de commencer par s'attaquer à la constipation dans les cas où il s'agissait d'un point important avant la mise en œuvre du déclenchement de la miction. À l'époque où la première ligne directrice a été rédigée, il existait des preuves suffisantes pour appuyer les recommandations. Toutefois, une grande partie du contenu reposait sur l'opinion d'experts. À la lumière d'un examen de la documentation publiée à ce sujet depuis 2005, ce ne sont pas de grands changements qui s'imposent, mais bien des améliorations. Plusieurs données probantes viennent également appuyer notre démarche avec un niveau de preuve accru. La recherche appuie les interventions de soins infirmiers liées à l'évaluation et à la prise en charge de la constipation chez les personnes âgées.


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

## Processus de révision

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a pris l'engagement de s'assurer que cette ligne directrice sur les pratiques est élaborée à l'aide des meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision régulier de chaque ligne directrice a été mis sur pied.

Un groupe d'infirmières a été formé pour cet examen. Ce groupe est composé de membres du groupe de préparation initiale, en plus d'autres personnes proposées ayant une expertise dans ce domaine. Les membres du groupe de révision avaient reçu le mandat de passer en revue la ligne directrice en se concentrant sur les recommandations et sur la portée première du document.

Un examen structuré des données probantes basé sur les premières lignes directrices a été effectué afin de rassembler la documentation pertinente et d'autres lignes directrices ayant été publiées depuis la dernière mise à jour, parue en 2005. Les résultats de cet examen ont ensuite été communiqués aux membres du groupe de révision. En juin 2011, le groupe de révision s'est réuni pour arriver à un consensus à propos du besoin de réviser les recommandations existantes à la lumière de la nouvelle documentation.

## Examen des lignes directrices existantes

Une personne a effectué la recherche dans le but d'établir une liste de sites Web pour les lignes directrices et d'autre contenu pertinent. Cette liste était compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratique fondée sur les données probantes et sur les recommandations formulées dans la documentation.

La recherche a donné de nombreux résultats, mais aucune ligne directrice n'a répondu aux critères d'inclusion. Un supplément constituait une mise à jour d'une ligne directrice mentionnée dans la première ligne directrice :

McKay, SL, M. Fravel, C. Scanlon (2009). « Management of Constipation. » Iowa City (IA) : University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

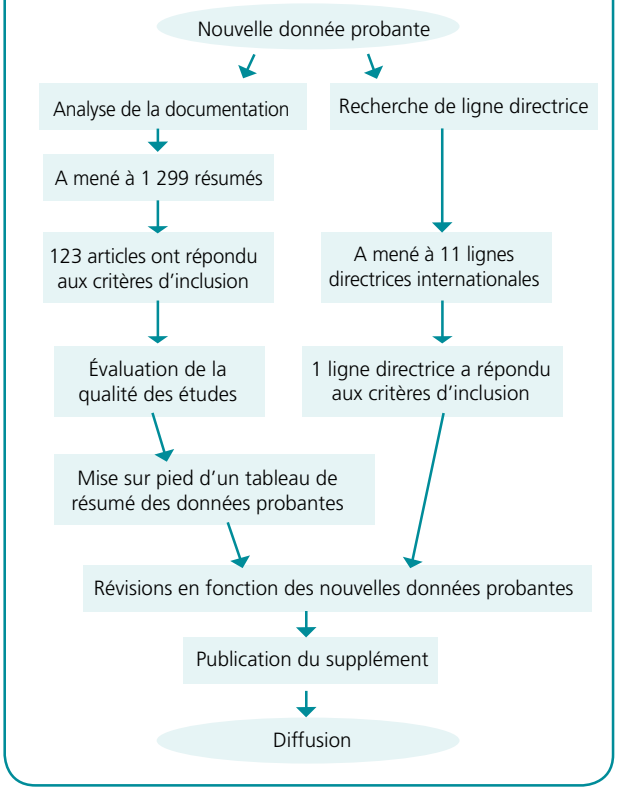
## Analyse de la documentation

En même temps que la révision des lignes directrices existantes, une recherche dans la documentation récente traitant de sujets pertinents du point de vue de la portée de la ligne directrice a été effectuée. Un bibliothécaire en sciences de la santé a effectuée une recherche dans les bases de données électroniques (CINAHL, Medline et EMBASE). Une personne agissant à titre d'adjoint à la recherche (titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières) a réalisé un examen d'inclusion/exclusion, une évaluation de la qualité et une extraction de données des articles inclus, pour ensuite préparer un résumé des résultats tirés de la documentation. Les tableaux de données complètes et les listes de documents de référence ont été remis à tous les membres du groupe de révision.

## Conclusions de la révision

L'examen de la documentation la plus récente depuis la publication de la dernière révision (en 2005) de la première ligne directrice ne laisse pas penser qu'il faut apporter des changements aux recommandations initiales. Il révèle plutôt de meilleures données probantes à l'appui de notre approche pour la prévention de la constipation chez les personnes âgées. Les membres du groupe de révision ont également mis à jour quelques annexes, en plus d'en ajouter une nouvelle.

**Diagramme du processus de révision**



# *Résumé des données probantes*

Le contenu qui suit reflète les changements apportés à la publication révisée de 2005 selon le consensus du groupe de révision. Seul le contenu qui est nouveau ou révisé est illustré ci-dessous. L'analyse de la documentation ne permet pas de conclure à la nécessité d'apporter des changements importants aux recommandations, mais a plutôt pour objectif de suggérer des améliorations et de présenter de nouvelles données probantes appuyant l'approche.

✓ non modifié
modifié
\+ renseignements additionnels
NEUVEAU nouvelle recommandation

# *Recommandations relatives à la pratique*

| | |
|---|---|
| **Recommandation 1**<br>Obtenez les antécédents du client pour évaluer la constipation.<br>Niveau de la preuve : IV | ✓ |
| *Les paragraphes suivants ont été ajoutés à la discussion sur les données probantes de la page 20 pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :*<br>**Discussion sur les données probantes**<br>La fréquence et le type de selles, les efforts à la défécation ainsi que l'évacuation incomplète demeurent des points importants à évaluer. Marfil, Davies et Dettmar (2005) ont évalué la prévalence des efforts à la défécation ainsi que son lien avec la fréquence de défécation. Choung et coll. (2007) ont défini la constipation chronique comme la déclaration par le patient de 2 à 4 symptômes chroniques (efforts, selles dures ou grumeleuses, évacuation incomplète et défécation non fréquente).<br>Les éléments suivants font partie des antécédents relatifs aux intestins :<br>• Description des habitudes d'élimination fécale : fréquence, type de selles [selon l'échelle de Bristol, voir l'**annexe D**] et heure normale de défécation.<br>• Mesures prises pour provoquer l'élimination des matières fécales, y compris la prise de laxatifs (type et quantité) et l'efficacité de ces mesures.<br>• Croyances du client au sujet de l'élimination des matières fécales.<br>• Antécédents du problème de constipation (apparition et évolution).<br>• Capacité de ressentir l'envie de déféquer.<br>• Efforts du début à la fin de la défécation.<br>• Évacuation incomplète.<br>Il est crucial de savoir poser les bonnes questions pendant l'évaluation, notamment de demander au client s'il a eu des épisodes d'incontinence fécale ou de souillure, tout simplement. Les patients atteints d'incontinence fécale évitent plus souvent les soins médicaux que ceux aux prises avec des problèmes de constipation (Siproudhis et coll., 2007). La constipation et l'incontinence fécale sont deux problèmes qui surviennent souvent ensemble, comme l'ont révélé Siproudhis et coll. (2007) dans une grande étude menée auprès de 10 000 personnes en France. | + |

## Recommandation 2

Obtenez des renseignements concernant :

- La quantité et le type de liquides habituellement ingérés au quotidien et, tout particulièrement, la quantité de caféine et d'alcool.
- Les fibres alimentaires et la quantité de nourriture habituellement ingérées.
- Tout antécédent médical ou chirurgical pertinent susceptible d'être associé à la constipation (p. ex. : troubles neurologiques, diabète, hypothyroïdie, insuffisance rénale chronique, hémorroïdes, fissures, maladie diverticulaire, syndrome du côlon irritable, chirurgie intestinale antérieure, dépression, démence ou confusion aiguë).

Niveau de la preuve : IV

✓

*Les paragraphes suivants aux pages 20 et 21 de la ligne directrice ont été révisés pour refléter le soutien supplémentaire de documentation et les révisions de formulation afin de rendre le contenu plus exact :*

### Discussion sur les données probantes

Passer en revue tous les facteurs de risque est une approche logique, et ce, quel que soit le type de constipation. Selon quelques données probantes, les femmes (Higgins et Johanson, 2004; McCrea et coll., 2009; Richmond et Wright, 2004) et les personnes de race autre que blanche (Higgins et Johanson, 2004) présentent des risques de constipation plus élevés que les autres. Les troubles physiologiques augmentent la probabilité de constipation. Les personnes atteintes de diabète sucré souffrent parfois d'un dysfonctionnement du système nerveux autonome qui entraîne la perte du réflexe gastrocolique. Certaines femmes, en particulier les femmes multipares, ont des lésions des nerfs sacrés en raison d'un traumatisme obstétrique, tandis que les personnes atteintes de sclérose en plaques présentent des signes cliniques de maladie de la moelle épinière pouvant entraîner la constipation (Chia, Fowler, Kamm, Henry et Lemieux, 1995; Haines, 1995).

Entre autres maladies et troubles cités comme étant des causes de constipation avec transit lent, citons notamment : le cancer du côlon, la déshydratation, le diabète sucré, l'hypercalcémie ou l'hypokaliémie, l'immobilité, les alimentations pauvres en fibres et riches en glucides, la maladie de Parkinson et les accidents vasculaires cérébraux.

+

## Recommandation 3

Passez en revue les médicaments pris par le client pour déterminer ceux auxquels un risque accru de constipation est associé; évaluez le recours systématique aux laxatifs et les antécédents de consommation de laxatifs.

Niveau de la preuve : III

✓

*La discussion sur les données probantes de la page 21 a été révisée pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :*

### Discussion sur les données probantes

La constipation iatrogène est souvent liée à l'administration de médicaments pour la prévention ou l'atténuation de problèmes pathophysiologiques et de leurs symptômes (Richmond et Wright, 2004). Dans bien des cas, il n'est pas possible d'abandonner la prise de ces médicaments. De plus, malheureusement, il n'existe que peu d'information au sujet de la prise en charge de la constipation liée à la prise de médicaments (DiPalma, Cleveland, McGowan et Herrera, 2007).

La prise de médicaments est un facteur de risque de la constipation (Leung, 2007). Plusieurs catégories thérapeutiques de médicaments contribuent au problème.

+

Tous les médicaments peuvent avoir des effets directs ou indirects sur le fonctionnement normal de l'intestin, y compris des manières suivantes :

- le ralentissement des contractions péristaltiques
- la baisse de la stimulation neurologique de l'intestin
- la baisse de la motilité gastrique
- la baisse de la vitesse d'absorption
- la limitation de la mobilité personnelle globale.

Les effets des médicaments sur le tractus intestinal ont été déterminés principalement grâce à des essais cliniques sur divers médicaments (Hert et Huseboe, 1996) et à la recherche empirique sur leur incidence sur la constipation (Richmond et Wright, 2004).

Les cliniciens doivent surveiller la possibilité de constipation chez les clients afin de permettre l'exécution rapide de stratégies de prise en charge et la mise en application proactive de stratégies de prévention. Voici une liste des catégories de médicaments qui contribueraient à la constipation :

- Analgésiques
  - Traitement opioïde continu
  - Traitement non opioïde : AINS
- Antiacides contenant de l'aluminium ou du calcium
- Médicaments à activité anticholinergique comme :
  - Anticonvulsivants
  - Antidépresseurs
  - Antiépileptiques
  - Antihistaminiques
  - Antihypertenseurs (inhibiteurs calciques, inhibiteurs ECA, béta-bloquants)
  - Antiparkinsoniens
  - Antipsychotiques
  - Antispasmodiques
  - Anxiolytiques
- Bisphosphonates
- Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (par ex. acétazolamide)
- Suppléments de calcium
- Chimiothérapie cytotoxique
  - Chimiothérapie aux alcaloïdes de la pervenche
  - Autres agents cytotoxiques
- Diurétiques
- Antagonistes des récepteurs H2
- Hypnotiques
- Suppléments de fer
- Laxatifs (habituellement attribué à la prise à long terme de laxatifs stimulants)
- Hypolipidémiants
- Myorelaxants (par ex. le baclofène)
- Inhibiteurs de la pompe à protons
- Sédatifs

Brocklehurst, 1977,1980; Choung, Locke, Schleck, Zinsmeisteri et Talley, 2007; Hinrichs et Huseboe, 2001; Hosia-Randell, Suominen, Muurinen et Pitkälä, 2007; Lehne, Moore, Crosby et Hamilton, 1994; McKay, Fravel et Scanion, 2009; Meza, Peggs et O'Brien, 1984; Richmond et Wright, 2004; Wald et coll., 2008; Wrenn, 1989.

Liste de médicaments revue par : Lawrence D. Jackson, B.Sc.Phm.
Coordonnateur clinique de la pharmacie, Veterans Centre
Sunnybrook Health Sciences Centre

| | |
|---|---|
| **Recommandation 3.1**<br><br>Dépistez les risques de polypharmacie, y compris le dédoublement de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre, ainsi que les effets indésirables qui en découlent.<br><br>Niveau de la preuve : III | ✓ |
| *Le paragraphe suivant a été ajouté à la discussion sur les données probantes de la page 22 de la ligne directrice :*<br><br>**Discussion sur les données probantes :**<br><br>Dans le cadre d'une étude au sujet de la prise de laxatifs exécutée par Hosia-Randell et coll. (2007), la prise concomitante de sept médicaments ou plus (autres que les laxatifs et les médicaments constipants) était liée au besoin d'utilisation de laxatifs. Ce phénomène laisse penser que la relation entre les médicaments et la constipation découle de la polypharmacie. Le nombre de médicaments pris représente donc un facteur de risque important de constipation (Higgins, 2004; DiPalma, Cleveland, McGowan et Herrera, 2007). | + |
| **Recommandation 4**<br><br>Déterminez la capacité fonctionnelle du client relativement à la mobilité, à l'alimentation et à la consommation de liquide, ainsi que son état cognitif en ce qui a trait à sa capacité à communiquer ses besoins et à suivre des directives simples.<br><br>Niveau de la preuve : III | ✓ |
| *Le premier paragraphe ci-dessous a été ajouté à la discussion sur les données probantes de la page 22 de la ligne directrice. Le deuxième paragraphe a été révisé pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :*<br><br>**Discussion sur les données probantes**<br><br>La mobilité limitée est jugée comme faisant partie de l'évaluation du risque de constipation (Richmond et Wright, 2004). Au cours d'un examen de la documentation au sujet des facteurs de risque déterminés pour la constipation, ces auteurs ont signalé que les personnes confinées au lit ou à un fauteuil avaient les résultats les plus élevés sur l'échelle d'évaluation des risques de constipation.<br><br>La malnutrition est fréquente chez les patients atteints de démence et elle est liée à une baisse des capacités fonctionnelles (Suominen et coll., 2005). L'incidence de constipation augmente chez les personnes dont les capacités fonctionnelles et cognitives sont diminuées et chez les personnes âgées de santé fragile (Campbell et coll., 1993; Folden et coll., 2002). Le personnel sera à même de mieux comprendre le client moyennant un examen de ses capacités fonctionnelles et cognitives. On peut trouver des outils permettant d'aider à l'évaluation de la capacité fonctionnelle et cognitive dans les lignes directrices de l'AIIAO intitulées Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les personnes âgées (2010) et Le soin des personnes souffrant de délire, de démence ou de dépression (2010). Ces deux lignes directrices peuvent être téléchargées à partir du site Web de l'AIIAO : www.rnao.org/bestpractices. | + |
| **Recommandation 5**<br><br>Procédez à une évaluation physique de l'abdomen et du rectum. Évaluez la force musculaire de l'abdomen, les bruits intestinaux et l'intégrité du réflexe anal et déterminez s'il y a présence de masses abdominales, de constipation, de fécalomes ou d'hémorroïdes.<br><br>Niveau de la preuve : IV | ✓ |

## Recommandation 6

Avant d'amorcer le protocole sur la constipation, déterminez les habitudes de défécation (fréquence et caractéristiques des selles et heures auxquelles le client va à la selle habituellement), les épisodes de constipation, d'incontinence fécale ou de souillure, l'apport liquidien et alimentaire habituel (type et quantité de liquides) et le mode d'élimination, et ce, en tenant pendant sept jours un dossier ou un journal des habitudes de défécation.

Niveau de la preuve : IV

✓

*Le premier paragraphe de la discussion sur les données probantes à la page 23 a été révisé et un paragraphe final a été ajouté pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :*

### Discussion sur les données probantes

Aucun outil portant sur l'élimination intestinale n'a été validé. Les avis des spécialistes cliniques continuent d'indiquer que le fait de disposer de données de base sur les habitudes d'élimination, les symptômes de constipation ou les fécalomes, ainsi que la consommation de liquides et d'aliments d'un client est un élément de base de l'évaluation et de la planification des soins (Briggs, 2008; Orr, Johnson et Yates, 1997).

Les données de base sur les habitudes d'élimination jouent un rôle crucial, car il existe des variations énormes dans ce que les clients considèrent comme normal. Une importante étude menée auprès de femmes aux États-Unis a révélé que la norme n'est pas toujours d'aller à la selle une fois par jour (Zutshi et coll., 2007). De plus, les clients qui vivent dans un établissement de soins de longue durée ont tendance à aller à la selle moins souvent que ceux qui vivent dans la communauté (Marfil, Davies et Dettmar, 2005). Les clients des établissements sont également plus nombreux à faire des efforts quand ils vont à la selle (Marfil, Davies et Dettmar, 2005).

+

## Recommandation 7

L'apport liquidien quotidien doit être de 1 500 à 2 000 millilitres (ml). Encouragez le client à boire de petites gorgées de liquides tout au long de la journée et, dans la mesure du possible, à réduire la consommation de boissons contenant de la caféine et de boissons alcoolisées.

Niveau de la preuve : III

✓

*Le paragraphe suivant a été ajouté à la discussion sur les données probantes de la page 23 de la ligne directrice :*

### Discussion sur les données probantes

En date de 2011, aucune autre étude n'a porté sur l'efficacité de l'apport liquidien et de l'hydratation à eux seuls pour la prévention de la constipation. Un essai comparatif réalisé par Schnelle et coll. (2010) a déterminé qu'une intervention à volets multiples comprenant l'apport liquidien ainsi que l'aide pour la toilette, l'activité physique et l'apport alimentaire amélioré permettait de réduire la constipation. Toutefois, il est impossible de déterminer l'effet de l'apport liquidien à lui seul dans la prévention de la constipation. Un examen systématique (Leung, 2007) a abouti à des données contradictoires sur l'effet de l'apport liquidien dans la prévention de la constipation. Comme l'hydratation adéquate et la prévention de la déshydratation chez les personnes âgées comportent de nombreux avantages pour la santé, il ne convient pas de remettre en question leur bien-fondé.

+

## Recommandation 8

L'apport quotidien en fibres alimentaires doit être de 21 à 25 grammes. Augmentez graduellement l'apport quotidien en fibres lorsque la consommation régulière de liquides du client aura atteint 1 500 ml aux 24 heures.

Niveau de la preuve : III

*Les paragraphes suivants et le soutien supplémentaire de documentation sont ajoutés au début de la discussion sur les données probantes à la page 24 de la ligne directrice :*

### Discussion sur les données probantes

L'apport quotidien en fibres alimentaires adéquat est de 14 g par 1 000 kcal pour le résidant moyen aux soins de longue durée (qui consomme environ 1 500 kcal par jour). Les normes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario précisent que le minimum recommandé est de 20 grammes de fibres par jour. Toutefois, il est possible que les clients immobiles aient besoin de moins de fibres alimentaires que les autres. Par conséquent, il est important de prendre des précautions avant d'augmenter l'apport en fibres alimentaires de certains groupes de personnes âgées confinées au lit. Il est fortement recommandé de consulter un diététiste.

Un essai clinique aléatoire (Wisten et Messner 2005) a conclu que la consommation quotidienne de porridge avec 7,5 grammes de fibre était liée à un taux supérieur de défécation sans laxatifs et à un niveau moindre d'inconfort par rapport à celui ressenti par le groupe témoin. Un autre essai clinique aléatoire (Hale et coll., 2007) a déterminé qu'un laxatif naturel administré deux fois par jour (total de 2,8 grammes de fibres par jour) entraînait une hausse de fréquence de la défécation ainsi que des frais inférieurs de prise de laxatifs. Un essai comparatif à l'insu parallèle (Sturtzel et coll., 2009) a révélé que l'inclusion de son d'avoine dans le régime alimentaire des personnes âgées entraînait une baisse d'utilisation des laxatifs.

+

Mis à part les fibres alimentaires, de nouvelles études laissent penser que les suppléments probiotiques pour la prise en charge de la constipation chez les résidants de maisons de soins infirmiers donnent des résultats prometteurs (Sairanen, Piirainen, Nevala et Korepla, 2007; Carlsson, Gustafson, Haglin et Eriksson, 2009; An, Baek, Jang, Lee et coll., 2010; Chmielewska et Szajewska, 2010). Les études actuelles ont montré que les suppléments probiotiques améliorent l'équilibre de la microflore intestinale, ce qui, à son tour, a des effets positifs sur la santé et la prise en charge de la constipation, que ce soit en réduisant l'activité des enzymes néfastes (An et coll., 2010) ou en augmentant la masse fécale et en amollissant les selles (Sairanen et coll., 2007). Par contre, il faudra obtenir plus de données probantes d'importants essais comparatifs afin d'évaluer avec certitude l'effet et l'efficacité de l'administration de probiotiques sur la constipation (Chmielewska et Szajewska, 2010; An et coll., 2010).

## Recommandation 9

Encouragez l'élimination régulière chaque jour en fonction du repas « déclencheur » du client. Préservez l'intimité visuelle et auditive du client au moment de l'élimination.

Niveau de la preuve : III

| | |
|---|---|
| **Recommandation 9.1**<br><br>Préconisez une position accroupie pour faciliter la défécation. Pour les clients qui ne sont pas en mesure d'utiliser la toilette (c'est-à-dire ceux qui sont confinés au lit) : simulez la position accroupie en les plaçant en position couchée sur le côté gauche, tout en pliant leurs genoux et en ramenant leurs jambes vers l'abdomen.<br><br>Niveau de la preuve : III | ✓ |
| *Les phrases suivantes ont été ajoutées à la fin du premier paragraphe de la discussion sur les données probantes à la page 25 de la ligne directrice :*<br><br>**Discussion sur les données probantes**<br><br>Schnelle et coll. (2009) ont mené une étude d'observation en vue de déterminer la prévalence des symptômes de constipation ainsi que l'effet d'une aide élémentaire relative à l'élimination sur la constipation. L'étude a révélé que la fréquence de la défécation augmentait considérablement chez les résidants aux soins de longue durée qui recevaient de l'aide à l'élimination toutes les deux heures ou quatre fois par jour. | + |
| **Recommandation 10**<br><br>Afin d'assurer la fidélité au programme d'activité physique, le programme doit être personnalisé en fonction des capacités physiques, de l'état de santé et des préférences de la personne, ainsi que du degré de faisabilité. La fréquence, l'intensité et la durée de l'exercice doivent tenir compte du degré d'endurance du client.<br><br>Niveau de la preuve : IV | ✓ |
| **Recommandation 10.1**<br><br>La marche est une activité recommandée pour les personnes qui jouissent de leur pleine mobilité et pour les personnes à mobilité réduite (15 à 20 minutes une ou deux fois par jour, 30 à 60 minutes par jour ou trois à cinq fois par semaine). On recommande aux personnes à mobilité réduite de parcourir une distance d'au moins 15 mètres (50 pieds) deux fois par jour.<br><br>Niveau de la preuve : IV | ✓ |
| **Recommandation 10.2**<br><br>Pour les personnes incapables de marcher ou confinées au lit, il est conseillé d'effectuer des exercices tels que l'inclinaison du bassin, la rotation du bas du tronc et les levées de jambe.<br><br>Niveau de la preuve : IV | ✓ |

| | |
|---|---|
| *Le paragraphe suivant a été révisé à la page 26 de la ligne directrice pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :*<br><br>**Discussion sur les données probantes**<br><br>L'exercice est un volet important des programmes de prévention et de prise en charge de la constipation; cependant, aucune étude n'a examiné isolément la contribution de l'exercice dans la prévention de la constipation (Leung, 2007). Une étude a révélé que la constipation était considérablement moins fréquente chez les personnes qui faisaient régulièrement ou occasionnellement de l'activité physique, ainsi que plus fréquente chez celles qui se disaient inactives (Garrigues et coll., 2004; Wald et coll., 2008). Selon un essai clinique aléatoire mené auprès de personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée des Pays-Bas, la participation à des séances d'activité physique deux fois par semaine n'a rien changé aux plaintes de constipation (Chin A Paw et coll., 2006). Les auteurs ont reconnu qu'une intervention ponctuelle comme l'exercice risquait de ne pas suffire en l'absence d'autres interventions (Chin A Paw et coll., 2006). | + |
| **Recommandation 11**<br><br>Au moyen d'un journal des habitudes de défécation dans lequel sont consignés la fréquence, l'aspect et la quantité des selles, les épisodes de constipation fécale ou de souillure et le recours à des laxatifs (oraux ou rectaux), évaluez les résultats obtenus chez le client et la nécessité d'interventions permanentes. Évaluez la mesure dans laquelle le client est satisfait de ses habitudes de défécation et sa perception de l'atteinte des objectifs qui découlent de ces habitudes.<br><br>Niveau de la preuve : IV | ✓ |
| Soutien supplémentaire de documentation :<br>Skelly, J. (2007). | + |

# *Recommandations relatives à la formation*

## Recommandation 12

Des programmes de formation exhaustifs sur l'**identification précoce des personnes à risque de constipation**, ainsi que la réduction **et la prise en charge** de la constipation et la promotion de la santé intestinale doivent être mis sur pied et dispensés par une infirmière qui travaille dans le domaine de la promotion de la continence ou qui a suivi une préparation avancée dans ce domaine (p. ex. une infirmière-conseillère en continence, une infirmière clinicienne spécialisée ou une infirmière clinicienne). Ces programmes doivent viser l'ensemble des fournisseurs de soins de santé, des clients et des familles ou personnes soignantes. Pour déterminer l'efficacité du programme sur la constipation, des mécanismes d'évaluation tels que l'assurance qualité et la vérification doivent être intégrés à la démarche de planification.

Niveau de la preuve : IV

*La recommandation a été modifiée par l'ajout des parties « identification précoce des personnes à risque de constipation » et « prise en charge de la constipation » (en caractères gras). La discussion sur les données probantes à la page 28 de la ligne directrice a été révisée pour refléter le soutien supplémentaire de documentation et l'ajout de deux paragraphes :*

### Discussion sur les données probantes

L'examen de la documentation révèle que très peu d'études traitent du rôle de la formation dans les problématiques suivantes :

- La santé intestinale
- Le dépistage précoce des personnes à risque de constipation
- La prévention de la constipation
- La prise de mesures d'hygiène concernant l'exercice, l'hydratation et la consommation de fibres alimentaires
- La réaction adéquate et suffisamment rapide à l'envie de déféquer.

Par leurs avis, les spécialistes cliniques appuient l'idée selon laquelle les infirmières, les autres fournisseurs de soins de santé, les clients et les familles de ces derniers pourraient bénéficier d'une formation sur la santé intestinale. Entre autres sujets pertinents vis-à-vis des soins d'hygiène intestinale :

- La physiologie de l'intestin et de la défécation
- La définition et les types de constipation
- Les niveaux de risque de constipation
- Les outils d'évaluation des risques de constipation
- Les soins intestinaux chez les personnes âgées
- Les méthodes de santé qui permettent d'optimiser la fonction intestinale
- La compréhension des déclarations de constipation chez les personnes âgées
- L'éradication de fausses croyances telles que la nécessité d'aller à la selle tous les jours
- L'incidence des médicaments sur le fonctionnement de l'intestin
- L'incidence d'une atteinte du fonctionnement de l'intestin sur l'évacuation de la vessie et l'infection des voies urinaires
- L'incidence de problèmes médicaux sur le fonctionnement de l'intestin
- L'incidence de l'hospitalisation sévère sur le fonctionnement de l'intestin
- Les effets d'un recours prolongé aux laxatifs
- Les effets des différents types de laxatifs
- L'utilisation de l'échelle de selles de Bristol.

+

Dans les maisons de soins de longue durée, la nomination de champions de la prévention de la constipation ou d'infirmières-ressources (dont le rôle consiste à communiquer des renseignements et à servir de personne-ressource pour toutes les questions liées à la constipation) contribuera également au succès continu du programme de formation, ainsi qu'à la prévention et à la prise en charge de la constipation (Grainger, Castledine, Wood et Dilley, 2007).

Une ressource de l'AIIAO intitulée *Continence-Constipation Workshop for RNs in Long-Term Care: A Facilitator`s Guide* (AIIAO, 2007) comprend un outil pédagogique pour aider les infirmières à animer les programmes de formation sur la constipation. Pour le télécharger, rendez-vous sur le site Web de l'AIIAO : www.rnao.org/bestpractices.

Pour une liste de ressources sur la constipation, consultez l'*annexe H*.

Soutien supplémentaire de documentation :
Choung et coll., 2007;
DiPalma, Cleveland, McGowan et Herrera, 2007;
Garrigues et coll., 2004;
Grieve, 2006;
Higgins et coll., 2004;
Iantorno et coll., 2007;
Leung, 2007;
Marfil et coll., 2005;
Nakaji et coll., 2004;
Richmond et Wright, 2004;
Rosia-Randell et coll., 2007;
Wald et coll., 2008

+

# *Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques*

## Recommandation 13

Les établissements sont incités à élaborer une démarche d'équipe **interprofessionnelle** afin de prévenir et de prendre en charge la constipation.

Niveau de la preuve : IV

*Cette recommandation a été changée pour refléter la terminologie actuelle, c.-à-d. interprofessionnelle plutôt que pluridisciplinaire. La discussion sur les données probantes à la page 29 de la ligne directrice a été révisée pour refléter le changement de formulation et le soutien supplémentaire de documentation :*

### Discussion sur les données probantes

Les facteurs contribuant à la constipation incluent les problèmes fonctionnels, les problèmes de mobilité, les obstacles environnementaux, les problèmes sensoriels, les problèmes liés à l'alimentation et à l'hydratation, les processus de maladie chronique, la polypharmacie, l'humeur et les problèmes cognitifs et sociaux. Par conséquent, il est recommandé d'adopter une démarche en équipe interprofessionnelle en matière de prise en charge de la constipation. Peuvent faire partie de l'équipe : les infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens cliniciens, diététistes autorisés, fournisseurs de soins non réglementés, médecins traitants et médecins spécialistes.

+

Les physiothérapeutes évaluent la mobilité, les transferts, l'équilibre et la force. Les ergothérapeutes évaluent les milieux physiques et sociaux et la capacité, chez chaque client, d'exécuter les activités de la vie quotidienne comme s'habiller et faire sa toilette. Les pharmaciens cliniciens se chargent de l'examen de l'utilisation des médicaments pour déterminer ceux qui sont susceptibles de favoriser la constipation. Les diététistes autorisés prodiguent des conseils sur la modification de la consommation de liquides, de caféine et de fibres.

Les fournisseurs de soins de première ligne, y compris les fournisseurs de soins non réglementés et les infirmières, aident à l'hydratation, à la toilette, à l'hygiène et à la prise en charge de la constipation et de l'incontinence. Ce sont souvent les premières personnes à déceler les problèmes de constipation. Les infirmières autorisées peuvent effectuer les évaluations initiales et élaborer des programmes de modification du comportement. Les médecins traitants peuvent s'adresser aux membres des professions paramédicales susmentionnés afin d'obtenir de l'aide pour la prise en charge de l'incontinence et de la constipation. Les médecins cernent toute complication grave de la constipation demandant une intervention médicale ou chirurgicale supplémentaire. La communication entre les professionnels de la santé et les clients est essentielle à la détermination et à la prise en charge de ce problème de santé.

Une formation adéquate donnée à tous les dispensateurs de soins de santé permet d'améliorer leurs connaissances et leur pratique en relation avec la constipation (Granger et coll., 2007).

## Recommandation 14

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ne peuvent être mises en place avec efficacité qu'en présence d'une planification et de ressources suffisantes, d'un soutien organisationnel adéquat incluant l'appui tangible de l'administration, ainsi que d'un monitorat approprié dispensé par des personnes compétentes. La mise en place de cette ligne directrice doit aussi tenir compte des particularités du milieu. La ligne directrice doit être diffusée dans le cadre d'un programme dynamique de formation et d'enseignement. À cet égard, l'AIIAO a élaboré (par le biais d'un groupe d'infirmières, de chercheuses et de gestionnaires) la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique en se fondant sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la Trousse comme guide dans la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée Prévention de la constipation chez les personnes âgées.

Niveau de la preuve : IV

✓

# Annexes

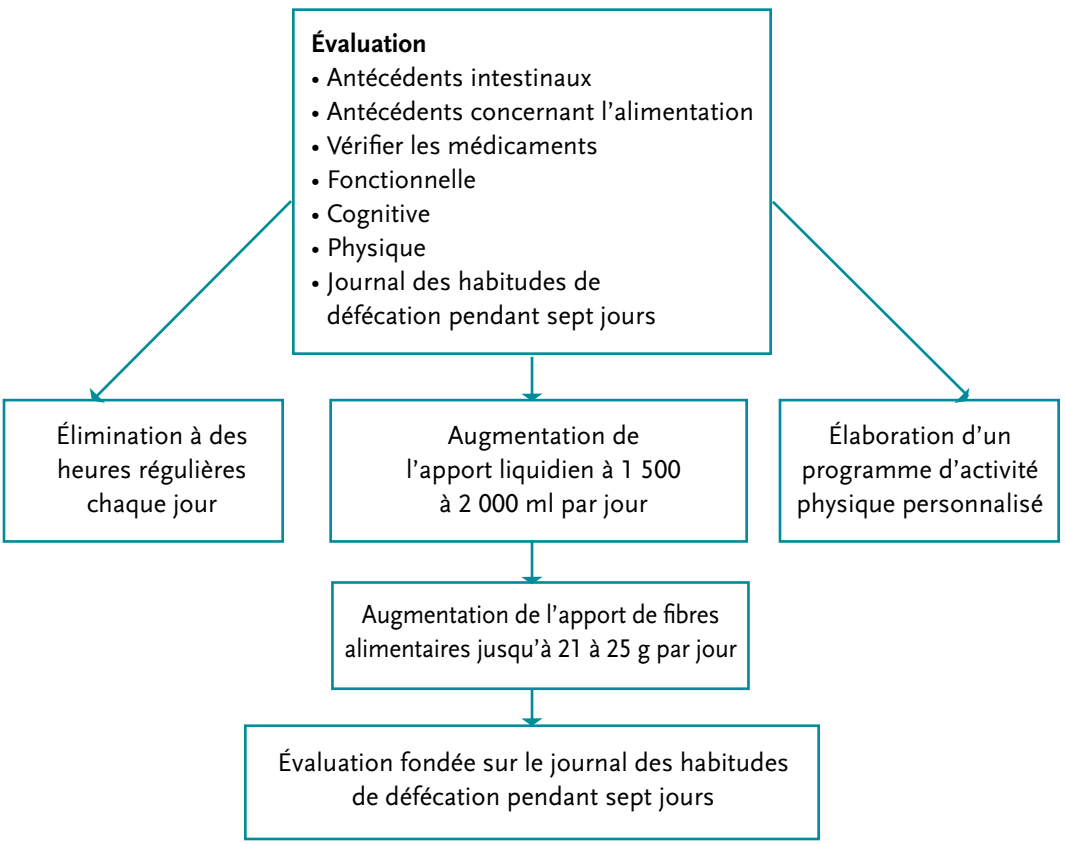
*En plus de l'ajout d'une NOUVELLE annexe, les annexes existantes ont été révisées et réorganisées de la manière suivante :*

| Ancienne annexe | Nouvelle annexe |
|---|---|
| Annexe A : Méthode de recherche des données probantes existantes | Reste l'annexe A; contenu inchangé |
| Annexe B : Prévention de la constipation – algorithme | Reste l'annexe B; contenu inchangé |
| Annexe C : Exemple de dossier sur l'élimination intestinale | Reste l'annexe C; contenu inchangé |
| | **Nouvelle annexe D : Échelle de selles de Bristol** |
| Annexe D : Teneur en fibres de certains aliments choisis | Nouvelle annexe E; contenu inchangé |
| Annexe E : Aliments à teneur élevée en fibres | Nouvelle annexe F; contenu inchangé |
| Annexe F : Biscuits laxatifs | Nouvelle annexe G; contenu inchangé |
| Annexe G : Sources de renseignements sur la constipation | Nouvelle annexe H : ajouts au contenu |
| Annexe H : Description de la Trousse | Nouvelle annexe I : non modifié |

Un résumé des changements apportés est fourni ci-dessous chaque fois qu'une annexe a été modifiée :

# Annexe B : Prévention de la constipation – algorithme

*L'algorithme suivant a été révisé afin de tenir compte des modifications relatives à l'apport de fibres alimentaires :*



# *Annexe C : Exemple de dossier sur l'élimination intestinale*

*Le tableau suivant a été révisé afin de mieux décrire le type de selle à l'aide de l'échelle de selles de Bristol :*

Nom du patient ou du client : _____

| | Date : | | |
|---|---|---|---|
| | Nuits | Jours | Soirées |
| Selles | | | |
| Durée | | | |
| Continence | | | |
| **Type (voir l'échelle de formes de selles de Bristol)** | | | |
| Quantité | | | |
| Élimination | | | |
| Apport liquidien journalier | | | |
| Apport en fibres | | | |
| Traitement | | | |
| Orientations ou consultations | | | |
| Nombre total de selles | | | |
| Nombre d'épisodes de constipation ou de souillures fécales | | | |
| Initiales | | | |

## Légende :

**S (selles) :** ✓ **Entrer l'heure**

**Continence :**

✓ = Continence **I** = Incontinence

**Quantité :**

**P** = petite (< 250 ml)
**M** = normale ( > 250 - < 500 ml)
**G** = grande ( > 500 ml)
**SF** = suintement fécal; **TF** = taches fécales

**Type :**

**1** = boules dures difficiles à expulser
**2** = selle moulée et allongée mais faite de grumeaux apparents
**3** = selle moulée et allongée avec une surface craquelée
**4** = selle moulée et allongée lisse et molle
**5** = morceaux solides mais mous séparés les uns des autres
**6** = selles pâteuses, expulsées facilement, avec des morceaux solides assez informes
**7** = selles entièrement liquides.

**Élimination :**

**T** = toilette **C** = chaise d'aisance
**B** = bassin de lit **CC** = couché sur le côté

**Apport liquidien :**

Inscrire la quantité réelle consommée par quart. Calculer l'apport dans une période de 24 heures.

**Apport en fibres :**

Inscrire la quantité d'aliments consommés qui contiennent des fibres.

**Traitements :**

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

**Orientations :**

**D** = Diététiste
**ICC** = Infirmière-conseillère en continence
**E** = Ergothérapeute
**P** = Pharmacien
**PT** = Physiothérapeute

**Inscrire le nombre total de selles :**

**Inscrire le nombre total d'épisodes de constipation ou de souillures fécales :**

# *Annexe D : Échelle de selles de Bristol*

## ÉCHELLE DE SELLES DE BRISTOL

| | | |
|---|---|---|
| ***Type 1*** | | Petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer. |
| ***Type 2*** | | En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses. |
| ***Type 3*** | | Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface. Crotte quasiment parfaite. |
| ***Type 4*** | | Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce. Crotte parfaite. |
| ***Type 5*** | | Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer). |
| ***Type 6*** | | Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées. |
| ***Type 7*** | | Pas de morceau solide, entièrement liquide. |

Reproduit avec l'aimable autorisation du Dr KW Heaton,
Faculté de médecine de l'Université de Bristol
© 2000 Produit par Norgine Pharmaceuticals Limited.

# *Annexe E : Teneur en fibres de certains aliments choisis*

*Le tableau suivant remplace le tableau des pages 54 et 55 de la ligne directrice révisée :*

| Aliment Portion Poids (g) | Portion | Poids (g) | Total de fibres alimentaires (g) |
|---|---|---|---|
| **Pains** | | | |
| Bagel nature (diam. de 10 cm) | 1 | 71 | 1,6 |
| Pain multigrain | 1 tranche | 35 | 2,2 |
| Pain d'avoine | 1 tranche | 35 | 1,4 |
| Pain pita blanc (diam. de 17 cm) | 1 | 60 | 1,3 |
| Pain pita de blé entier (diam. de 17 cm) | 1 | 64 | 4,7 |
| Pumpernickel | 1 tranche | 35 | 2,3 |
| Pain aux raisins | 1 tranche | 35 | 1,5 |
| Pain de seigle | 1 tranche | 35 | 2 |
| Pain blanc ordinaire (non artisanal) | 1 tranche | 35 | 0,8 |
| Pain de blé entier ordinaire (non artisanal) | 1 tranche | 35 | 2,4 |
| Muffin anglais blanc grillé | 1 | 52 | 1,5 |
| Muffin anglais de blé entier grillé | 1 | 52 | 2,6 |
| Petit pain mollet blanc | 1 | 28 | 0,9 |
| Petit pain mollet de blé entier | 1 | 28 | 2,1 |
| **Autres produits de la catégorie du pain** | | | |
| Pain doré congelé prêt à chauffer (chauffé) | 1 tranche | 59 | 0,6 |
| Crêpe nature faite avec un mélange (diam. de 13 cm) | 1 | 40 | 0,4 |
| Crêpe nature congelée prête à chauffer (diam. de 13 cm), chauffée | 1 | 41 | 0,7 |
| **Riz, pâtes et autres céréales** | | | |
| Orge perlé cuit | 125 ml | 83 | 2 |
| Couscous cuit | 125 ml | 83 | 0,7 |
| Quinoa cuit | 125 ml | 73 | 1,3 |
| Macaronis cuits | 250 ml | 148 | 1,8 |
| Nouilles aux œufs cuites | 250 ml | 169 | 1,9 |
| Pâtes fraîches réfrigérées cuites | 250 ml | 169 | 3,7 |
| Riz brun à grains longs cuit | 125 ml | 103 | 1,5 |
| Riz blanc à grains longs cuit | 125 ml | 83 | 0,4 |
| Spaghettis cuits | 250 ml | 148 | 2,5 |
| Spaghettis de blé entier cuits | 250 ml | 148 | 4,8 |
| Céréales pour petit déjeuner | | | |
| **Céréales chaudes, cuites** | | | |
| Crème de blé ordinaire | 175 ml | 186 | 0,7 |
| Son d'avoine cuit | 175 ml | 179 | 3,4 |

| Aliment Portion Poids (g) | Portion | Poids (g) | Total de fibres alimentaires (g) |
|---|---|---|---|
| Gruau instantané pomme-cannelle | 1 sachet | 186 | 2,8 |
| Gruau instantané ordinaire | 1 sachet | 186 | 2,7 |
| Gruau à gros flocons/rapide | 175 ml | 173 | 2,6 |
| **Prêt à manger** | | | |
| All-Bran Buds avec psyllium de Kellogg's[MC] | 75 ml | 27 | 11,3 |
| All Bran de Kellogg's[MC] | 125 ml | 35 | 11,8 |
| Bran Flakes de Post[MC] | 250 ml | 53 | 7,4 |
| Cheerios ordinaires de General Mills[MC] | 250 ml | 24 | 2,2 |
| Corn Bran de Quaker[MC] | 250 ml | 38 | 6,1 |
| Corn Flakes de Kellogg's[MC] | 250 ml | 26 | 0,7 |
| Fibre 1 de General Mills[MC] | 125 ml | 30 | 14,1 |
| Granola aux raisins secs de Rogers[MC] | 125 ml | 59 | 5,3 |
| Grape-Nuts de Post[MC] | 125 ml | 58 | 6 |
| Mini-Wheats avec givrage original de Kellogg's[MC] | 175 ml | 35 | 3,6 |
| Müesli de President's Choice[MC] | 75 ml | 40 | 3,5 |
| Avoine croquante aux amandes de General Mills[MC] | 125 ml | 32 | 2,3 |
| Avoine croquante érable et noix de General Mills[MC] | 125 ml | 32 | 2,3 |
| Raisin Bran de Kellogg's[MC] | 250 ml | 59 | 6,7 |
| Rice Krispies de Kellogg's[MC] | 250 ml | 29 | 0,3 |
| Shredded Wheat de Post[MC] | 1 biscuit | 25 | 3,5 |
| Shreddies de Post[MC] | 175 ml | 38 | 4,4 |
| Special K de Kellogg's[MC] | 250 ml | 24 | 0,3 |
| Weetabix[MC] | 2 biscuit | 35 | 4,4 |
| **Craquelins** | | | |
| Craquelins au fromage (petits) | 15 | 15 | 0,4 |
| Biscottes Melba, nature | 2 | 10 | 0,6 |
| Craquelins au lait | 2 | 24 | 0,5 |
| Biscottes | 1 | 10 | 0,6 |
| Craquelins de blé | 4 | 20 | 1,4 |
| Craquelins de blé à faible teneur en matières grasses | 4 | 18 | 0,9 |
| Craquelins de blé entier | 4 | 16 | 1,7 |
| **Haricots, pois et lentilles** | | | |
| Haricots cuits nature ou végétariens en conserve | 175 ml | 188 | 7,7 |
| Haricots rouges en conserve (non égouttés) | 175 ml | 189 | 12,1 |
| Petits haricots blancs en conserve (non égouttés) | 175 ml | 194 | 9,9 |
| Haricots pinto en conserve (non égouttés) | 175 ml | 178 | 8,2 |
| Haricots à œil noir en conserve (non égouttés) | 175 ml | 178 | 5,9 |
| Pois chiches en conserve (non égouttés) | 175 ml | 178 | 7,8 |

| Aliment Portion Poids (g) | Portion | Poids (g) | Total de fibres alimentaires (g) |
|---|---|---|---|
| Lentilles bouillies et salées | 175 ml | 146 | 6,2 |
| Lentilles corail bouillies | 175 ml | 179 | 5,9 |
| Pois cassés bouillis | 175 ml | 145 | 4,2 |
| Soya bouilli | 175 ml | 127 | 8 |
| **Arachides** | | | |
| Beurre d'arachide croquant avec matières grasses, sucre et sel ajoutés | 30 ml | 32 | 2,6 |
| Beurre d'arachide naturel | 30 ml | 31 | 2,5 |
| Beurre d'arachide crémeux avec matières grasses, sucre et sel ajoutés | 30 ml | 32 | 1,8 |
| Beurre d'arachide crémeux léger | 30 ml | 36 | 1,9 |
| **Noix** | | | |
| Amandes séchées | 60 ml | 36 | 4,2 |
| Noisettes ou avelines séchées | 60 ml | 34 | 2,7 |
| Noix macadamia rôties et salées | 60 ml | 34 | 0,5 |
| Noix mélangées rôties | 60 ml | 35 | 2,4 |
| Pacanes séchées | 60 ml | 25 | 1,6 |
| Noix de pin séchées | 60 ml | 34 | 1,7 |
| Pistaches écaillées, rôties et salées | 60 ml | 31 | 1,7 |
| Noix séchées | 60 ml | 25 | 1,6 |
| **Beurres de noix** | | | |
| Beurre d'amande | 30 ml | 32 | 1,2 |
| Beurre de noix de cajou | 30 ml | 32 | 0,6 |
| Beurre de sésame (tahini) | 30 ml | 30 | 2,8 |
| **Graines** | | | |
| Graines de lin (entières ou moulues) | 15 ml | 11 | 56 |
| Graines de citrouille ou de courge séchées | 60 ml | 35 | 189 |
| Graines de tournesol rôties et salées | 60 ml | 32 | 189 |
| **Légumes** | | | |
| Artichaut bouilli et égoutté | 1 de taille moyenne | 120 | 4,7 |
| Asperges en conserve égouttées | 6 tiges | 108 | 1,5 |
| Asperges fraîches ou congelées, bouillies et égouttées | 6 tiges | 90 | 1,6 |
| Haricots de Lima congelés, bouillis et égouttés | 125 ml | 95 | 4 |
| Haricots mange-tout (verts, jaunes ou italiens) en conserve (égouttés) | 125 ml | 71 | 1,5 |
| Haricots mange-tout (verts, jaunes ou italiens) frais ou congelés, bouillis et égouttés | 125 ml | 71 | 1,9 |

| Aliment Portion Poids (g) | Portion | Poids (g) | Total de fibres alimentaires (g) |
|---|---|---|---|
| Betteraves en tranches, bouillies et égouttées | 125 ml | 90 | 1,8 |
| Pak-choï haché, bouilli et égoutté | 125 ml | 90 | 0,9 |
| Brocoli en morceaux bouilli et égoutté | 125 ml | 82 | 2 |
| Chou haché bouilli et égoutté | 125 ml | 79 | 1,3 |
| Chou rouge haché cru | 125 ml | 37 | 0,8 |
| Mini-carottes crues | 8 | 80 | 1,4 |
| Carottes fraîches ou congelées, bouillies et égouttées | 125 ml | 77 | 1,9 |
| Chou-fleur en morceaux bouilli et égoutté | 125 ml | 66 | 1,8 |
| Chou-fleur en morceaux cru | 125 ml | 53 | 0,9 |
| Céleri cru | 1 branche | 40 | 0,6 |
| Maïs sucré en crème en conserve | 125 ml | 135 | 1,8 |
| Concombre pelé cru | 4 tranches | 28 | 0,2 |
| Chou frisé haché bouilli et égoutté | 125 ml | 69 | 1,4 |
| Poireaux hachés bouillis et égouttés | 125 ml | 55 | 0,5 |
| Laitue Boston hachée | 250 ml | 58 | 0,6 |
| Laitue iceberg hachée | 250 ml | 58 | 0,7 |
| Champignons en morceaux en conserve (égouttés) | 125 ml | 82 | 2,3 |
| Champignons de Paris en tranches sautés | 125 ml | 57 | 1 |
| Oignons verts crus | 1 de taille moyenne | 15 | 0,4 |
| Panais en tranches bouilli et égoutté | 125 ml | 82 | 2,7 |
| Petits pois en conserve (égouttés) | 125 ml | 90 | 4 |
| Petits pois congelés, bouillis et égouttés | 125 ml | 85 | 3,7 |
| Poivrons verts sautés | 125 ml | 74 | 1,3 |
| Pommes de terre au four (sans peau) | 1 | 156 | 3,4 |
| Pommes de terre au four (avec la peau) | 1 | 173 | 3,8 |
| Pommes de terre bouillies (sans peau) | 1 | 135 | 1,9 |
| Pommes de terre bouillies (avec la peau) | 1 | 150 | 2,5 |
| Pommes de terre en gratin (maison) | 125 ml | 129 | 2,5 |
| Citrouille en conserve | 125 ml | 129 | 3,8 |
| Radis | 3 moyens | 14 | 0,2 |
| Épinards bouillis et égouttés | 125 ml | 95 | 2,3 |
| Épinards hachés crus | 250 ml | 32 | 0,7 |
| Patate douce au four (pelée après la cuisson) | ½ | 57 | 1,9 |
| Tomates à l'étuvée en conserve | 125 ml | 135 | 1,4 |
| Tomates entières en conserve | 125 ml | 127 | 1 |
| Tomates crues | 1 | 123 | 1,5 |
| Navet en cubes bouilli et égoutté | 125 ml | 82 | 1,6 |

| Aliment Portion Poids (g) | Portion | Poids (g) | Total de fibres alimentaires (g) |
|---|---|---|---|
| Mélange de légumes à l'asiatique (brocoli, carottes, haricots verts, minimaïs, pois mange-tout, poivrons rouges) congelé, bouilli et égoutté | 125 ml | 74 | 1,8 |
| Mélange de brocoli et de chou-fleur congelé, bouilli et égoutté | 125 ml | 95 | 2,4 |
| Mélange de légumes (maïs, haricots de Lima, haricots mange-tout, petits pois, carottes) congelé, bouilli et égoutté | 125 ml | 96 | 2,8 |
| Mélange de petits pois et de carottes en conserve (non égoutté) | 125 ml | 135 | 2,7 |
| Courgettes en tranches crues | 4 | 40 | 0,4 |
| Courgettes en tranches bouillies et égouttées | 125 ml | 95 | 1,3 |
| **Jus de légume et autres produits** | | | |
| Jus de carotte | 125 ml | 125 | 1 |
| Salade de chou avec vinaigrette | 125 ml | 63 | 1 |
| Salade de pommes de terre | 125 ml | 132 | 1,4 |
| Jus de tomate | 125 ml | 128 | 0,9 |
| Jus de tomate sans sel ajouté | 125 ml | 184 | 0,7 |
| Sauce tomate en conserve pour les spaghettis | 125 ml | 132 | 1,9 |
| Sauce tomate en conserve | 125 ml | 129 | 1,9 |
| Cocktail de jus de légumes | 125 ml | 128 | 0,7 |
| Cocktail de jus de légumes à faible teneur en sodium | 125 ml | 128 | 1 |
| Fruits | | | |
| Pomme avec la peau (diam. de 7 cm) | 1 | 138 | 2,6 |
| Compote de pommes sans sucre | 125 ml | 129 | 1,5 |
| Abricots crus | 3 | 105 | 2,1 |
| Avocats | ½ | 101 | 6,7 |
| Bananes | 1 | 118 | 2,1 |
| Mûres | 125 ml | 76 | 4 |
| Bleuets congelés sans sucre ajouté | 125 ml | 82 | 2,6 |
| Cerises | 10 | 68 | 1,4 |
| Clémentines | 1 | 74 | 1,3 |
| Cocktail de fruits en conserve avec sirop léger | 125 ml | 128 | 1,3 |
| Pamplemousse rose ou rouge | ½ | 123 | 2 |
| Raisins | 20 | 100 | 1,2 |
| Kiwis | 1 | 76 | 2,3 |
| Litchis | 10 | 96 | 1,2 |
| Mangues | ½ | 104 | 1,9 |
| Cantaloup en cubes | 125 ml | 85 | 0,6 |

| Aliment Portion Poids (g) | Portion | Poids (g) | Total de fibres alimentaires (g) |
|---|---|---|---|
| Melon miel en cubes | 125 ml | 90 | 0,7 |
| Pastèque en cubes | 125 ml | 80 | 0,3 |
| Nectarines | 1 | 136 | 2,3 |
| Oranges | 1 | 131 | 2,3 |
| Papaye en cubes | 125 ml | 74 | 1,3 |
| Pêches | 1 | 98 | 1,9 |
| Pêches en tranches en conserve avec sirop léger | 125 ml | 133 | 1,7 |
| Poires avec la peau | 1 | 166 | 5 |
| Poires en moitiés en conserve avec sirop léger | 125 ml | 133 | 2,1 |
| Ananas en cubes | 125 ml | 82 | 1,1 |
| Prunes | 1 | 66 | 1,1 |
| Pruneaux | 3 | 25 | 1,8 |
| Pruneaux cuits sans sucre ajouté | 60 ml | 63 | 3,6 |
| Framboises | 125 ml | 65 | 4,2 |
| Fraises | 7 | 84 | 1,9 |
| Tangerines en conserve avec leur jus (égouttées) | 125 ml | 100 | 1,2 |
| **Jus de fruits** | | | |
| Jus de pomme prêt à boire avec vitamine C ajoutée | 125 ml | 126 | 0,1 |
| Jus de canneberge prêt à boire sans sucre ajouté | 125 ml | 134 | 0,1 |
| Jus ou boisson pomme-canneberge prêt à boire à faible teneur en calories et avec vitamine C ajoutée | 125 ml | 127 | 0,1 |
| Jus de raisin prêt à boire avec vitamine C ajoutée | 125 ml | 132 | 0,1 |
| Jus de pamplemousse sucré prêt à boire | 125 ml | 132 | 0,1 |
| Jus d'orange congelé dilué | 125 ml | 132 | 0,3 |
| Jus d'orange prêt à boire | 125 ml | 132 | 0,3 |
| Jus d'orange réfrigéré prêt à boire avec vitamine D et calcium ajoutés | 125 ml | 132 | 0,3 |
| Jus de pruneaux | 125 ml | 135 | 1,4 |

Référence : Valeur nutritive de quelques aliments usuels, Santé Canada. Dernier accès le mercredi 12 juillet 2011
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/fiche-nutri-data/index-eng.php

Revu par Gargi Pannu, Dt.P., M.Sc
*Diététiste clinique*
*Veteran and Community Centre*
*Sunnybrook Health Sciences Centre*

# *Annexe F : Aliments à teneur élevée en fibres*

*Le tableau suivant remplace le tableau se trouvant à la page 56 de la ligne directrice révisée :*

| Aliments et portions | Fibres alimentaires par portion | Portion quotidienne recommandée par le Guide alimentaire canadien |
|---|---|---|
| **Pains**<br>Pain de céréales entières ou pain de seigle (1 tranche)<br>Bagel complet ou pain pita (½)<br>Muffin de son d'avoine (½)<br>Craquelins de blé entier (4)<br>Pâtes de blé entier, maïs ou pois (½ tasse)<br>Maïs éclaté (3 tasses)<br>Germe de blé (1 ½ c. à soupe) | 2 grammes | 6 ou 7 portions de pain, d'amidon et de céréales. |
| **Céréales**<br>Céréales complètes ou de son, froides (1 once)<br>Avoine, son d'avoine ou gruau de maïs (séché, ½ tasse) | De 4 à 8 grammes | Jumelé à du pain et de l'amidon |
| **Légumes**<br>Asperges, haricots verts, brocoli, chou, carottes, chou-fleur, légumes verts, oignons, pois mange-tout, épinards, courges, tomates en conserve et pommes de terre avec pelure (cuits) (½ tasse), Brocoli, chou, carottes, chou-fleur, tomates, céleri, poivrons verts, courgettes (crus) (1 tasse) | 2 grammes | 7 portions |
| **Fruits**<br>Pomme, nectarine, orange, pêche, banane (1 moyenne)<br>Pamplemousse, poire (½)<br>Baies (1 tasse) | 2 grammes | Jumelé à des légumes |
| **Haricots et légumineuses**<br>Pois chiches, haricots, lentilles, haricots de Lima, pois cassés, haricots pinto (½ tasse) | 5 grammes | 2 ou 3 |
| **Noix, beurres de noix et graines**<br>Amandes (10), noix (6), beurre d'arachide (1 c. à soupe), arachides (15), graines de sésame (1 c. à soupe), graines de tournesol (2 c. à soupe) | 2 grammes | Jumelé avec des haricots |

Référence : Valeur nutritive de quelques aliments usuels, Santé Canada. Dernier accès le mercredi 12 juillet 2011
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/fiche-nutri-data/index-eng.php

Revu par Gargi Pannu, Dt.P., M.Sc
*Diététiste clinique*
*Veteran and Community Centre*
*Sunnybrook Health Sciences Centre*

# *Annexe H : Sources de renseignements sur la constipation*

*La liste suivante a été vérifiée et mise à jour avec les derniers sites Web :*

Association canadienne de la maladie cœliaque - www.celiac.ca

Santé Canada : Valeur nutritive de quelques aliments usuels –

http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/fiche-nutri-data/nutrient_value-valeurs_nutritives-tc-tm-eng.php

National Digestive Disease Information Clearinghouse : Constipation – http://www.niddk.nih.gov

The American Gastroenterological Association – http://www.gastro.org/

**NOUVEAU** Association canadienne de gastroentérologie - http://www.cag-acg.org/

**NOUVEAU** Société canadienne des infirmières et infirmiers en gastroentérologie et travailleurs associés - http://www.csgna.com/

**NOUVEAU** Canadian Nurse Continence Advisors – http://www.cnca.ca

# *Références*


Briggs, J. (2008). « Management of constipation in older adults. » The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. Se trouve à l'adresse http://www.g-i-n.net/library/health-topics-collection/guidelines/jbi-au/management-of-constipation-in-older-adults-best-practice-12-7

Brocklehurst, J. (1977). « How to define and treat constipation. » *Geriatrics, 32*(6), 85-87.

Brocklehurst, J. (1980). « Disorders of the lower bowel in old age. » *Geriatrics, 35*(5), 47-52.

Campbell, A. J., W. J. Busby et C. C. Horvath (1993). « Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over. » *Journal of Epidemiology and Community Health, 47*(1), 23-26.

Chia, Y. W., C. J. Fowler, M. A. Kamm, M. Henry et M. C. Lemieux (1995). « Prevalence of bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis and bladder dysfunction. » *Journal of Neurology, 242*(2), 105-108.

Chin, A. P., M. N. M. Van Poppe et M. W. Van (2006). « Effects of resistance and functional-skills training on habitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: A randomized controlled trial. » *BMC Geriatrics,6*(9).

Choung, R. S., G. R. Locke, III, C. D. Schleck, A. R. Zinsmeister et N. J. Talley (2007). « Cumulative incidence of chronic constipation: A population-based study 1988-2003. » *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 26*(11), 1521-1528.

DiPalma, J. A., M. B. Cleveland, J. McGowan et J. L. Herrera (2007). « A comparison of polyethylene glycol laxative and placebo for relief of constipation from constipating medications. » *Southern Medical Journal, 100*(11), 1085-1090.

Bien manger avec le Guide alimentaire canadien - Une ressource pour les éducateurs et communicateurs (2009). Se trouve à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-eng.php

Folden, S., J. H. Backer, F. Maynard, K. Stevens, J. A. Gilbride, M. Pires et K. Jones (2002). « *Rehabilitation Nursing Foundation Practice Guidelines for The Management of Constipation in Adults*. » Se trouve à l'adresse http://www.rehabnurse.org/pdf/BowelGuideforWEB.pdf

Garrigues, V., C. Galvez, V. Ortiz, M. Ponce, P. Nos et J. Ponce (2004). « Prevalence of constipation: Agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. » *American Journal of Epidemiology, 159*(5), 520-526.

Grainger, M., G. Castledine, N. Wood et C. Dilley (2007). « Researching the management of constipation in longterm care. part 2. » *British Journal of Nursing, 16*(9), 1212-1217.

Grieve, J. (2006). « The prevention and management of constipation in older adults in a residential aged care facility. » *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 4*(1), 46-53.

Haines, S. T. (1995). « Treating constipation in patients with diabetes. » *Diabetes Educator, 21*(3), 232-233.

Hale, E. M., E. Smith, J. J. St et A. W. Wojner-Alexandrov (2007). « Pilot study of the feasibility and effectiveness of a natural laxative mixture. » *Geriatric Nursing, 28*(2), 104-111.

Hert, M. et J. Huseboe (1998). Hert, M. et J. Huseboe (1998). « *Research based protocol: Management of constipation.* » Iowa City : University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Higgins, P. D. R. et J. F. Johanson (2004). « Epidemiology of constipation in North America: A systematic review. »

*American Journal of Gastroenterology, 99*(4), 750-759.

Hinrichs, M. et J. Huseboe (2001). « Management of constipation evidence-based protocol. » Tiré de M. G. Titler (éditeur de la série), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults,* Iowa City, IA : The University of Iowa College of Nursing

Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Hosia-Randell, H., M. Suominen, S. Muurinen et K. H. Pitkala (2007). « Use of laxatives among older nursing home residents in Helsinki, Finland. » *Drugs and Aging, 24*(2), 147-154.

Iantorno, G., M. Cinquetti, A. Mazzocchi, A. Morelli et G. Bassotti (2007). « Audit of constipation in a gastroenterology referral center. » *Digestive Diseases & Sciences, 52*(2), 317-320.

Lehne, R. A., L. A. Moore, L. J. Crosby et D. B. Hamilton (1994). *Pharmacology for Nursing Care* (2e édition). Philadelphie : W. B. Saunders.

Leung, F. W. (2007). « Etiologic factors of chronic constipation - Review of the scientific evidence. » *Digestive Diseases and Sciences, 52*(2), 313-316.

Marfil, C., G. J. Davies et P. W. Dettmar (2005). « Straining at stool and stool frequency in free-living and institutionalised older adults. » *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 9*(3), 277-280.

McCrea, G. L., C. Miaskowski, N. A. Stotts, L. Macera, S. M. Paul et M. G. Varma (2009). « Gender differences in self-reported constipation characteristics, symptoms, and bowel and dietary habits among patients attending a specialty clinic for constipation. » *Gender Medicine, 6*(1), 259-271.

McKay, S. L., M. Fravel et C. Scanion (2009). « *Guideline: Management of constipation.* » Iowa City (IA) : University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Meza, J., J. Peggs et J. O'Brien (1984). « Constipation in the elderly patient. » *Journal of Family Practice, 18*(5), 695-703.

Nakaji, S., M. Matsuzaka, T. Umeda, T. Shimoyama, K. Sugawara, J. Sakamoto, S. Tokunaga (2004). « A population-based study on defecatory conditions in Japanese subjects: Methods for self-evaluation. » *Tohoku Journal of Experimental Medicine,* 203(2), 97-104.

Ontario Ministry of Health and Long –Term Care Standards –Dietary Services Standards and Criteria: Nutrition and Hydration (2005).

Orr, W. C., P. Johnson et C. Yates (1997). « Chronic constipation: A clinical conundrum. » *Journal of the American Geriatrics Society, 45*(5), 652-653.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de 'Ontario (2007). « *Continence/Constipation Education Learning Cycles: A Facilitator's Guide.* » Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). « *Trousse sur la marche à suivre : Mise en 'uvre de lignes directrices pour la pratique clinique.* » Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). « *Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les personnes âgées.* » Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). « *Le soin des personnes souffrant de délire, de démence ou de dépression.* » Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Richmond, J. P. et M. E. Wright (2004). « Review of the literature on constipation to enable development of a constipation risk assessment scale. » *Clinical Effectiveness in Nursing, 8*(2), 11-25.

Schnelle, J. F., F. W. Leung, S. S. C. Rao, L. Beuscher, E. Keeler, J. W. Clift, S. Simmons (2010). « A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation. » *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(8), 1504-1511.

Siproudhis, L., F. Pigot, P. Godeberge, H. Damon, D. Soudan et M. A. Bigard (2006). « Defecation disorders: a French population survey. » *Diseases of the Colon & Rectum, 49*(2), 219-227.

Skelly, J.(2007). « *Promoting Continence Care: A Bladder and Bowel Handbook for Care Providers*. » Didacticiel personnalisé, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

Sturtzel, B., C. Mikulits, C. Gisinger et I. Elmadfa (2009). « Use of fiber instead of laxative treatment in a geriatric hospital to improve the wellbeing of seniors. » *Journal of Nutrition, Health and Aging, 13(2),* 136-139.

Suominen, M., S. Muurinen, P. Routasalo, H. Soini, I. Suur-Uski, A. Peiponen, H. Finne-Soveri et K. H. Pitkala (2005). « Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. » *European Journal of Clinical Nutrition, 54*(4), 578-583.

Wald, A., C. Scarpignato, S. Mueller-Lissner, M. A. Kamm, U. Hinkel, I. Helfrich et coll. (2008). « A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. » *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 28*(7), 917-930.

Wisten, A. et T. Messner (2005). « Fruit and fibre (Pajala porridge) in the prevention of constipation. » *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*(1), 71-76.

Wrenn, K. (1989). « Fecal Impaction. » *New England Journal of Medicine, 321*(10), 658-662.

Zutshi, M., T. L. Hull, J. Bast et J. Hammel (2007). « Female bowel function: The real story. » *Diseases of the Colon & Rectum, 50*(3), 351-358.

# Notes