

Avec
supplément
sur les
révisions
2011

Version de mars 2005

*Ligne directrice sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers*
Bâtir l'avenir des soins infirmiers

*Favoriser la **continence** par le déclenchement de la miction*



RNAO

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

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS



Mot de bienvenue de Doris Grinspun

Directrice générale

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 (RNAO) vous présente cette version révisée de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. La RNAO s'est engagée à faire en sorte que les données probantes à l'appui des recommandations relatives à la ligne directrice soient les meilleures possibles. La présente Ligne directrice a été récemment revue et refondue pour tenir compte de l'état des connaissances actuelles.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'établissements et de personnes qui permettent à la RNAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPESI). Le gouvernement de l'Ontario a reconnu l'expertise de la RNAO pour mener à bien ce projet et contribuera un financement s'échelonnant sur plusieurs années. Tazim Virani, directrice du projet des LDPESI, grâce à sa détermination sans borne et ses compétences, fait progresser le projet encore plus rapidement et plus intensément qu'on ne l'avait imaginé. La communauté des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, ce qui est essentiel à la création, à l'évaluation et à la révision de chaque Ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en place et en évaluant la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers et en collaborant à la création d'une culture basée sur des données probantes.

C'est maintenant que se présente le véritable test de cet extraordinaire cheminement : les infirmières utiliseront-elles les lignes directrices dans leur travail quotidien?

La mise en place réussie de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers nécessite un effort conjugué de la part de quatre groupes de personnes : les infirmières elles-mêmes, d'autres collègues du secteur de la santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et au lieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices avec leurs têtes et leurs cœurs, les infirmières, de même que les étudiants en soins infirmiers, informés et avertis, auront besoin d'un lieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de partager cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, ainsi que d'autres lignes directrices, avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons nous assurer que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les meilleurs soins possible, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

La RNAO continuera de travailler assidûment à l'élaboration et à l'évaluation de toutes les futures lignes directrices, ainsi qu'à la tenue à jour des données probantes connexes. Nous vous souhaitons que leur mise en place soit des plus réussies!

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.inf., Ph.D. (candidate), O.Ont.
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

Équipe du programme :

Tazim Virani, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (candidate)
Directrice du projet

Josephine Santos, inf. aut., M.Sc.Inf.
Coordonnatrice de programme

Stephanie Lappan-Gracon, inf. aut., M.Sc.Inf.
Coordonnatrice de programme, Réseau des champions
des pratiques exemplaires

Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Éd.)
Gestionnaire de programme

Jane M. Schouten, inf. aut., B.Sc.Inf., M.B.A.
Coordonnatrice de programme

Bonnie Russell, B.J.
Adjointe au programme

Carrie Scott
Adjointe administrative

Julie Burris
Adjointe administrative

Keith Powell, B.A., AIT
Éditeur de sites Web

Afin de faciliter la lecture des textes, le terme « infirmière » est utilisé. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Programme des Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers
111, rue Richmond Ouest, bureau 1100
Toronto (Ontario) M5H 2G4
Site Web : www.rnao.org/bestpractices

Membres de l'équipe de révision (2005)

Jennifer Skelly, inf. aut., Ph.D.

Chef d'équipe

Professeure agrégée

École des sciences infirmières

Université McMaster

Directrice, Programme de continence

St. Joseph's Healthcare

Hamilton (Ontario)

Jean Benton, inf. aut. (EC), B.Sc.Inf., PHCNP, ICSG(C), ICC

Infirmière praticienne en soins de santé primaires (PHCNP)

County of Renfrew Municipal Homes for the Aged Bonnechere Manor (Renfrew) et Miramichi Lodge, Pembroke (Ontario)

Barbara Cassel, inf. aut., M.Sc.Inf., CSIG(C)

Infirmière de pratique avancée

West Park Healthcare Centre

Toronto (Ontario)

Linda Gray, inf. aut.

Infirmière membre du personnel soignant

Specialty Care Woodhall Park

Brampton (Ontario)

Stephanie Lappan-Gracon, inf. aut., M.Sc.Inf.

Animatrice, coordonnatrice de programme

Programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Cathy Lyle, inf. aut., M.Sc., CSIG(C)

Infirmière clinicienne spécialisée

Providence Continuing Care Centre

St. Mary's of the Lake Hospital Site

Kingston (Ontario)

Christina Madigan, inf. aut.

Infirmière-ressource en soins cliniques

Service de santé Sœurs de la Charité d'Ottawa

Hôpital Saint-Vincent

Programme de soins continus complexes

Ottawa (Ontario)

Melissa Northwood, inf. aut., M.Sc., CSIG(C), ICC

Enseignante clinique

St. Peter's Hospital

Hamilton (Ontario)

Jenny Ploeg, inf. aut., Ph.D.

Professeure agrégée

École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé

Université McMaster

Hamilton (Ontario)

Laura Robbs, inf. aut., B.Sc.Inf., E.T., ICC, M.Sc.Inf. (candidate)

Infirmière-conseil en continence

Trillium Health Centre,

emplacement Queensway

Etobicoke (Ontario)

Kathleen Romano, inf. aut., ICC

Infirmière-conseil en continence

Adult and Pediatric Urology and Incontinence Treatment Centre

Thunder Bay (Ontario)

Anita Saltmarche, inf. aut., M.Sc.S.

Présidente, Health Care Associates

Toronto (Ontario)

Des déclarations d'intérêt et de confidentialité ont été effectuées par tous les membres de l'équipe de révision de la ligne directrice. Vous pouvez obtenir des détails supplémentaires auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Josephine Santos, inf. aut., M.Sc.Inf.

*Animatrice, coordonnatrice de programme
Programme des Lignes directrices sur les
pratiques exemplaires en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés
de l'Ontario
Toronto (Ontario)*

Shirley Whitfield, inf. aut., B.Sc.Inf., ICC

*Infirmière-conseil en gériatrie
Programme d'évaluation en gériatrie
Hôpital régional de Windsor – campus Western
Windsor (Ontario)*

La RNAO souhaite également remercier : **Dawn Kingston, inf. aut., B.Sc., M.Sc.** pour son travail d'ajointe de recherche dans l'évaluation de la qualité des écrits spécialisés et la préparation de tableaux de données probantes aux fins de la révision de la présente ligne directrice.

Collaborateurs initiaux

Membres du groupe d'élaboration (2000)

Jennifer Skelly, inf. aut., Ph.D.

Directrice d'équipe
*Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Université McMaster
Hamilton (Ontario)*

**Jean Benton, inf. aut. (EC), B.Sc.Inf.,
ICSG(C), ICC**

*Infirmière praticienne en soins de santé primaires
Comté de Renfrew
Bonnechere Manor (Renfrew) et Miramichi
Lodge, Pembroke (Ontario)*

Sue O'Hara, inf. aut., M.Sc.Inf.

*Infirmière praticienne et infirmière
clinicienne spécialisée
St. Joseph's Health Care, Hôpital Parkwood
London (Ontario)*

Anita Saltmarche, inf. aut., M.Sc.S.

*Présidente, Health Care Associates
Toronto (Ontario)
Adjointe clinique
Faculté des sciences infirmières
Université de Toronto
Toronto (Ontario)*

Shirley Whitfield, inf. aut., B.Sc.Inf., ICC

*Infirmière-conseil en continence
Hôpital régional de Windsor
Windsor (Ontario)*

Kathleen Romano, inf. aut., ICC

*Infirmière-conseil en continence
et infirmière-ressource en soins cliniques
Saint Elizabeth Health Care
Thunder Bay (Ontario)*

Jenny Ploeg, inf. aut., Ph.D.

*Professeure adjointe et chercheuse
Université McMaster
Hamilton (Ontario)*

Linda Gray, inf. aut.

*Vera M. Davis Community Care Centre
Bolton (Ontario)*

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes ou les groupes suivants pour leur contribution à la révision de la présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers et pour les commentaires précieux qu'ils ont formulés au moment de la rédaction initiale de ce document (2000-2002) :

Kim Belluz	Infirmière membre du personnel soignant, infirmière-conseil en continence, Saint Elizabeth Health Care, Thunder Bay (Ontario)
Marg Brunetti	Nutritionniste, Hôpital régional de Windsor, Windsor (Ontario)
Tish Butson	Infirmière clinicienne spécialisée, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton (Ontario)
Merrill Carmichael	Critique du consommateur
Catherine Duncan	Directrice des soins, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton (Ontario)
Mary Edwards	Directrice, Seniors Health, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton (Ontario)
Pat Ford	Infirmière clinicienne spécialisée, St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)
Nenita Gepraegs	Infirmière membre du personnel soignant, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton (Ontario)
Barb Gray	Infirmière gestionnaire, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, Succursale du Niagara, Niagara Falls (Ontario)
Helen Johnson	Physiothérapeute, Programme d'évaluation en gériatrie, Hôpital régional de Windsor, Windsor (Ontario)
Penny Keel	Critique du consommateur
Linda Keery	Infirmière clinicienne spécialisée, infirmière-conseil en continence, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton (Ontario)
D ^r Niedoba	Directeur médical, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton (Ontario)
Janis North	Directrice générale, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, Hamilton (Ontario)
Melissa Northwood	Infirmière membre du personnel soignant et infirmière-conseil en continence, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton (Ontario)
Donna Pickles	Infirmière membre du personnel soignant, St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)
Susan Pilatzke	Infirmière gestionnaire, Saint Elizabeth Health Care, Thunder Bay (Ontario)
Ida Porteous	Infirmière gestionnaire, St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)
Meg Reich	Gestionnaire de programme, Hôpital régional de Windsor, Programme d'évaluation en gériatrie, Windsor (Ontario)
D ^r P. Soong	Médecin de famille, Hôpital régional de Windsor, Programme d'évaluation en gériatrie, Windsor (Ontario)
D ^r S. Pierre Soucie	Directeur du personnel médical, Service de santé Sœurs de la Charité d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
Barb Swail	Infirmière membre du personnel soignant, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton (Ontario)
Joe Taylor	Infirmier membre du personnel soignant, Hôpital régional de Windsor, Windsor (Ontario)
Kathy Topping	Infirmière membre du personnel soignant, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton (Ontario)

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

La RNAO désire également remercier les établissements suivants de London, en Ontario, pour le rôle qu'ils ont joué dans la mise à l'essai de la Ligne directrice initiale.

Chateau Gardens Queens

Chelsea Park Retirement Community

Extendicare, London

London Health Sciences Centre

St. Joseph's Health Care, Parkwood Hospital

La RNAO désire souligner le leadership et le dévouement des infirmières chercheuses qui ont dirigé l'étape d'évaluation du projet de la présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, en 2000.

Investigatrices principales :

D^{re} Nancy Edwards, D^{re} Barbara Davies – Université d'Ottawa

Co-investigatrices de l'équipe d'évaluation :

D^{re} Maureen Dobbins, D^{re} Jenny Ploeg, D^{re} Jennifer Skelly – Université McMaster

D^{re} Patricia Griffin – Université d'Ottawa



Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

Avis de non-responsabilité

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires ne s'applique qu'à la pratique des soins infirmiers et ne prend pas en compte les implications financières. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer cette Ligne directrice et son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux désirs du client et de sa famille et aux situations particulières. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une exonération de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette Ligne directrice, ni n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document. Toute référence, tout au long du document, à des produits pharmaceutiques spécifiques n'est mentionnée qu'en tant qu'exemple et ne signifie aucunement que nous endossons l'un ou l'autre de ces produits.

Droit d'auteur

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario avait initialement publié la présente Ligne directrice en janvier 2002; elle l'a révisée en mars 2005.

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la reproduction est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales sans nécessiter le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à condition qu'une citation ou qu'une référence apparaisse dans le travail copié comme indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction* (Version révisée). Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Comment utiliser ce document

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers consiste en un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers basée sur des données probantes. Ce document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou du lieu de travail, ainsi que des besoins et des désirs du client. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes », mais plutôt être utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions sur les soins individualisés offerts au client, ainsi que pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de politiques, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils d'évaluation et de documentation. On recommande d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Les infirmières soignantes pourront bénéficier d'une revue des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer les lignes directrices. Toutefois, dans les établissements où les soins sont prodigués, il est fortement recommandé d'adapter les lignes directrices aux pratiques infirmières en usage de façon à les présenter dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien. Cette Ligne directrice comporte certains formats suggérés pour de telles adaptations et personnalisations locales.

Les établissements qui désirent utiliser cette Ligne directrice peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans la Ligne directrice.
- Identifier les recommandations qui permettront de répondre à des besoins reconnus ou de combler des lacunes dans les services offerts.
- Élaborer de manière méthodique un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources connexes.

La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour nous parler de votre expérience. Des ressources seront mises à la disposition des utilisateurs par l'entremise du site Web (www.rnao.org/bestpractices) afin d'aider les personnes et les établissements à mettre en place les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Table des matières

Sommaire des recommandations	9
Interprétation des données probantes	11
Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice	11
But et champs d'application	12
Processus d'élaboration de la Ligne directrice – 2000	12
Processus de révision – 2005	13
Définition des termes	15
Antécédents contextuels	18
Recommandations relatives à la pratique	19
Description de l'intervention sur le déclenchement de la miction	24
Recommandations relatives à la formation	27
Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques	28
Lacunes dans la recherche et implications pour l'avenir	30
Évaluation et surveillance de la Ligne directrice	28
Méthodes pour la mise en place	30
Processus de mise à jour et de révision de la Ligne directrice	36
Références	37
Bibliographie	39
Annexe A : Méthode de recherche concernant les données probantes existantes	41
Annexe B : Favoriser la continence en utilisant l'algorithme du déclenchement de la miction	44
Annexe C : Personnes qui peuvent bénéficier du déclenchement de la miction	45
Annexe D : Dossier des mictions	48
Annexe E : Liste des ressources et des sites Web	49
Annexe F : Description de la Trousse	50

Sommaire des recommandations

	RECOMMANDATIONS	*NIVEAU DE PREUVE
Recommandations relatives à la pratique	1.0 Obtenir les antécédents médicaux de la personne incontinente.	IV
	2.0 Recueillir des renseignements sur : <ul style="list-style-type: none"> ■ la quantité, le type et l'heure de l'apport liquidien, en portant une attention particulière à la quantité de caféine et d'alcool ingurgité; ■ la fréquence, la nature et la consistance des selles; ■ tout antécédent médical ou chirurgical qui peut avoir un lien avec le problème d'incontinence, notamment – sans toutefois s'y limiter – le diabète, les accidents cérébrovasculaires, la maladie de Parkinson, l'insuffisance cardiaque, les infections répétées des voies urinaires ou les chirurgies de la vessie subies dans le passé. 	
	3.0 Passer en revue les médicaments du patient afin de déterminer ceux qui peuvent avoir des répercussions sur l'incontinence.	IV
	4.0 Déterminer les capacités fonctionnelles et intellectuelles du patient.	III
	5.0 Définir les obstacles psychologiques et les obstacles du milieu qui limitent le succès de l'élimination. Ces obstacles comprennent notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ la proximité et la disponibilité de la toilette la plus proche; ■ l'accès à une chaise percée; ■ un éclairage suffisant; ■ l'utilisation d'un moyen de contention; ■ la perception, parmi le personnel, selon laquelle l'incontinence est une conséquence inévitable chez les personnes âgées; ■ la croyance, parmi le personnel, selon laquelle il existe peu d'interventions pour favoriser la continence. 	III
	6.0 Procéder à des analyses d'urine pour vérifier s'il y a infection.	IV
	7.0 Déterminer la façon dont le patient perçoit son incontinence urinaire et s'il peut tirer profit du déclenchement de la miction. Avant de commencer le déclenchement de la miction, définir le tableau clinique de l'incontinence du patient à l'aide d'un dossier documentant les habitudes de miction du patient pendant 3 jours.	III
	8.0 Vérifier que les problèmes de constipation ou de fécalomes ont été réglés.	IV
	9.0 S'assurer qu'il y a un apport liquidien suffisant (1 500 à 2 000 ml par jour) et diminuer la consommation de caféine et de boissons alcoolisées dans la mesure du possible.	III
	10.0 Établir un horaire personnalisé de déclenchement de la miction en fonction des besoins d'élimination du patient et selon les faits établis dans le dossier documentant les habitudes de miction du patient pendant 3 jours.	Ia
	11.0 Entreprendre, au moins 3 semaines et au plus 8 semaines après l'instauration de l'horaire, un dossier documentant les habitudes de miction du patient pendant 3 jours.	IV

*Consultez la page 11 pour obtenir des renseignements sur l'« Interprétation des données probantes ».

Sommaire des recommandations

	RECOMMANDATIONS	*NIVEAU DE PREUVE
Recommandations relatives à la formation	<p>12.0 Mettre en place un programme de formation sur la façon de favoriser la continence par le déclenchement de la miction. Ce programme devrait être structuré, organisé et orienté à tous les niveaux de prestation des soins : les dispensateurs de soins, les clients, les membres de leur famille et leurs soignants. Ce programme de formation devrait comprendre une infirmière désignée qui travaille dans le domaine des soins de la continence (p. ex. : Infirmière-conseil en continence, infirmière clinicienne ou infirmière clinicienne spécialisée) et qui sera responsable de la mise en place du programme de formation. Il devrait être mis à jour de façon régulière afin d'inclure tout renseignement nouveau.</p> <p>Ce programme devrait inclure des renseignements sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les mythes liés à l'incontinence et au vieillissement; ■ les définitions de continence et d'incontinence; ■ l'évaluation de la continence; ■ le déclenchement de la miction; ■ l'élimination adaptée à chaque patient; ■ les répercussions des troubles cognitifs sur la capacité à être continent et les méthodes pour faire face aux comportements agressifs; ■ les liens entre l'hygiène intestinale et le bon fonctionnement de la vessie; ■ l'utilisation d'un dossier des mictions, jointe à une élimination adaptée à chaque patient. 	IV
	<p>13.0 Les infirmières devraient être au courant des ressources communautaires sur la formation professionnelle, l'orientation et l'aide continue.</p>	
Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques	<p>14.0 La mise en place réussie du déclenchement de la miction nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un soutien administratif; ■ des possibilités de perfectionnement et de formation; ■ la participation active du personnel clinique indispensable; ■ la mise en place graduelle de l'horaire du déclenchement de la miction; ■ la collecte de données de base sur les patients, les ressources et les connaissances existantes; ■ l'interprétation de ces données et l'identification des problèmes; ■ l'élaboration et la mise en place de stratégies; ■ un suivi du programme. 	IV
	<p>15.0 Les organismes sont invités à adopter une approche d'équipe interdisciplinaire centrée sur les besoins des personnes incontinentes.</p>	IV
	<p>16.0 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 adéquat au niveau de l'établissement et de l'administration, ainsi que d'un monitorat approprié du processus de changement dispensé par des personnes compétentes. La mise en place de cette ligne directrice doit tenir compte des situations locales et la ligne directrice doit être diffusée dans le cadre d'un programme dynamique de formation et de perfectionnement. À cet égard, la RNAO a élaboré (par le biais d'un groupe d'infirmières, de chercheuses et de gestionnaires) la <i>Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique</i> en se fondant sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la Trousse comme guide de la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée <i>Favoriser la continence par le déclenchement de la miction</i>.</p>	IV

Interprétation des données probantes

Niveaux de preuve

- Ia Données probantes découlant de la méta-analyse d'essais cliniques aléatoires.
- Ib Données probantes découlant d'au moins un essai clinique aléatoire, en plus d'un consensus.
- IIa Données probantes découlant d'au moins une étude contrôlée, bien conçue, sans répartition aléatoire.
- IIb Données probantes découlant d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale bien conçue, sans répartition aléatoire.
- III Données probantes découlant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, telles que des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
- IV Données probantes découlant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore des données probantes s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), grâce au financement accordé par le gouvernement de l'Ontario, a entrepris un projet s'échelonnant sur plusieurs années visant à élaborer, à mettre à l'essai, à évaluer et à diffuser des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. L'un des aspects prioritaires est la promotion de la continence chez les personnes âgées par le biais du déclenchement de la miction. La version initiale de cette ligne directrice a été rédigée en 2002. Elle a été révisée en 2005 par un comité formé d'infirmières et de chercheurs réunis par la RNAO qui a mené ses travaux d'une manière libre de tout biais et de toute influence de la part du gouvernement de l'Ontario.

La prévention et la réduction de la constipation sont considérées comme des interventions clés dans la prévention et la prise en charge de l'incontinence urinaire. C'est pourquoi on a révisé la présente ligne directrice à la lumière de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée *Prévention de la constipation chez les personnes âgées* (RNAO 2005), que l'on peut télécharger sur le site Web de la RNAO (www.rnao.org/bestpractices) ou acheter auprès de la RNAO.

La Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée *Prévention de la constipation chez les personnes âgées* se trouve sur le site Web de la RNAO, dont l'adresse est www.rnao.org/bestpractices.

But et champ d'application

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires comprennent des énoncés élaborés de façon systématique pour aider les professionnels de la santé et les patients à prendre des décisions sur des soins de santé appropriés. Le but de cette Ligne directrice est de fournir de l'information sur la mise en place d'un programme de traitement sur le déclenchement de la miction chez les personnes âgées qui souffrent d'incontinence urinaire. Les objectifs de cette Ligne directrice consistent à :

- réduire la fréquence et la gravité des épisodes d'incontinence urinaire;
- prévenir les complications liées à l'incontinence urinaire;
- améliorer la qualité de vie.

Cette Ligne directrice est applicable à tous les domaines de pratique clinique, c'est-à-dire les soins de courte durée, les soins communautaires et les soins prolongés.

La Ligne directrice axe ses recommandations sur quatre aspects : 1) des recommandations relatives à la pratique, destinées à soutenir les infirmières et l'exercice de la profession infirmière; 2) des recommandations relatives à la formation, destinées à soutenir les compétences nécessaires à l'exercice de la profession infirmière; 3) des recommandations relatives aux établissements et aux politiques, qui ciblent les lieux de pratique et l'environnement afin de simplifier la pratique des soins infirmiers; ainsi que 4) des indicateurs d'évaluation et de surveillance.

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires renferme des recommandations à l'intention des infirmières autorisées (inf. aut.) et des infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.). Il est reconnu que des soins au client efficaces reposent sur une approche interdisciplinaire coordonnée qui intègre une communication permanente entre les patients, la famille, les médecins, les pharmaciens, le personnel de l'équipe d'activation et de nutrition, ainsi que les autres membres de l'équipe de soins de santé, en gardant constamment à l'esprit les préférences personnelles et les besoins uniques de chaque patient. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer les lignes directrices et leur utilisation doit être souple afin de les adapter aux désirs du patient et de la famille, ainsi qu'aux situations locales particulières.

Processus d'élaboration de la Ligne directrice initiale – 2000

En janvier 2000, la RNAO a réuni un groupe d'infirmières possédant une expertise en pratique et en recherche dans le domaine du déclenchement de la miction, de l'incontinence urinaire et de la constipation.

Le groupe a effectué des recherches dans les écrits spécialisés pertinents pour y trouver des examens systématiques, des lignes directrices de pratique clinique, des articles et des sites Web. Les membres ont également entrepris des recherches supplémentaires pour trouver des ouvrages non publiés, connus à l'échelle locale, et des Lignes directrices en cours d'élaboration. Le groupe a trouvé une ligne directrice sur les pratiques exemplaires sur le déclenchement de la miction chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire. Cette ligne directrice a été évaluée en utilisant un outil adapté de l'*Appraisal Instrument for*

Canadian Clinical Practice Guidelines de Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder et Moran (1997). Voici la ligne directrice que le groupe a repérée pour l'adapter et la modifier :

Lyons, S. S. et J. K. P. Pringle Specht (1999). « Prompted voiding for persons with urinary incontinence 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.

Une revue systématique des écrits spécialisés pertinents a été réalisée afin de mettre à jour les données probantes liées au déclenchement de la miction. La Ligne directrice a été élaborée au moyen d'un processus de consensus. Divers groupes de partenaires, notamment des consommateurs, des infirmières membres du personnel soignant, des médecins, des diététistes et des administrateurs de soins de santé, ont examiné la version préliminaire : la liste de ces partenaires apparaît donc au début de la présente Ligne directrice. Une fois choisi le milieu de travail propice à une mise à l'essai de six mois, par le biais d'un « appel d'offres », la formulation de cette Ligne directrice a été revue et améliorée.

Processus de révision – 2005

La RNAO s'est engagée à ce que cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers soit fondée sur les meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter cet engagement, un processus de vérification et de révision a été établi, et ce, pour toutes les Lignes directrices publiées.

Le personnel chargé de la rédaction de la ligne directrice a examiné des résumés sur le déclenchement de la miction et la continence publiés dans les bases de données importantes. Depuis la publication initiale de la Ligne directrice *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*, le groupe de rédaction s'est penché, à chaque trimestre, sur les résumés des revues systématiques, des essais cliniques aléatoires et des lignes directrices sur la pratique clinique publiées récemment. Cet examen visait à identifier les données probantes qui auraient pu avoir des répercussions sur les recommandations et qui, par conséquent, justifient une révision complète avant l'échéance de trois ans. Aucune donnée probante de cette nature n'a pu être trouvée pendant la période de surveillance continue : le groupe de rédaction a donc procédé à l'examen et à la révision de cette ligne directrice tel que prévu initialement.

En septembre 2004, la RNAO a réuni un groupe d'infirmières issues de divers lieux de pratique (notamment la pratique en établissement, la pratique communautaire et le monde universitaire) et possédant de l'expertise dans le domaine des soins de la continence. Ce groupe a été invité à prendre part, en tant que comité d'examen, à la révision de la Ligne directrice *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*, publiée initialement en janvier 2002. Ce comité comptait des membres du groupe d'élaboration initial, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

Il a été demandé aux membres du comité de réviser la Ligne directrice en se concentrant sur la valeur d'actualité des recommandations et des données probantes, tout en respectant le champ d'application initial du document. Le comité a procédé comme suit :

Planification :

- Des questions d'ordre clinique ont été posées afin de structurer la recherche documentaire.
- Pour chacune des recommandations de la Ligne directrice, des termes de recherche ont été établis d'après les commentaires formulés par le responsable du comité.
- La recherche documentaire a été confiée à un bibliothécaire en sciences de la santé.

Évaluation de la qualité :

- Un adjoint à la recherche a passé en revue les résultats de recherche afin de les inclure ou de les exclure, en se basant sur des considérations cliniques. Consultez l'*annexe A* pour obtenir une description détaillée de la méthode de recherche retenue.
- Des études et des lignes directrices conformes aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été retenues. L'adjoint à la recherche a été chargé de l'évaluation de la qualité des données et de leur extraction. Un résumé de ces résultats a été rédigé et remis aux membres du comité.

Examen par le comité :

- Les membres du comité ont passé en revue les tableaux des données obtenues, les revues systématiques et, au besoin, les études et les lignes directrices cliniques initiales.
- D'autres méthodes de recherche ont été recommandées au besoin.
- Grâce à une démarche de discussion et de consensus, des recommandations ont été retenues pour la nouvelle version de la Ligne directrice.
- L'équipe de révision a déterminé qu'il n'y avait pas de nouvelles données probantes importantes. Cependant, l'équipe a néanmoins procédé à une refonte des recommandations initiales et des discussions sur les données probantes.
- L'interprétation initiale des données probantes (de force A à C) a été modifiée pour tenir compte des niveaux de preuve (niveaux Ia à IV) qui sont actuellement en vigueur au sein de la RNAO.
- Ce document comporte des annexes supplémentaires qui peuvent servir d'outils pour accélérer la mise en place de la Ligne directrice.

Définition des termes

Consensus : Démarche de prise de décisions sur les politiques; il ne s'agit pas d'une méthode scientifique permettant de créer de nouvelles connaissances. Au mieux, le fait de chercher un consensus ne fait que tirer le meilleur parti possible des renseignements disponibles, qu'il s'agisse de données scientifiques ou de la sagesse collective des participants (Black et coll., 1999).

Déclenchement de la miction : Technique comportementale faisant appel à la stimulation verbale et physique afin d'aider les personnes à utiliser les toilettes ou un récipient approprié. Le déclenchement de la miction est une intervention de première ligne pour certains types d'incontinence urinaire (incontinences impérieuse, à l'effort, mixte et fonctionnelle).

Définition des termes multidisciplinaire et interdisciplinaire : Les mots « multidisciplinaire » et « interdisciplinaire » sont souvent employés indistinctement. Toutefois, en regardant de plus près la définition de ces mots, on constate certaines nuances subtiles. Dans sa définition du mot « *multidisciplinaire* » (*multidisciplinary*), Garner décrit la notion de « contrôleur » : où certaines autres disciplines sont invitées à faire partie d'une équipe autonome propre à une discipline spécifique qui effectue des évaluations distinctes et assure une planification et une prestation de services avec peu de coordination. Cette démarche ne donne pas lieu à une coordination des renseignements, mais à une prise de décisions autonome (Garner, 1995).

Les processus d'une équipe *interdisciplinaire* permettent de fixer des objectifs d'équipe et de mettre sur pied un programme de services de collaboration dans le cadre duquel les membres de l'équipe participent à la résolution de problèmes au-delà des limites de leur discipline (Dyer, 2003). L'American Heritage Dictionary (2000) définit le mot « multidisciplinaire » (*multidisciplinary*) en ces termes : de, relatif à ou faisant appel à plusieurs disciplines à la fois – une approche multidisciplinaire à l'enseignement; le terme « interdisciplinaire », quant à lui, a été défini comme suit : de, relatif à ou comprenant notamment au moins deux disciplines universitaires généralement considérées comme étant distinctes.

Il n'est pas nécessaire que chaque membre d'une équipe multidisciplinaire évalue chacun des clients. Toutefois, l'ensemble des connaissances, des compétences et de l'expérience cliniques des membres professionnels doit être le reflet de l'expertise multidisciplinaire nécessaire à la réalisation du programme envisagé et des objectifs du client.

Dans la présente Ligne directrice, nous préconiserons le terme « interdisciplinaire ».

Données probantes : « Une observation, un fait ou un ensemble structuré d'informations présentés pour appuyer ou justifier des inférences ou des opinions dans la démonstration d'une certaine proposition ou question en jeu ». (Madjar et Walton, 2001, p. 28).

Élimination : Processus par lequel le patient est encouragé à utiliser certains types de moyens de confinement pour l'urine et les selles. Le moyen de confinement peut être la toilette, la chaise percée, le bassin de lit ou tout autre type de récipient, mais n'inclut pas la culotte ou le caleçon. L'élimination vise à uriner et non pas à changer de sous-vêtements.

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

Essai clinique aléatoire : Pour les besoins de la présente Ligne directrice, il s'agit d'une étude dans le cadre de laquelle des conditions sont attribuées au hasard à des sujets et où au moins une des conditions est un contrôle ou une comparaison.

Famille : Toute personne définie par une autre personne comme un membre de sa famille. Les membres d'une famille peuvent être notamment des parents, des enfants, des frères ou des sœurs, des voisins ou les personnes les plus importantes.

Incontinence urinaire : Perte d'urine involontaire qui est suffisante pour constituer un problème et qui peut se présenter sous les formes suivantes :

L'incontinence impérieuse est une perte d'urine résultant de causes externes ou affectant le système urinaire, notamment la confusion mentale, l'infection, l'urétrite atrophique ou la vaginite, les médicaments, l'état psychologique, la mobilité réduite ou la rétention de matières fécales.

L'incontinence à l'effort est le passage involontaire d'urine peu après une envie urgente d'uriner.

L'incontinence de stress est une perte d'urine qui survient lorsqu'une personne tousse ou éternue, résultant en une augmentation soudaine de la pression abdominale.

L'incontinence mixte est une perte d'urine ayant les caractéristiques de l'incontinence à l'effort et de l'incontinence impérieuse.

L'incontinence fonctionnelle est une perte d'urine associée à une incapacité d'accéder à la toilette en raison d'une détérioration du fonctionnement cognitif ou fonctionnel, voire en raison d'un obstacle dans le milieu donné.

L'incontinence par regorgement est une perte d'urine involontaire liée à une surdistension de la vessie.

L'incontinence totale est une perte d'urine involontaire et imprévisible.

Lignes directrices sur la pratique clinique ou lignes directrices sur les pratiques exemplaires : Énoncés élaborés de façon systématique (fondés sur les meilleures données probantes disponibles) destinés à aider les praticiens et les clients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés dans des situations cliniques (de pratique) particulières (Field et Lohr, 1990).

Méta-analyse : Emploi de méthodes statistiques pour résumer les résultats d'études indépendantes, ce qui permet de fournir, à propos des effets des soins de santé, des estimations plus précises que les études individuelles comprises dans une analyse (Alderson, Green et Higgins, 2004).

Monitorat : Technique qui permet de faciliter la démarche d'une autre personne. Les facilitateurs jouent un rôle essentiel pour aider les personnes et les équipes à comprendre ce qu'elles doivent modifier et à déterminer comment elles doivent procéder pour mettre en application des données probantes dans le cadre de la pratique (Rycroft-Malone, Kitson, Harvey, McCormack, Seers, Titchen et coll., 2002).

Partenaire : Personne, groupe ou établissement particulièrement concerné par les décisions et les actes d'établissements et qui peut tenter d'influer sur ces décisions et ces actes (Baker et coll., 1999). Au nombre des partenaires figure l'ensemble des personnes ou des groupes qui seront directement ou indirectement touchés par un changement ou une solution à un problème. Les partenaires peuvent être de types divers. Il peut s'agir d'adversaires, de partisans ou de personnes neutres (Association pour la santé publique de l'Ontario, 1996).

Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques : Déclarations sur les conditions que doit réunir un lieu de travail pour permettre la mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Les conditions de réussite relèvent en grande partie de l'établissement, bien qu'elles puissent également avoir une incidence sur les politiques à un niveau plus étendu, au sein du gouvernement ou de la société.

Recommandations relatives à la formation : Déclarations sur les exigences didactiques, ainsi que sur les démarches et les méthodes de formation, en vue de l'inauguration, de la mise en place et du maintien durable des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique : Déclarations sur les pratiques exemplaires qui traitent de la pratique des professionnels de la santé et qui sont fondées sur des données probantes.

Revue systématique : Application d'une méthode scientifique rigoureuse à la préparation d'un article de recherche (National Health and Medical Research Council, 1998). Les revues systématiques permettent de définir les endroits où les effets des soins de santé sont uniformes. Les résultats de recherche peuvent être appliqués à l'ensemble des clientèles, des lieux de travail et des différences sur le plan du traitement (p ex : la dose). Ils permettent également de déterminer les situations dans le cadre desquelles les effets peuvent varier considérablement. Le recours à des démarches explicites et méthodiques dans les études limite les biais (erreurs systématiques) et réduit les effets du hasard, fournissant ainsi des résultats plus fiables à partir desquels des conclusions peuvent être tirées et des décisions peuvent être prises (Alderson et coll., 2004).

Soutien informel : Soutien et ressources fournis par des personnes ayant des liens avec la personne qui reçoit des soins. Peuvent notamment figurer au nombre des personnes qui fournissent un soutien informel : des membres de la famille, des amis, des membres d'une communauté spirituelle ou des voisins, etc.

Antécédents contextuels

Selon les estimations, l'**incontinence urinaire** touche plus de 1,5 million de Canadiens qui résident dans leur collectivité ou en milieux institutionnels (Fondation d'aide aux personnes incontinentes, Canada). Elle peut toucher les personnes à tous les stades de leur vie; toutefois, elle se manifeste habituellement chez des personnes âgées et plusieurs études confirment que plus de la moitié des résidents des centres d'accueil souffrent d'incontinence urinaire (Eustice, Paterson et Roe, 1999; Lyons et Pringle Specht, 1999; Ouslander, Schnelle, Uman, Fingold, Nigam, Tuico et Jensen, 1995; Schnelle, 1990). Les dispensateurs de soins pour personnes incontinentes en milieu familial soulignent que l'entretien des personnes incontinentes est pénible et que l'incontinence joue un rôle important lors de la prise de la décision de placer en institution un parent âgé de la famille. Même si l'incontinence affecte plus souvent les femmes, les hommes courent un plus grand risque de développer une incontinence urinaire (Lyons et Pringle Specht, 1999). Malgré la prévalence de ce problème et ses coût annuels anticipés de plus de 15 milliards de dollars américains, la plupart des personnes incontinentes souffrent en silence et ne cherchent pas à obtenir de l'aide. Il est présumé que l'incontinence urinaire continuera d'être un problème de santé important chez les personnes âgées et que ce problème s'accroîtra au fur et à mesure de l'augmentation de la population de personnes âgées. En tant que dispensateurs de soins de première ligne, les infirmières occupent une position idéale pour exercer une influence sur le problème de l'incontinence dans la collectivité, dans les établissements de courte durée et de longue durée, ainsi que dans les établissements de traitement des maladies chroniques. On sait qu'une intervention comportementale dite du « déclenchement de la miction » diminue le nombre d'épisodes d'incontinence quotidiens et augmente le nombre de mictions volontaires. Cette intervention peut être utilisée chez les personnes qui présentent une déficience physique ou mentale, ou encore pour déterminer la meilleure façon de combler leurs besoins. Le fait d'établir un profil de miction pour chaque personne (élimination personnalisée) plutôt qu'une élimination de routine (p. ex. : toutes les deux heures) peut mener à un taux de succès plus élevé quant à l'élimination – cette constatation étant étayée par des données probantes à haut niveau de preuve.

Cette Ligne directrice ne s'applique pas aux patients auxquels un apport liquidien restreint a été prescrit.

Recommandations relatives à la pratique

Recommandation 1.0

Obtenir les antécédents médicaux de la personne incontinente.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

L'importance de procéder à une évaluation avant de déterminer les interventions spécifiques quant à l'incontinence urinaire est continuellement soulignée dans les écrits spécialisés, bien qu'il y ait peu de consignes à ce sujet. L'évaluation devrait tout d'abord inclure le type d'incontinence urinaire (voir *Définitions* pour obtenir la liste des types d'incontinence urinaire) et tenir compte des réactions propres à chaque personne vis-à-vis de cet état (Lyons et Pringle Specht, 1999). Les conclusions de plusieurs études indiquent que la consignation complète des antécédents médicaux, ainsi que le fait d'obtenir un examen physique par un clinicien, permet de prédire le diagnostic d'incontinence urinaire avec une précision raisonnable. Dans de nombreux cas, le clinicien enverra le patient consulter les dispensateurs de soins de santé appropriés, notamment des infirmières, pour initier des interventions d'incontinence urinaire (Lyons et Pringle Specht, 1999). Zembruski (1997) ajoute que le défi de l'interprétation des données de l'évaluation exige une approche interdisciplinaire qui intègre les dispensateurs de soins de santé, le patient et les personnes soignantes, de même que les membres de la famille. Les antécédents, obtenus auprès du patient ou du dispensateur de soins de santé, doivent comprendre tant les épisodes que les symptômes de l'incontinence urinaire, en plus des renseignements sur les moyens de confinement utilisés.

L'évaluation des antécédents d'incontinence comprend des renseignements sur les éléments suivants :

- fréquence et profil de l'incontinence;
- conscience du patient vis-à-vis de l'urgence d'uriner et comportements observés au moment du besoin d'uriner;
- motivation à devenir continent;
- apport liquidien;
- fréquence des selles;
- antécédents médicaux et chirurgicaux;
- médicaments;
- capacités fonctionnelles;
- obstacles dans le milieu;
- présence d'infection des voies urinaires;
- antécédents d'infection des voies urinaires;
- identification des objectifs et de la motivation du patient.

Voir l'Annexe B pour un algorithme sur les façons de *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*.

Recommandation 2.0

Recueillir des renseignements sur :

- la quantité, le type et le moment de l'apport liquidien, en portant une attention particulière à la quantité de caféine et d'alcool ingurgitée.
- la fréquence, la nature et la consistance des selles.
- tout antécédent médical ou chirurgical qui peut avoir un lien avec le problème d'incontinence, notamment – sans toutefois s'y limiter – le diabète, les accidents cérébrovasculaires, la maladie de Parkinson, l'insuffisance cardiaque, les infections répétées des voies urinaires ou les chirurgies de la vessie subies dans le passé.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

Chez les personnes âgées, l'hydratation adéquate constitue un problème cité dans de nombreuses études; d'aucuns croient que plus une personne avance en âge, plus sa soif diminue. La soif survient normalement lorsque l'organisme subit une perte de liquide égale à 2 %. Il y a plusieurs exemples de situations qui demandent un besoin d'évaluation additionnelle en raison de problèmes de déshydratation : on croit que ces personnes sont plus susceptibles de souffrir d'infection des voies urinaires, de pneumonie, de plaies de pression, de confusion et de désorientation (Chidester et Spangler, 1997).

Lors d'un essai clinique aléatoire, Gaspar (1988) a découvert des preuves notables pour appuyer les affirmations selon lesquelles l'apport liquidien est inadéquat chez les résidents de maisons de soins infirmiers; on a également observé que les personnes ayant une plus grande capacité fonctionnelle ont un apport liquidien suffisant dans une proportion plus élevée. Les effets diurétiques et irritatifs de la caféine et de l'alcool sont également parfaitement établis dans les écrits spécialisés. Le fait d'éliminer ces effets réduira les symptômes d'urgence et de fréquence du patient et diminuera le besoin d'éliminer (Skelly, Eyles, Boblin-Cummings et Davis, 1998). La constipation a une incidence sur l'incontinence urinaire et, par conséquent, les fécalomes doivent être traités pendant la phase d'évaluation (Peet, Castleden, McGrother et Duffin, 1996). Consultez la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO intitulée *Prévention de la constipation chez les personnes âgées*.

Walters et Realini (1992), entre autres, soulignent l'importance d'une vérification complète des antécédents médicaux et chirurgicaux afin de déterminer la présence d'autres troubles médicaux (p. ex. : diabète, accident cérébrovasculaire, sclérose en plaques) qui peuvent être une cause directe de l'incontinence urinaire.

Recommandation 3.0

Passer en revue les médicaments du patient afin de déterminer ceux qui peuvent avoir des répercussions sur l'incontinence.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

Les médicaments qui sont le plus souvent cités dans les écrits spécialisés comme sources de répercussions sur l'incontinence sont les suivants :

- les diurétiques;
- les sédatifs;
- les hypnotiques;
- les anticholinergiques;
- l'amitriptyline;
- les analgésiques opioïdes.

Plusieurs études concluent que certains médicaments ont des effets secondaires qui peuvent être néfastes chez les personnes âgées. Pour les personnes qui sont aux prises avec l'incontinence, le fait de reconnaître et de réduire les effets secondaires des médicaments qui ont une incidence directe ou indirecte sur les fonctions vésicales constitue une étape importante du traitement (Lyons et Pringle Specht, 1999). Certains traitements pharmacologiques ont des propriétés anticholinergiques, notamment :

- la peau sèche;
- une vision floue;
- la nausée;
- la constipation;
- la xérostomie (bouche sèche);
- les étourdissements;
- l'hypotension orthostatique;
- la faiblesse;
- la fatigue;
- la rétention urinaire;
- l'insomnie (Lyons et Pringle Specht, 1999; McCormick, Burgio, Engel, Scheve et Leahy, 1992; Schnelle, 1990).

Il existe d'autres preuves du fait que les diurétiques augmentent l'urgence et la fréquence de la miction; de plus, les sédatifs et les hypnotiques peuvent contribuer au sentiment d'urgence de la miction (Skelly et coll., 1998).



Recommandation 4.0

Déterminer les capacités fonctionnelles et intellectuelles du patient.

(Niveau de preuve = III)

Discussion sur les données probantes

Il existe des preuves concrètes du fait que les personnes les plus à risque de développer une incontinence urinaire sont celles qui ont des troubles cognitifs et une mobilité réduite (Lyons et Pringle Specht, 1999; Ouslander et coll., 1995; Schnelle, 1990). Il est toutefois souvent mentionné que les troubles cognitifs ne devraient pas être considérés comme un obstacle au déclenchement de la miction. Lors d'une étude prospective contrôlée et exploratoire, Engberg, Sereika, McDowell, Weber et Brodak (2002) ont découvert que les personnes âgées qui sont confinées à la maison et qui souffrent de troubles cognitifs réagissent au déclenchement de la miction et que cette intervention peut être facilement adaptée dans la pratique professionnelle. La capacité du patient à aller à la toilette dépend grandement de sa capacité à prendre soin de lui-même, à comprendre et à traiter l'information, de même qu'à réagir à cet égard (Lyons et Pringle Specht, 1999).

Des outils d'aide à l'évaluation des capacités fonctionnelles et cognitives sont offerts dans le document de la RNAO intitulé *Comment reconnaître le délire, la démence et la dépression* (2003); des renseignements sur les capacités fonctionnelles peuvent être obtenus à l'Annexe M de la Ligne directrice de la RNAO intitulée *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression* (2004). Il est possible de télécharger ces deux documents à partir du site Web de la RNAO : www.rnao.org/bestpractices.

Recommandation 5.0

Définir les obstacles psychologiques et les obstacles du milieu qui limitent le succès de l'élimination.

Ces obstacles comprennent notamment :

- la proximité et la disponibilité de la toilette la plus proche;
- l'accès à une chaise percée;
- un éclairage suffisant;
- l'utilisation d'un moyen de contention;
- la perception, parmi le personnel, selon laquelle l'incontinence est une conséquence inévitable chez les personnes âgées;
- la croyance, parmi le personnel, selon laquelle il existe peu d'interventions pour favoriser la continence.

(Niveau de preuve = III)

Discussion sur les données probantes

Wyman (2003), dans un examen des écrits spécialisés sur l'incontinence urinaire, a découvert que l'attitude du personnel envers l'incontinence urinaire constitue un obstacle au traitement de celle-ci. Elle a également constaté que l'attitude du personnel était un facteur qui favorisait la continence (Northwood, 2004).

Il existe peu de recherches sur les répercussions des obstacles du milieu sur le succès de l'élimination, même si l'avis des experts vient fortement appuyer cette recommandation. Hutchinson, Leger-Krall et Skodol Wilson (1996) ont toutefois remarqué que la quantité et la dimension des salles de bain ont une influence sur la facilité d'élimination et que les patients en fauteuil roulant font face à des défis plus

importants. L'usage des moyens de contention semble avoir une influence appréciable sur la capacité d'aller à la toilette, bien que plusieurs études ne rendent aucune conclusion à ce sujet. Dans un essai clinique aléatoire, Schnelle, MacCrae, Ouslander et Sui (1995) ont noté que 63 % des résidents du centre d'accueil de l'étude étaient physiquement confinés pendant une certaine partie de la journée et que presque tous ces résidents étaient également incontinents. Schnelle et coll. (1995) ont également observé que presque tous ces résidents éprouvaient des troubles cognitifs. Deux des obstacles évidents cités dans les écrits spécialisés sont le temps et la disponibilité des infirmières et des personnes soignantes pour aider les personnes à aller à la toilette. Lyons et Pringle Specht (1999) soulignent qu'il faut davantage de temps pour aider une personne à aller à la toilette que pour changer un protège-drap trempé d'urine. La collaboration du personnel sera abordée plus loin dans les recommandations relatives à la formation, aux établissements et aux politiques.

Recommandation 6.0

Procéder à des analyses d'urine pour vérifier s'il y a infection.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

La plupart des études abordent rarement cette procédure d'évaluation. Toutefois, McCormick et coll. ont conclu qu'une évaluation de base de l'incontinence urinaire devrait comprendre des tests afin de vérifier s'il y a présence d'infection des voies urinaires. Le groupe de révision est parvenu à un consensus pour appuyer cette recommandation.

Cette procédure devrait être entreprise conformément aux politiques et aux procédures de l'établissement. En cas d'infection des voies urinaires, l'infirmière doit envoyer le patient consulter un clinicien approprié en vue d'un traitement.

Recommandation 7.0

Déterminer la façon dont le patient perçoit son incontinence urinaire et s'il peut tirer profit du déclenchement de la miction. Avant de commencer le déclenchement de la miction, définir le tableau clinique de l'incontinence du patient à l'aide d'un dossier documentant les habitudes de miction du patient pendant 3 jours.

(Niveau de preuve = III)

Discussion sur les données probantes

Lors d'une étude de cohorte visant à examiner les indices de succès parmi les patients de maisons de soins infirmiers, Ouslander et coll. (1995) ont recueilli des données qui prouvent la possibilité de déterminer, dans le cadre d'une intervention d'essai de 3 jours, les patients qui réagissent bien au déclenchement de la miction. De façon similaire, Lyons et Pringle Specht (1999) ont découvert, d'après plusieurs essais cliniques aléatoires, que le meilleur indicateur de réaction d'une personne en matière de déclenchement de la miction est sa réussite à l'essai thérapeutique de déclenchement. Lors des tentatives d'établissement du profil de la miction et de l'apport liquidien du patient, pour déterminer les chances de succès après l'intervention (Lyons et Pringle Specht, 1999), il est essentiel de disposer d'un dossier des mictions. Schnelle (1990) préconise une évaluation qui permet aux soignants de déterminer les patients qui peuvent bénéficier du traitement par déclenchement de la miction. Consultez l'Annexe C pour déterminer quelles personnes peuvent bénéficier du déclenchement de la miction.

Description de l'intervention sur le déclenchement de la miction

Le déclenchement de la miction est une intervention comportementale utilisée pour le traitement de l'incontinence urinaire (Lyons et Pringle Specht, 1999). Voici d'autres exemples de réactions comportementales à l'incontinence urinaire :

- L'utilisation d'un produit pour l'incontinence afin de prélever et d'accumuler l'urine jusqu'au moment où il est possible d'en disposer de façon convenable.
- L'évacuation de la vessie avant qu'il n'y ait perte d'urine.

Le déclenchement de la miction diffère des exemples ci-dessus, en ce sens que c'est la réaction de la personne soignante, au lieu de celle de la personne incontinente, qui est modifiée. Plutôt que de se fier à un produit ou un vêtement pour l'incontinence, le dispensateur de soins de santé interviendra avant que la miction non désirée ne survienne. Un horaire personnalisé de déclenchement de la miction est établi au moyen d'un dossier des mictions d'une durée de trois jours basé sur le profil des mictions normales ou de l'incontinence de la personne. Le déclenchement de la miction est utilisé dans le traitement de l'incontinence urinaire chez les personnes qui souffrent de déficiences physiques et cognitives et qui ont besoin de rappels ponctuels de la part des personnes soignantes pour aller à la toilette. Cette intervention a été accomplie avec succès en ce qui concerne le traitement de l'incontinence urinaire parmi les patients d'établissements de soins de courte durée, d'établissements de longue durée, ainsi qu'à domicile (Lyons et Pringle Specht, 1999). Chaque fois qu'un déclenchement de la miction commence, le dispensateur de soins de santé adopte l'un des trois principaux comportements suivants :

Surveiller : Ce comportement nécessite l'interrogation la personne incontinente à intervalle régulier pour savoir si elle a besoin d'aller à la toilette. Le dispensateur de soins de santé peut vérifier si le patient présente un comportement indiquant qu'il a besoin d'aller à la toilette (p. ex. : s'il est nerveux, s'il est agité, s'il essaie de se dévêtir) et l'amener à la toilette à intervalles réguliers et précis de son horaire, plutôt que de façon routinière, c'est-à-dire aux deux heures.

Inciter : Ce procédé comprend le fait d'encourager la personne à utiliser la toilette à intervalles réguliers, ainsi que de l'encourager à maintenir le contrôle de sa vessie entre les séances de déclenchement de la miction.

Féliciter : Cette étape importante constitue un renforcement positif du fait d'être au sec et de l'élimination appropriée. C'est la réaction du soignant à la réussite de la personne qui a contrôlé sa vessie.

Adapté de Lyons et Pringle Specht, 1999. Voir l'Annexe C pour la suggestion de techniques de communication concernant le déclenchement de la miction.

Recommandation 8.0

Vérifier que les problèmes de constipation ou de fécalomes ont été réglés.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

Tel que précisé ci-dessus, les études soulignent qu'il est important de s'assurer, pendant la période d'évaluation, que tout fécalome est traité, le cas échéant (McCormick et coll., 1992; Peet et coll., 1996). Le fait de prévenir et de soulager la constipation est considéré comme une intervention décisive pour la prévention et la prise en charge de l'incontinence urinaire. Pour cette raison, il est conseillé d'utiliser la présente Ligne directrice de concert avec la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO intitulée *Prévention de la constipation chez les personnes âgées* (2005).

Recommandation 9.0

S'assurer qu'il y a un apport liquidien suffisant (1 500 à 2 000 ml par jour) et diminuer la consommation de caféine et de boissons alcoolisées dans la mesure du possible.

(Niveau de preuve = III)

Discussion sur les données probantes

Les écrits spécialisés appuient les affirmations selon lesquelles la consommation d'eau par les résidents de centre d'accueil est inadéquate (Gaspar, 1988). Sansevero (1997), quant à lui, arrive à la conclusion que les conséquences de la déshydratation ont manifestement des répercussions sur la cognition, la déficience et la perte d'autonomie. L'hydratation appropriée chez les personnes âgées est une préoccupation souvent exprimée par les soignants, mais souvent négligée dans la pratique professionnelle des infirmières. Il existe certaines données probantes, bien que non concluantes, sur le fait que les infirmières sont plus susceptibles de débiter des interventions sur l'apport liquidien chez les patients qui dépendent de soins, que chez ceux qui sont moins dépendants (Chidester et Spangler, 1997; Zembrzuski, 1997).

Recommandation 10.0

Établir un horaire personnalisé de déclenchement de la miction en fonction des besoins d'élimination du patient et selon les faits établis dans le dossier documentant les habitudes de miction du patient pendant 3 jours.

(Niveau de preuve = Ia)

Discussion sur les données probantes

Le fait d'établir un profil personnalisé de miction peut entraîner un taux plus élevé de continence chez les patients, tout en réduisant le temps qui doit être passé à la toilette, notamment le temps du soignant (Lyons et Pringle Specht, 1999). Il existe des preuves convaincantes indiquant que le déclenchement de la miction diminue la fréquence de l'incontinence chez les personnes qui peuvent débiter une miction lorsqu'elle est déclenchée (Eustice, Roe et Paterson, 2004; Holroyd-Leduc et Strauss, 2004; Schnelle, 1990). Voir l'Annexe C pour déterminer à qui peut profiter cette intervention.

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

Les écrits spécialisés semblent également indiquer que même si le déclenchement de la miction ne nécessite pas d'équipement coûteux à mettre en place, la disponibilité régulière d'un soignant ou d'un membre du personnel afin de fournir le signal incitatif est un facteur de réussite en ce qui a trait au déclenchement de la miction (Lyons et Pringle Specht, 1999). Plusieurs études arrivent à la conclusion que le déclenchement de la miction est facile à apprendre, mais requiert une motivation personnelle et l'application constante du protocole (Lyons et Pringle Specht, 1999, McCormick et coll., 1992, Schnelle, Traugher, Sowell, Newman, Petrill et Ory, 1989).

Recommandation 11.0

Entreprendre, au moins 3 semaines et au plus 8 semaines après l'instauration de l'horaire, un dossier documentant les habitudes de miction du patient pendant 3 jours.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

Il y a certaines données probantes qui indiquent que les personnes qui sont incapables de maintenir leur continence urinaire avec un horaire de soins de toilette, au moins aux deux heures, après un essai complet (4 à 7 semaines) de déclenchement de la miction, ne sont pas susceptibles de réagir. Si un patient a besoin d'aller à la toilette plus souvent qu'aux deux heures, les infirmières sont avisées de ne pas poursuivre le déclenchement de la miction (Lyons et Pringle Specht, 1999).

Voir l'Annexe D pour un exemple de dossier des mictions.

Recommandations relatives à la formation

Recommandation 12.0

Mettre en place un programme de formation sur la façon de favoriser la continence par le déclenchement de la miction. Ce programme devrait être structuré, organisé et orienté à tous les niveaux de prestation des soins : les dispensateur de soins de santé, les clients, les membres de leur famille et leurs soignants. Ce programme de formation devrait comprendre une infirmière désignée qui travaille dans le domaine des soins de la continence (p. ex. : infirmière-conseil en continence, infirmière clinicienne ou infirmière clinicienne spécialisée) et qui sera responsable de la mise en place du programme de formation. Il devrait être mis à jour de façon régulière afin d'inclure tout renseignement nouveau.

Le programme devrait inclure les renseignements sur les points suivants :

- les mythes liés à l'incontinence et au vieillissement;
- les définitions de continence et d'incontinence;
- l'évaluation de la continence;
- le déclenchement de la miction;
- l'élimination adaptée à chaque patient;
- les répercussions des troubles cognitifs sur la capacité à être continent et les méthodes pour faire face aux comportements agressifs;
- les liens entre l'hygiène intestinale et le bon fonctionnement de la vessie;
- l'utilisation d'un dossier des mictions, jointe à une élimination adaptée à chaque patient.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

Diverses études ont été menées sur la formation des infirmières et sur le savoir en matière de personnes incontinentes (Cheater, 1992, Palmer, 1995). Ces deux études concluent que le savoir sur l'incontinence est insuffisant. Palmer (1995) affirme l'importance d'élaborer un programme de formation sur la continence pour favoriser la pratique infirmière et la qualité des soins aux incontinents. De tels programmes devraient comprendre des normes sur les soins de continence, les compétences d'évaluation du personnel et le point de vue de ces derniers sur la formation liée à la continence et à l'incontinence dans tous les programmes de formation tel que suggéré par Peel et coll. (1996). D'autres études montrent l'importance de la formation pour les attitudes vis-à-vis des mythes sur l'incontinence et sur le vieillissement, pour les définitions de la continence et de l'incontinence, ainsi que pour les méthodes de gestion des comportements agressifs lorsque la continence est favorisée (Northwood, 2004; Sui, Schindel Martin, Skelly et Northwood, 2001). Lyons et Pringle Specht (1999) soulignent que la gestion du personnel est un facteur important dans la réussite du déclenchement de la miction. Les obstacles perçus par le personnel sont les suivants :

- supervision et appui du personnel inadéquats;
- techniques de surveillance insuffisantes;
- nombre inadéquat d'employés;
- omission de sélectionner les patients les plus susceptibles de profiter du déclenchement de la miction;
- omission de remplir des réévaluations régulièrement concernant les patients utilisant le déclenchement de la miction;
- formation initiale inadéquate;
- absence de formation continue sur le programme.

Recommandation 13.0

Les infirmières devraient être au courant des ressources communautaires sur la formation professionnelle, l'orientation et l'aide continue.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

Le groupe de la RNAO est d'avis que les infirmières doivent connaître les ressources communautaires qui sont offertes et tenir leurs connaissances à jour afin d'aider les patients.

Voir l'Annexe E pour la liste des ressources communautaires et les sites Web utiles.

Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques

Recommandation 14.0

La mise en place réussie du déclenchement de la miction nécessite :

- un soutien administratif;
- des possibilités de perfectionnement et de formation;
- la participation active du personnel clinique indispensable;
- la mise en place graduelle de l'horaire du déclenchement de la miction;
- la collecte de données de base sur les patients, les ressources et les connaissances existantes;
- l'interprétation de ces données et l'identification des problèmes;
- l'élaboration et la mise en place de stratégies;
- un suivi du programme.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

Le groupe de la RNAO appuie la théorie selon laquelle pour réussir la mise en place de cette Ligne directrice, il est préférable de procéder graduellement et il recommande de choisir seulement un ou deux patients à la fois pour y participer. Le groupe recommande également de choisir un patient ayant une bonne compréhension, capable de coopérer et intéressé à régler son problème d'incontinence.

Recommandation 15.0

Les établissements sont invités à adopter une approche d'équipe interdisciplinaire centrée sur les besoins des personnes incontinentes.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

Une approche de soins interdisciplinaires de l'incontinence est requise pour prendre en charge ces problèmes de santé. Les membres de l'équipe sont : des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des pharmaciens cliniques, des diététistes professionnelles, des soignants non réglementés, des travailleurs sociaux, des médecins traitants et des spécialistes. Comme certains rôles se recoupent, il est important que toute l'équipe collabore afin d'aider chaque patient à maintenir le plus haut taux de continence possible, tout en favorisant l'indépendance et l'estime de soi.

Le physiothérapeute évalue la mobilité, les transferts, l'équilibre et la force. L'ergothérapeute évalue le milieu physique et social, y compris la capacité du patient à accomplir ses activités quotidiennes, comme l'habillement et l'élimination. Le pharmacien clinique apportera son assistance pour ce qui est de la révision des médicaments afin de déterminer ceux qui peuvent contribuer à l'incontinence. Le diététiste donnera des conseils concernant les modifications alimentaires quant à l'apport liquidien, la consommation de caféine et les portions de fibres alimentaires. Le travailleur social peut se pencher sur les aspects émotionnels de l'incontinence, qui comprennent notamment l'assistance à la planification financière pour les fournitures et services.

Les soignants non réglementés apportent leur aide quant à l'élimination et l'hygiène et pour ce qui est de surmonter les difficultés liées à l'incontinence. Ils sont souvent les premiers à noter qu'il y a un problème d'incontinence. Les infirmières autorisées peuvent procéder aux premières évaluations et élaborer les plans de traitement de comportement. Les infirmières-conseil en continence peuvent faire une évaluation globale de la compréhension et procéder également à l'évaluation des plans de traitement. Les médecins traitants peuvent se référer à n'importe quel des professionnels de la santé ci-dessus pour obtenir de l'aide pour le traitement de l'incontinence. Ils doivent être informés de l'état du traitement conservateur après avoir envoyé le patient en consultation. Une fois l'évaluation terminée, les patients peuvent nécessiter une évaluation plus poussée de même qu'un traitement médical ou chirurgical par des spécialistes tels qu'un urologue ou un gynécologue. La communication entre les professionnels de la santé est primordiale afin de déceler et de traiter ces problèmes de santé.

Recommandation 16.0

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 adéquat au niveau de l'établissement et de l'administration, ainsi que d'un monitorat approprié du processus de changement dispensé par des personnes compétentes. La mise en place de cette ligne directrice doit tenir compte des situations locales et la ligne directrice doit être diffusée dans le cadre d'un programme dynamique de formation et de perfectionnement. À cet égard, la RNAO 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 de la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*.

(Niveau de preuve = IV)

Discussion sur les données probantes

La RNAO (par l'entremise d'un groupe d'étude composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* (RNAO, 2002), fondée sur les données probantes disponibles, les perspectives théoriques et un consensus. La *Trousse* est recommandée en tant qu'outil d'orientation pour la mise en place de la Ligne directrice de la RNAO intitulée *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*. La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige l'utilisation d'un processus de planification structuré et systématique et d'un leadership poussé de la part des infirmières qui peuvent transformer les recommandations fondées sur les données probantes en politiques et en procédures qui influent sur la pratique au sein de l'établissement. Ce cadre conceptuel est appuyé par *Rycroft-Malone et coll.* (2002) qui ont suggéré que la mise en place réussie des données probantes dans la pratique nécessite l'action réciproque de trois éléments déterminants : (1) les données probantes, (2) le milieu et (3) le monitorat.

La *Trousse* de la RNAO (2002) fournit un modèle structuré pour la mise en place de changements dans la pratique. Pour une description de la *Trousse*, consultez l'Annexe F.

Lacunes dans la recherche et implications pour l'avenir

Le **groupe de révision**, lors de la révision des données probantes concernant la mise à jour de cette Ligne directrice, a décelé plusieurs lacunes dans la recherche liée au déclenchement de la miction. Compte tenu de ces lacunes, le groupe a défini les domaines de recherches prioritaires suivants :

- le soutien nécessaire à la mise en place réussie du déclenchement de la miction;
- le rôle de l'équipe des soins de santé liés à la continence;
- l'effet de l'incontinence sur la qualité de vie de la personne âgée;
- le besoin de raffiner les outils d'évaluation du déclenchement de la miction sur une base quotidienne.

Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, cette liste vise à identifier la quantité énorme de travail de recherche qui est nécessaire dans ce domaine et à y définir des priorités. Certaines recommandations de la présente Ligne directrice sont fondées sur des éléments de preuve issus de travaux de recherche expérimentale. D'autres recommandations sont fondées sur des consensus ou des avis d'experts. Des travaux de recherche fondamentale sont nécessaires pour que les avis d'experts puissent être validés. L'intensification de la recherche peut avoir, sur les connaissances, une incidence qui mènera à une amélioration des pratiques et des résultats chez les patients aux prises avec l'incontinence urinaire.

Évaluation et surveillance de la Ligne directrice

On recommande aux établissements qui mettent en place les recommandations de la présente Ligne directrice de prendre en considération la façon dont la mise en place et ses répercussions seront surveillées et évaluées. Le tableau suivant, établi selon un résumé du cadre de travail de la publication de la RNAO intitulée *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* (2002), illustre certains indicateurs de surveillance et d'évaluation.

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Objectifs	<p>Évaluer les appuis dont dispose l'établissement pour permettre aux infirmières de mettre en place des interventions sur le déclenchement de la miction.</p> <p>Évaluer les appuis dont dispose l'établissement pour permettre aux infirmières de mettre en place la Ligne directrice.</p>	Évaluer les changements de pratique qui mènent à la mise en place des interventions sur le déclenchement de la miction.	Évaluer les répercussions de la mise en place de cette Ligne directrice.
Établissement, service	<p>Présence de politiques et de procédures appropriées</p> <p>Nombre et type de séances de formation.</p> <p>Disponibilité des ressources de formation pour patient qui sont conformes aux recommandations sur les pratiques exemplaires.</p> <p>Identification et octroi de fonds et de personnel appropriés pour appuyer la mise en place et le maintien du changement de pratique.</p> <p>Investissement continu dans la formation du personnel pour promouvoir des soins améliorés et de haute qualité pour les personnes âgées souffrant d'incontinence.</p>	<p>Modification des politiques ou des procédures conformément aux recommandations sur les pratiques exemplaires.</p> <p>Élaboration de formulaires ou de systèmes documentaires favorisant la documentation des évaluations cliniques sur la continence et des procédures concrètes et pouvant servir aux infirmières lorsqu'elles conseillent des examens supplémentaires lors des évaluations.</p> <p>Taux de participation aux séances de perfectionnement et aux comités.</p>	<p>Les politiques et les procédures liées à l'utilisation des interventions sur le déclenchement de la miction sont conformes à la Ligne directrice.</p> <p>Le programme d'orientation inclut le contenu lié à la gestion de la continence.</p> <p>Possibilité de consultations internes et externes. Satisfaction du personnel sur le processus ou le soutien apporté.</p>

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Établissement, service	<p>Affectation de personnes-ressources accessibles que les infirmières pourront consulter de manière continue après la période initiale de mise en place.</p> <p>Disponibilité des formulaires destinés à favoriser la documentation sur l'évaluation initiale, l'intervention et l'évaluation des interventions en soins infirmiers liés au déclenchement de la miction.</p>		
Infirmière	<p>Pourcentage des infirmières à temps plein, à temps partiel et à emploi occasionnel assistant aux sessions de formation de la Ligne directrice sur le déclenchement de la miction.</p>	<p>Auto-évaluation des connaissances des infirmières sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les facteurs de risques de l'incontinence urinaire; ■ l'évaluation de la continence; ■ le déclenchement de la miction; ■ l'élimination adaptée à chaque patient; ■ les répercussions des troubles cognitifs sur la capacité à être continent; ■ les liens entre l'hygiène intestinale et le bon fonctionnement de la vessie; ■ l'utilisation du dossier des mictions combiné à l'élimination adaptée à chaque patient. <p>Pourcentage des infirmières qui signalent d'elles-mêmes qu'elles ont des connaissances adéquates sur les méthodes de gestion de l'incontinence et les possibilités de consultation supplémentaire qui sont offertes au patient nécessitant un examen plus poussé.</p> <p>Documents appropriés sur les interventions en soins infirmiers et sur la réaction des patients.</p> <p>Taux d'enseignement pour les patients admissibles.</p> <p>Sensibilisation et adhésion aux politiques et aux procédures appropriées.</p>	<p>Éléments de preuve d'une documentation dans le dossier du patient, conformément aux recommandations de la Ligne directrice :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) évaluation de la continence b) dossier de la miction c) plans de soins <p>Avoir un plan de continence actuel et en place pour tous les patients incontinents.</p> <p>Éléments de preuve du dépistage des risques élevés et évaluation détaillée de la capacité de continence conformément aux pratiques exemplaires.</p> <p>Modification des connaissances des infirmières sur le déclenchement de la miction.</p> <p>Modification de l'attitude et des croyances des infirmières sur leur rôle en matière de soins de continence.</p> <p>Proportion d'infirmières engagées dans l'enseignement au patient.</p>

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Patient/famille	Pourcentage de patients de chaque stade d'incontinence urinaire.	Pourcentage de patients ou de familles qui ont suivi des séances de formation et un soutien sur la gestion de la continence.	<p>Réduction de rupture de la peau liée à l'incontinence.</p> <p>Réduction du nombre de patients diagnostiqués comme ayant un problème de continence avec ou sans plan de soins établi.</p> <p>Amélioration de la qualité de vie des patients.</p> <p>Diminution et gravité de l'infection des voies urinaires.</p> <p>Réduction du nombre d'épisodes d'incontinence par jour et augmentation correspondante du nombre de mictions volontaires.</p> <p>Satisfaction accrue du patient recevant les soins.</p>
Coûts	Prestation de ressources financières et humaines pour la mise en place de la Ligne directrice.	<p>Coûts liés à la mise en place de la Ligne directrice :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ formation et accès à un soutien sur les lieux de travail; ■ nouveaux outils de documentation; ■ systèmes de soutien; ■ coûts de l'évaluation. <p>Coûts de la participation au suivi et à la formation continue (directs et indirects).</p>	<p>Utilisation globale des ressources.</p> <p>Réduction des sommes consacrées à l'achat de produits de continence. Coût du matériel de formation des patients (conception, production, acquisition).</p> <p>Coûts de formation initiale et du soutien continu.</p> <p>Coûts des pratiques de surveillance.</p>

Méthodes de mise en place

La RNAO et le groupe d'élaboration de la Ligne directrice ont dressé une liste de méthodes de mise en place pour venir en aide aux établissements ou aux disciplines de la santé qui désirent mettre en place la présente Ligne directrice. Voici un résumé de ces méthodes :

- Disposer d'au moins une personne qui se consacre exclusivement à cette tâche, par exemple une infirmière de ressources cliniques qui offrira un soutien, une expertise clinique et un leadership. Cette personne doit également avoir d'excellentes compétences en relations personnelles, en monitorat et en gestion de projets.
- Procéder à une évaluation des besoins organisationnels sur la façon de favoriser la continence par le déclenchement de la miction afin d'identifier les connaissances actuelles de base et les besoins supplémentaires en formation.
- L'évaluation initiale des besoins peut comprendre une démarche d'analyse, un sondage et un questionnaire, des démarches de groupe (par ex. : groupes de réflexion) et une analyse des cas typiques.
- Mettre sur pied un comité directeur incluant les principaux partenaires et des membres de l'équipe interdisciplinaire qui ont pris l'engagement de diriger les initiatives de changement. Identifier les objectifs à courte échéance et à longue échéance. Tenir un plan des travaux pour permettre un suivi des activités, des responsabilités et des échéances.
- Créer une vision pour contribuer à l'orientation des efforts de changement et élaborer des méthodes pour réaliser et entretenir cette vision.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- La conception du programme devrait comprendre les éléments suivants :
 - Population cible;
 - Buts et objectifs;
 - Mesures des résultats;
 - Ressources nécessaires (ressources humaines, établissements, équipement);
 - Activités d'évaluation.
- Fournir des séances de formation et de soutien continu pour la mise en place, ainsi qu'une séance de formation de base d'une durée de 2 à 3 h 30 qui passe en revue le problème de l'incontinence et le rôle du déclenchement de la miction. Le contenu devrait s'inspirer des recommandations contenues dans cette Ligne directrice. Les séances de formation peuvent être constituées de présentations, d'un guide de l'animateur, de documents de cours et d'études de cas.
- Des cartables, des affiches et des fiches peuvent être utilisés comme aide-mémoire permanents pour la formation. Planifier des séances de formation qui sont interactives, qui comprennent des activités de résolution de problèmes, qui tiennent compte des problématiques d'intérêt immédiat et qui offrent des occasions de mettre en pratique les nouvelles compétences acquises (Davies et Edwards, 2004).
- Offrir un soutien organisationnel, notamment le fait d'instaurer préalablement les structures afin de faciliter leur mise en place. Par exemple : le fait d'embaucher du personnel de remplacement afin que l'attention des participants ne soit pas détournée par des inquiétudes sur le travail; le fait d'adopter, par le biais de politiques et de procédures, une philosophie organisationnelle qui tienne compte des valeurs des pratiques exemplaires. Élaborer de nouveaux outils d'évaluation et de documentation (Davies et Edwards, 2004).
- Mettre en place cette Ligne directrice pour un ou deux patients à la fois.
- Identifier et appuyer des champions des pratiques exemplaires au sein de chaque service afin de promouvoir et d'appuyer la mise en place. Célébrer les accomplissements et les réalisations, tout en soulignant le travail bien fait (Davies et Edwards, 2004).
- Les établissements qui mettent en place la présente Ligne directrice doivent également adopter une série de méthodes d'auto-apprentissage, d'apprentissage en groupe, de mentorat et de renforcement qui, avec le temps, alimenteront les connaissances et la confiance en soi des infirmières vis-à-vis de la mise en place de cette Ligne directrice.
- Le travail d'équipe, l'évaluation de la collaboration et la planification des traitements avec le patient, sa famille et l'équipe interdisciplinaire sont des éléments qui profitent au succès de la mise en place de la Ligne directrice. Il est important de connaître les programmes et d'exploiter les ressources disponibles dans la communauté. Un des exemples serait d'avoir des liens et d'établir des partenariats avec des programmes de gériatrie locaux pour assurer le processus de suivi dans la communauté.
- Le programme des Bourses de recherche en pratique clinique avancée de la RNAO est une autre source à laquelle les infirmières autorisées de l'Ontario peuvent avoir recours afin d'obtenir une bourse qui leur donnera l'occasion de travailler avec un mentor qui possède de l'expérience en continence. Grâce à ce programme, les infirmières boursières auront également l'occasion d'en apprendre davantage sur les nouvelles ressources.

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

En plus des méthodes indiquées ci-dessus, la RNAO a élaboré des ressources qui sont disponibles sur leur site Web. La trousse sur la mise en place des lignes directrices peut être utile si elle est utilisée d'une manière appropriée. Une description succincte de cette Trousse est offerte à l'Annexe F. La version complète de ce document est également offerte en format PDF sur le site Web de la RNAO : www.rnao.org/bestpractices.

Processus de mise à jour et de révision de la Ligne directrice

La RNAO propose de mettre à jour la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers en procédant comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision) tous les trois ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans qui sépare l'élaboration de la révision, le personnel affecté au Programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO effectuera une surveillance régulière des travaux pertinents dans les écrits spécialisés sur ce sujet.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel affecté au programme peut recommander de devancer la date de la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine apporteront leur expertise dans la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel affecté au Programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision comme suit :
 - a. Invitation de spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe original, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
 - b. Compilation des commentaires reçus, des questions rencontrées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des sites de mise en place.
 - c. Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique dans le domaine, des nouvelles revues systématiques, des nouvelles méta-analyses, des nouveaux examens techniques et des nouveaux essais cliniques aléatoires, ainsi que d'autres éléments pertinents des écrits spécialisés.
 - d. Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.

La nouvelle version de la Ligne directrice sera diffusée selon les structures et les processus établis.

Références

- Alderson, P., Green, S., et Higgins, J. (Éditeurs) (2004). *Cochrane Reviewer's Handbook 4.2.2* (mis à jour déc. 2003). [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : <http://www.cochrane.org/resources/handbook>
- American Heritage (2000). *American heritage dictionary of the English language*. Bartleby.com [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : www.bartleby.com
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des 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 (2003). *Comment reconnaître le délire, la démence et la dépression*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). *Prévention de la constipation chez les personnes âgées*. (Version révisée). Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C. et Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation : Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., et Marteau, T. (1999). Consensus development methods : Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research et Policy*, 4 (4), 236-248.
- Cheater, F. M. (1992). Nurses' educational preparation and knowledge concerning continence promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (3), 328-338.
- Chidester, C. J. et Spangler, A. A. (1997). Fluid intake in the institutionalized elderly. *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (1), 23-30.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G. et Moran, S. (1997). Appraisal instrument for clinical practice guidelines. St. George's Hospital Medical School, England [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : <http://www.sghms.ac.uk/phs/hceu>
- Davies, B. et Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Dyer, J. A. (2003). Multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary education models and nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 24 (4), 186-188.
- Engberg, S., Sereika, S. M., McDowell, J., Weber, E., et Brodak, I. (2002). Effectiveness of prompted voiding in treating urinary incontinence in cognitively impaired homebound older adults. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 29 (5), 252-65.
- Eustice, S., Paterson, J. et Roe, B. (1999). Prompted voiding for urinary incontinence in adults (Protocol). *The Cochrane Library*, (4), 1-5. [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002113.htm>
- Eustice, S., Roe, B. et Paterson, J. (2004). Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. (Cochrane Review). Tiré de *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford : Update Software Ltd.
- Field, M. J. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice : Directions for a new program*. Washington, D.C. : Institute of Medicine, National Academy Press.
- Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) (1998). *Fini les tabous sur l'incontinence : Compte rendu du colloque – les 27 et 28 mars 1998, Toronto (Ontario)*. [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : www.continence-fdn.ca
- Garner, J. G. (1995). *Teamwork models and experience in education*. Boston : Allyn and Bacon.
- Gaspar, M.P. (1988). What determines how much patients drink? *Geriatric Nursing*, 9 (4), 221-224.
- Holroyd-Leduc, J. M. et Strauss, S. E. (2004). Management of urinary incontinence in women : Scientific review. *JAMA : Journal of the American Medical Association*, 291(8), 986-995.
- Hutchinson, S., Leger-Krall, S., et Skodol Wilson, H. (1996). Toileting : A biobehavioral challenge in Alzheimer's dementia care. *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (10), 18-27.
- Lyons, S. S. et Pringle Specht, J. K. P. (1999). *Prompted voiding for persons with urinary incontinence 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 Centre, Research Translation and Dissemination Core*.

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

- Madjar, I. et Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence. Tiré de J. M. Morse, J. M. Swanson, et A. J. Kuzel (Éditeurs), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp.28-45). Thousand Oaks, Sage.
- McCormick, A. K., Burgio, D. L., Engel, T. B., Scheve, A. et Leahy, E. (1992). Urinary incontinence : An augmented prompted void approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (3), 3-9.
- National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp30.pdf
- Northwood, M. (2004). Nurses experiences' caring for persons with incontinence. Unpublished masters' thesis, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.
- Ontario Public Health Association (OPHA) (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Canada : gouvernement de l'Ontario.
- Ouslander, J. G., Schnelle, F. J., Uman, G., Fingold, S., Nigam, G. J., Tuico, E. et Jensen, B.B. (1995). Predictors of successful Déclenchement de la miction among incontinent nursing home residents. *Journal of the American Medical Association*, 273 (17), 1366-1370.
- Palmer, M. H. (1995). Nurses' knowledge and beliefs about continence interventions in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1065-1072.
- Peet, M. S., Castleden, M. C., McGrother, W. C. et Duffin, M. H. (1996). The management of urinary incontinence in residential and nursing homes for older people. *Age and Ageing*, 25 (2), 139-143.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2004). *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., et coll., (2002). Ingredients for change : Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety Health Care*, 11 (2), 174-180.
- Salsbury Lyons, S. et Pringle Specht, J. K. (2001). Evidence-based protocol : Prompted voiding for persons with urinary incontinence. 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.
- Sansevero, C. A. (1997). Dehydration in the elderly : Strategies for prevention and management. *The Nurse Practitioner*, 22 (4), 41-72.
- Schnelle, J. F., Traugher, B., Sowell, A. V., Newman, R. D., Petrill, O. C. et Ory, M. (1989). Prompted voiding treatment of urinary incontinence in nursing home patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37 (11), 1052-1057.
- Schnelle, J. F. (1990). Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38 (3), 356-360.
- Schnelle, J. F., MacCrae, G. P., Ouslander, G. J., et Sui, L. A. (1995). Functional incidental training, mobility performance, and incontinence care with nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43 (12), 1356-1363.
- Skelly, J., Eyles., Boblin-Cummings, S. et Davis, H. (1998). *Promoting continence care in Canada*. Custom Courseware, McMaster University, Hamilton.
- Sui, H., Schindel Martin, L., Skelly, J., et Northwood, M. (2001). Caring for incontinent residents. *Long Term Care*, 11 (4), 7-12.
- Walters, D. M. et Realini, P. J. (1992). The evaluation and treatment of urinary incontinence in women : A primary care approach. *Journal of the American Board of Family Practice*, 5 (3), 289-301.
- Wyman, J. F. (2003). Treatment of urinary incontinence in men and older women : The evidence shows the efficacy of a variety of techniques. *American Journal of Nursing*, (Suppl), 26-31, 33-5, 54-6.
- Zembrzuski, D.C. (1997). A three-dimensional approach to hydration of elders : Administration, clinical staff, and in-service education. *Geriatric Nursing*, 18 (1), 20-26.

Bibliographie

- Borrie, M. J. et Valiquette, L. (2002). Managing adults with urinary incontinence. Clinical practice guidelines. *Canadian Family Physician*, 48, 114-116.
- Collette, C., Leclerc, G., et Tu, L. M. (2003). Research leadership. Effectiveness of a geriatric urinary incontinence educational program for nursing staff. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16 (4), 99-109.
- Connell, R. B. et Wolf, L. S. (1997). Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 78, 179-186.
- Cooper, G. et Watt, E. (2003). An exploration of acute care nurses' approach to assessment and management of people with urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 30 (6), 305-13.
- Criner, J. A. (2001). Urinary incontinence in a vulnerable population : Older women. *Seminars in Perioperative Nursing*, 10, 33-37.
- Dalosso, H. M., McGrother, C. W., Matthews, R. J., Donaldson, M. M., Leicestershire, M. R. C. et Incontinence Study Group. (2003). The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence : A longitudinal study in women. *British Journal of Urology International*, 92, 69-77.
- Dougherty, M. C., Dwyer, J. W., Pendergast, J. F., et Boyington, A. R., Tomlinson, B. U., Coward, R. T. et coll. (2002). A randomized trial of behavioral management for continence with older rural women. *Research in Nursing et Health*, 25 (1), 3-13.
- Doughty, D. B. (2003). Promoting continence : Simple strategies with major impact. *Ostomy Wound Management*, 49, 46-52.
- Emery, S., Hunskar, S., et Jeyaseelan, S. (1999). Electrical stimulation for urinary incontinence in women (Protocol). *The Cochrane Library*, (4), 1-5. [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002113.htm>
- Frantz, R. A., Xakellis Jr., G. C., Harvey, P. C., et Lewis, A. R. (2003). Implementing an incontinence management protocol in long-term care : Clinical outcomes and costs. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (8), 46-53.
- Frazer, M., Lose, G., Kozman, E., Boos, K., et Tincello, D. (1999). Mechanical devices for urinary incontinence in adult women [Protocol]. *The Cochrane Library* (4), 1-6.
- Glenn, J. (2003). Restorative nursing bladder training program : Recommending a strategy. *Rehabilitation Nursing*, 28 (1), 15-22.
- Gnanadesigan, N., Saliba, D., Roth, C. P., Solomon, D. H., Chang, J. T., Schnelle, J. et coll. (2004). The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. *Journal of the American Medical Directors Association.*, 5, 141-146.
- Gray, M. et Krissovic, M. (2003). Evidence-based report card from the Center for Clinical Investigation. Does fluid intake influence the risk for urinary incontinence, urinary tract infection, and bladder cancer? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 30 (3), 126-31.
- Hodgkinson, B., Evans, D., et Wood, J. (2003). Maintaining oral hydration in older adults : A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 9(Suppl 3), S19-28.
- Jirovec, M. M. et Templin, T. (2001). Predicting success using individualized scheduled toileting for memory-impaired elders at home. *Research in Nursing et Health*, 24 (1), 1-8.
- Johnson II, T. M., Ouslander, J. G., Uman, G. C., et Schnelle, J. F. (2001). Urinary incontinence treatment preferences in long-term care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (6), 710-718.
- Mason, M. et Tully, S. (2002). Urinary incontinence in the older acute care population : Effects of knowledge, attitudes and beliefs of nurses on continence management. *Perspectives*, 26, 4-9.
- Minassian, V. A., Drutz, H. P., et Al Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynaecology et Obstetrics*, 82, 327-338.
- Moore, K. H., O'Sullivan, R. J., Simons, A., Prashar, S., Anderson, P. et Louey, M. (2003). Randomised controlled trial of nurse continence advisor therapy compared with standard urogynaecology regimen for conservative incontinence treatment : Efficacy, costs and two year follow up. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110 (7), 649-57.
- Moore, K. N., Saltmarche, B. et Query, A. (2003). Urinary incontinence. Non-surgical management by family physicians. *Canadian Family Physician*, 49, 602-610.

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

- Mueller, C. et Cain, H. (2002). Comprehensive management of urinary incontinence through quality improvement efforts. *Geriatric Nursing*, 23, 82-87.
- Ostaszkievicz, J., Johnston, L. et Roe, B. (2004a). Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. (Cochrane Review). Tiré de *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford : Update Software Ltd.
- Ostaszkievicz, J., Johnston, L. et Roe, B. (2004b). Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. (Cochrane Review). Tiré de *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford : Update Software Ltd.
- Ouslander, J. G., Al Samarrai, N. et Schnelle, J. F. (2001). Prompted voiding for nighttime incontinence in nursing homes : Is it effective? *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (6), 706-709.
- Roe, B., Williams, K. et Palmer M. (1999). Bladder training for urinary incontinence. *The Cochrane Library*, (3), 1-8 [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002113.htm>
- Schnelle, J. F., Cadogan, M. P., Yoshii, J., Al Samarrai, N. R., Osterweil, D., Bates-Jensen, B. M. et coll. (2003). The minimum data set urinary incontinence quality indicators : Do they reflect differences in care processes related to incontinence? *Medical Care*, 41, 909-22.
- Schnelle, J. F., Keeler, E., Hays, D. R., Simmons, F. S., Ouslander, G. J. et Siu, L. A. (1995). A cost and value analysis of two interventions with incontinent nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43 (10), 1112-1117.
- Schnelle, J. F. et Leung, F. W. (2004). Urinary and fecal incontinence in nursing homes. *Gastroenterology*, 126, Suppl-7.
- Schnelle J. F., Ouslander, G. J., Newman, R. D., McNees, P. M., White, M. et Bates-Jension, M. B. (2001). *Selecting patients for toileting programs: A computerized assessment and management system*, 187-195.
- Sisters of Charity of Ottawa Health Services – Nursing Services (1996). *Clinical practice guidelines: Bowel hygiene*. Ottawa, Canada : Service de santé SCO.
- Specht, J. K. P., Lyons, S. S. et Maas, M. L. (2002). Patterns and treatments of urinary incontinence on special care units. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(5), 13-21.
- The University of York (1999). Getting evidence into practice. Effective Health Care Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers [Version électronique]. Se trouve à l'adresse : <http://www.york.ac.uk/inst/crd5,2-160965-0288>
- Titler, G. M., Menten, C. J., Rakel, A. B. et Baumler, S. (1999). From book to bedside : Putting evidence to use in the care of the elderly. *Journal on Quality Improvement*, 25 (10), 545-556.
- Towers, L. A., Burgio, L. K., Locher, L. J., Merkel, S. I., Safaiean, M. et Wald, A. (1994). Constipation in the elderly : Influence of dietary, psychological, and physiological factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42 (7), 701-706.
- Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Haltbakk, J., Bohm, J. et Hunskaar, S. (2001). Healthcare personnel's attitudes towards patients with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (4), 455-461.
- Wilson, L. (2003). « Continence and older people : The importance of functional assessment. » *Nursing Older People*, 15, 22-28.



Annexe A : Méthode de recherche concernant les données probantes existantes

La méthode de recherche adoptée pour la révision de la présente Ligne directrice était axée sur deux domaines clés. Le premier était l'identification des nouvelles lignes directrices publiées sur la continence depuis le guide initial, qui avait été publié en 2002; le second était d'identifier des revues systématiques et des études primaires publiées dans ce domaine entre 2001 et 2004.

ÉTAPE 1 – RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES

Une recherche dans les bases de données pour trouver des données probantes existantes liées à la continence a été menée par un bibliothécaire universitaire en sciences de la santé. Une recherche initiale dans les bases de données Medline, Embase et CINAHL sur les lignes directrices et les études publiées de 2001 à 2004 a été menée en août 2004. Cette recherche était structurée de façon à répondre aux questions cliniques suivantes :

- Quels sont les facteurs ou les indicateurs contribuant à la réussite du déclenchement de la miction chez les personnes âgées?
- Quels sont les éléments de preuve qui permettent d'étayer les interventions sur le déclenchement de la miction?
- Qui peut tirer profit de l'intervention sur le déclenchement de la miction?
- Quelles stratégies complémentaires ou parallèles peuvent influencer sur la réussite des interventions sur le déclenchement de la miction?
- De quelle façon les infirmières et autres dispensateurs de soins de santé peuvent-ils être formés sur le déclenchement de la miction? Que devrait comporter le programme de formation?
- Quels sont les appuis requis pour réussir le déclenchement de la miction?
- Quels sont les facteurs d'un programme de mise en place réussie d'interventions sur le déclenchement de la miction?

Plusieurs travaux de recherche détaillés sur ces questions sont offerts sur le site Web de la RNAO, à l'adresse suivante : www.rnao.org/bestpractices.

ÉTAPE 2 – RECHERCHE STRUCTURÉE DE SITES WEB

En juillet 2004, une personne a procédé à une recherche dans une liste de sites Web dont le contenu est lié au domaine concerné. Cette liste de sites, qui avait été révisée et mise à jour en mai 2004, est fondée sur les connaissances actuelles sur les sites Web consacrés aux pratiques axées sur les données probantes, sur les sources d'élaboration de lignes directrices et sur les recommandations des écrits spécialisés. La présence ou l'absence de lignes directrices et la date de la recherche ont été consignées pour chaque site de la recherche. Parfois, certains sites Web ne contenaient pas de lignes directrices mais renvoyaient à un autre site Web ou à une autre source pour l'obtention d'une ligne directrice. Les lignes directrices ont été soit téléchargées, lorsque des versions complètes étaient disponibles, soit commandées par téléphone ou par courriel.

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

- Agency for Healthcare Research and Quality : <http://www.ahcpr.gov>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Health Technology Assessment <http://www.ahfmr.ab.ca/hta>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines <http://www.albertadoctors.org>
- American College of Chest Physicians : <http://www.chestnet.org/guidelines>
- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org>
- Bandolier Journal : <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html>
- British Medical Journal – Clinical Evidence : <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp>
- Canadian Centre for Health Evidence : <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Canadian Cochrane Network and Centre : <http://cochrane.mcmaster.ca>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment : <http://www.ccohta.ca>
- Canadian Institute of Health Information : <http://www.cihi.ca>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care : <http://www.ctfphc.org>
- Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health : <http://cebmh.com>
- Centre for Evidence-Based Nursing : <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>
- Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy : <http://www.aston.ac.uk/lhs/teaching/pharmacy/cebph>
- Centre for Health Evidence : <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Centre for Health Services and Policy Research : <http://www.chspr.ubc.ca>
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST) <http://www.crestni.org.uk>
- CMA Infobase : Clinical Practice Guidelines : <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews : <http://www.update-software.com/cochrane>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) : <http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>
- Evidence-based On-Call : <http://www.eboncall.org>
- Guidelines Advisory Committee : <http://gacguidelines.ca>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences : <http://www.ices.on.ca>
- Institute for Clinical Systems Improvement : <http://www.icsi.org/index.asp>
- Institute of Child Health : <http://www.ich.ucl.ac.uk/ich>
- Joanna Briggs Institute : <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Medic8.com : <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- Medscape Women's Health : <http://www.medscape.com/womenshealthhome>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence>
- National Guideline Clearinghouse : <http://www.guidelines.gov>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) : <http://www.nice.org.uk>
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT) : <http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
- Netting the Evidence : A SchARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting>
- New Zealand Guidelines Group : <http://www.nzgg.org.nz>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination : <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- NHS Nursing et Midwifery Practice Dev. Unit : <http://www.nmpdu.org>
- NHS R. and D. Health Technology Assessment Programme : <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>
- NIH Consensus Development Program : <http://consensus.nih.gov/about/about.htm>
- PEDro : The Physiotherapy Evidence Database : <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Queen's University at Kingston : <http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html>

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk/index.php>
- Royal College of Physicians : <http://www.rcplondon.ac.uk>
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing : <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : <http://www.sign.ac.uk>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : http://www.sogc.medical.org/index_f.asp
- SUMSearch : <http://sumsearch.uthscsa.edu>
- The Qualitative Report : <http://www.nova.edu/ssss/QR>
- Trent Research Information Access Gateway : <http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm>
- TRIP Database : <http://www.tripdatabase.com>
- U.S. Preventive Service Task Force : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- University of California, San Francisco : <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- Université Laval – Répertoire des sites d'informations cliniques fondées sur les preuves : <http://132.203.128.28/medecine>

ÉTAPE 3 – RECHERCHE SUR LES MOTEURS DE RECHERCHE

Une recherche de sites Web concernant les lignes directrices sur les pratiques existantes sur la façon de favoriser la continence par le déclenchement de la miction a été menée avec le moteur de recherche « Google », en utilisant des mots clés. Une personne a procédé à cette recherche en notant les résultats des mots-clés de recherche, les sites Web examinés, la date et un compte rendu des résultats. Les résultats de cette recherche ont été soumis à un autre examen critique par une deuxième personne, qui a identifié des lignes directrices et des travaux des écrits spécialisés qui n'avaient pas été obtenus antérieurement.

ÉTAPE 4 – RECHERCHE MANUELLE OU CONTRIBUTIONS DE GROUPES D'EXPERTS

On a demandé aux membres du groupe de passer en revue leurs archives personnelles pour identifier de nouvelles lignes directrices autres que celles trouvées par la méthode de recherche indiquée ci-dessus. Les résultats de cette recherche n'ont révélé aucune autre ligne directrice clinique.

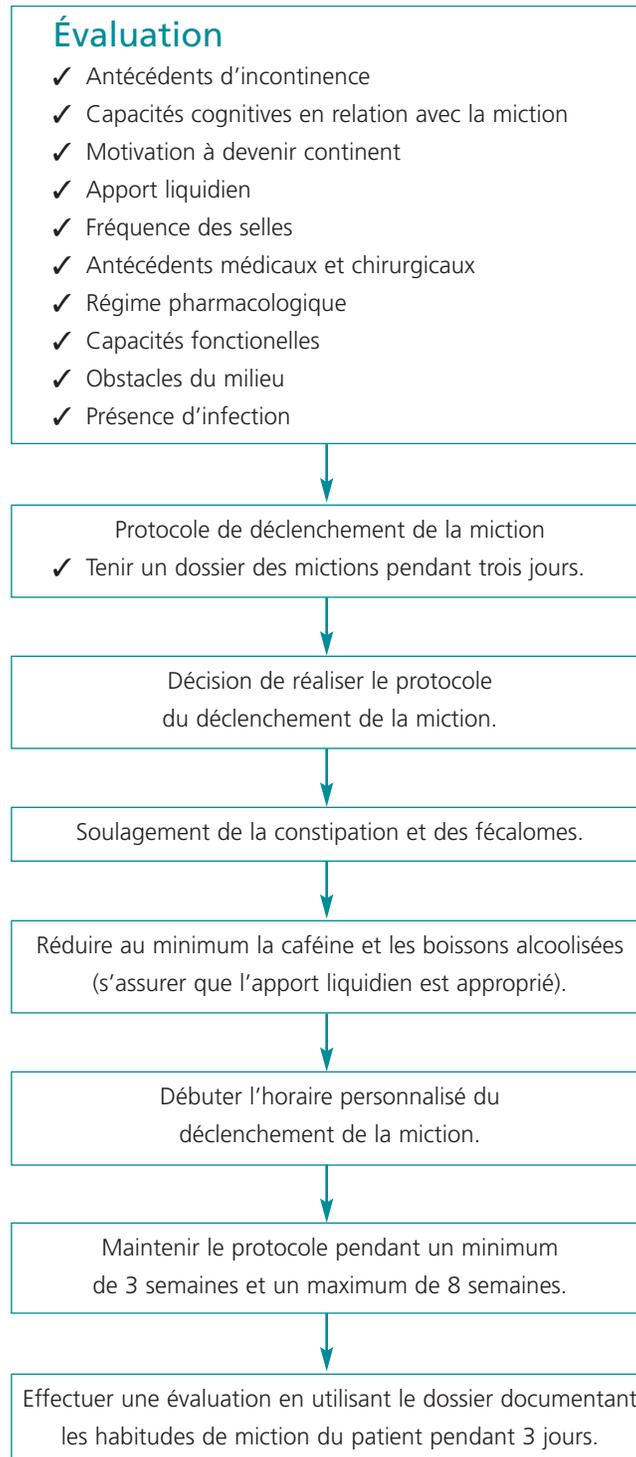
RÉSULTATS DE RECHERCHE :

La méthode de recherche décrite ci-dessus a permis d'obtenir 140 extraits portant sur la continence. Ces extraits ont ensuite été révisés par une adjointe à la recherche en relation avec les critères d'inclusion ou d'exclusion. Un total de 31 extraits ont été identifiés pour l'obtention d'articles et l'évaluation de la qualité. L'évaluation de la qualité a été effectuée par une infirmière bachelière possédant une expertise en évaluation critique. L'outil utilisé pour accomplir cette tâche a été conçu par *Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) pour l'évaluation des études quantitatives.

De plus, une ligne directrice sur les pratiques cliniques publiée récemment a été identifiée en vue d'une révision. Cette ligne directrice contient la référence suivante :

- Salsbury Lyons, S. et Pringle Specht, J. K. (2001). « Evidence-based protocol : Prompted voiding for persons with urinary incontinence. » Tiré de M. G. Titler (éditeur de la série), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*. Iowa City, IA : The University of Iowa Nursing College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Annexe B : Favoriser la continence en utilisant l'algorithme du déclenchement de la miction



Annexe C : Personnes qui peuvent bénéficier du déclenchement de la miction

Les facteurs suivants sont associés au succès de l'intervention sur le déclenchement de la miction chez les patients :

- le fait de reconnaître le besoin d'uriner;
- un plus grand nombre de demandes faites par le patient lui-même pour aller à la toilette;
- la capacité de réussir à uriner lorsque le patient reçoit de l'aide pour aller à la toilette;
- la capacité de se déplacer seul;
- l'intégrité cognitive;
- les résultats supérieurs pendant les séances de déclenchement de la miction dispensées par le soignant.

L'un des très bons indicateurs du succès de l'intervention sur le déclenchement de la miction chez les patients est leur réussite d'un essai de déclenchement de la miction (Lyons et Pringle Specht, 1999).

Techniques de communication pour l'utilisation du protocole de déclenchement de la miction

Aborder la personne à l'heure prévue.	Établir une relation de confiance. Renforcer le comportement de toilette souhaité.
Accueillir la personne en la nommant, se présenter et énoncer l'objectif de votre interaction.	« Bonjour, M. Robert. Je m'appelle Jane, je suis votre infirmière. Je suis ici pour vous aider à aller à la toilette. »
Fournir de l'information.	« Il est 14 h. C'est l'heure où je devais revenir vous voir pour vous aider : je suis ici pour vous aider à aller à la toilette. »
Trouver comment la personne informe les autres de son besoin de se rendre à la toilette.	« Votre voyant d'appel est allumé. Avez-vous besoin de vous rendre à la toilette? »
Fournir des signes visuels dans le milieu du patient pour stimuler le comportement de toilette souhaité.	<ul style="list-style-type: none">■ Placer une image représentant une toilette sur la porte de la salle de bain, plutôt que des signes abstraits.■ Laisser la porte de la salle de bain entrouverte lorsqu'elle n'est pas occupée.■ Utiliser un cadran avec de gros chiffres près de la salle de toilette pour rappeler au personnel l'horaire d'élimination.■ Afficher un horaire d'élimination à un endroit où le personnel peut le voir pour rappeler la nécessité de respecter les horaires de déclenchement de la miction qui ont été attribués.

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction

Protéger l'intimité.	« Allons à la salle de bain pour vérifier vos vêtements. Je vais attendre à l'extérieur de la toilette pendant que vous videz votre vessie. »
Demander la permission avant de vérifier si le patient a uriné.	<ul style="list-style-type: none">■ « Puis-je vous aider à vérifier si vos vêtements sont toujours secs? »■ « Je veux vous aider à vérifier vos sous-vêtements pour savoir s'ils sont humides. Est-ce que ça vous dérange? »■ « Parfois, c'est difficile de se rappeler ou de se rendre compte que vous avez uriné. Voyez-vous un inconvénient à ce que je vérifie? »
Déterminer la perception qu'a la personne de son état de continence.	<ul style="list-style-type: none">■ « Pouvez-vous me dire si vous vous sentez mouillé ou au sec en ce moment? »
Demander au patient s'il ressent le besoin d'uriner.	Encourager le patient à réapprendre ce qu'il ressent sur sa vessie. « Sentez-vous que votre vessie est pleine? » « Sentez-vous une pression au bas de l'abdomen? »
Encourager le patient à utiliser la toilette. Répéter cet encouragement jusqu'à trois fois.	« Il est temps que vous utilisiez la salle de bain. Utilisez la toilette pour vider votre vessie. »
Utiliser un langage familier pour le comportement sur l'élimination. Être cohérent dans le choix des mots.	« Avez-vous besoin de vider votre vessie, d'uriner ou de faire pipi, d'utiliser la toilette? », etc.
Offrir de l'aide au patient pour qu'il se rende à la toilette.	« Puis-je vous aider à aller à la toilette, à utiliser la chaise percée? Je vais vous laisser l'urinal pour vous permettre de vider votre vessie. Puis-je vous aider à vous nettoyer ou à ajuster vos vêtements? »

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Formuler des remarques positives de niveau adulte.	« Oui, c'est bien sec. Vous arrivez bien à suivre le nouveau programme. Merci de me rappeler de vous aider à aller à la toilette. Vous êtes resté au sec toute la journée. Vous devez être fier d'avoir atteint vos objectifs. »
Éviter de faire des remarques négatives ou de traiter le patient comme un enfant.	Favoriser l'estime de soi. Établir une relation de confiance.
Rappeler fréquemment la conduite souhaitable.	« Si vous sentez un besoin urgent de vous rendre à la toilette, avertissez-moi et je viendrai vous aider. Essayez de vous retenir jusqu'à 16 heures, c'est le moment prévu à l'horaire. Si vous avez besoin d'aller à la toilette, n'hésitez pas. Je vous aiderai si vous en avez besoin. »
Aviser le patient de la prochaine heure de miction prévue à l'horaire.	« J'aimerais que vous vous reteniez jusqu'à 16 heures. C'est dans 2 heures. Je vais vous aider à aller à la toilette à 16 h. »

Réimprimé avec la permission de :

Lyons, S. S. et Specht, J. K. P. (1999). « Prompted voiding for persons with urinary incontinence 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.



Annexe D : Dossier des mictions

<p>Miction : Notez la période de temps passée à la toilette pour uriner. Liquides : Notez les boissons consommées au cours de la journée. Incontinence : Indiquer les moments où vous êtes mouillé.</p>			
Heures	Mictions	Boissons	Incontinence
6 h 00			
6 h 30			
7 h 00			
7 h 30			
8 h 00			
8 h 30			
9 h 00			
9 h 30			
10 h 00			
10 h 30			
11 h 00			
11 h 30			
12 h 00			
12 h 30			
13 h 00			
13 h 30			
14 h 00			
14 h 30			
15 h 00			
15 h 30			
16 h 00			
16 h 30			
17 h 00			
17 h 30			

Collaborative Continence Program, St. Joseph's Community Health Centre
 Réimprimé avec la permission de : Jennifer Skelly, inf. aut., Ph.D., professeure agrégée, School of Nursing, Université McMaster; directrice, Continence Program, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario.

Annexe E : Liste des ressources et des sites Web

Ressources	Programme
<p>Fondation d'aide aux personnes incontinentes 1 800 265-9575 http://www.continence-fdn.ca/french/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organisme à but non lucratif qui vient en aide aux personnes souffrant d'incontinence. ■ Éducation du public et des professionnels, défense des intérêts des personnes incontinentes et recherche. ■ Lignes directrices sur les pratiques cliniques chez les adultes. ■ Modèles d'application des soins de l'incontinence. ■ Guide du consommateur. ■ Ressources (livres, bulletins, cassettes vidéo). ■ Liens vers d'autres sites.
<p>Agency for Health Care Research and Quality www.ahcpr.gov/clinic</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ligne directrice sur les pratiques cliniques concernant l'incontinence urinaire chez les adultes.
<p>Canadian Gerontological Nursing Association http://www.cgna.net/Home/tabid/36/Default.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Canadian Gerontological Nursing Association (CGNA) est un organisme qui représente les infirmières en gérontologie et fait la promotion des soins infirmiers en gérontologie au Canada. ■ La mission de la CGNA consiste à répondre aux questions des personnes âgées au Canada, ainsi qu'aux infirmières qui les accompagnent dans leurs soins de la santé. ■ Accès à une liste de distribution permettant de communiquer avec d'autres praticiens intéressés qui travaillent dans le domaine des soins de l'incontinence chez les personnes âgées.
<p>Canadian Nurse Continence Adviser Association www.cnca.ca</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Liens vers d'autres sites utiles. ■ Information sur les ressources pour les infirmières spécialistes.
<p>Canadian Association for Enterostomal Therapy (CAET) www.caet.ca</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domaine de spécialité en soins infirmiers qui dispense des soins préventifs, de courte durée et de réhabilitation pour les personnes souffrant de troubles gastro-intestinaux, génito-urinaires et tégumentaires.
<p>Continence Worldwide www.continenceworldwide.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web du Continence Promotion Committee de l'International Continence Society. ■ Liens vers d'autres sites Web utiles.
<p>RNAO www.rnao.org/bestpractices</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : <i>Prévention de la constipation chez les personnes âgées.</i>
<p>The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocole sur les données probantes sur la façon de favoriser la continence par le déclenchement de la miction. ■ Pour commander le protocole, consultez le site www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/disseminatecore.htm ou envoyez un courriel à l'adresse research-dissemination-core@uiowa.edu

Annexe F : Description de la Trousse

Trousse sur la marche à suivre : Mise en place de lignes directrices pour la pratique clinique

La Trousse offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et au monitorat lors de la mise en place des lignes directrices. Plus spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes :

1. Identification d'une ligne directrice pour la pratique clinique bien élaborée et fondée sur des données probantes
2. Identification, évaluation et engagement des partenaires
3. Évaluation du niveau de préparation de l'établissement en vue de la mise en place de la ligne directrice
4. Définition et planification de méthodes de mise en place fondées sur des données probantes
5. Évaluation de la planification et de la mise en place
6. Identification et obtention des ressources nécessaires à la mise en place

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* est une ressource essentielle à la gestion de ce processus.

La Trousse est disponible auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Elle est en vente à prix modique en format relié; elle est aussi offerte gratuitement sur le site Web de la RNAO. Pour obtenir plus de renseignements ou un formulaire de commande, ou encore pour télécharger la Trousse, consultez le site Web de la RNAO à l'adresse suivante : www.rnao.org/bestpractices.



Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

FAVORISER LA CONTINENCE PAR LE DÉCLENCHEMENT DE LA MICTION

Supplément à la ligne directrice

Membres du groupe de révision

Jennifer Skelly, inf. aut., Ph.D.

Présidente, Groupe de révision

Professeure agrégée, École des Sciences infirmières

Université McMaster

Directrice, Programme de continence

St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)

Barbara Cowie, inf. aut., M.Sc.Inf., ICC, CSIG(C)

Infirmière de pratique avancée

Amputee Rehabilitation & Complex

Continuing Care

West Park Healthcare Centre, Toronto (Ontario)

Linda Galarneau, inf. aut., CSIG(C), ICC

Infirmière autorisée/Coordinatrice 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

Gestionnaire de projet, Continence Care Clinics

St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)

Jenny Ploeg, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph.D.

Professeure agrégée

Université McMaster, Hamilton (Ontario)

Laura Robbs, inf. aut., M.Sc.Inf., stomo., ICC, ICS(C)

Infirmière clinicienne spécialisée en continence

Trillium Health Centre, Mississauga (Ontario)

Sue Sebastian, inf. aut., M.Sc.Inf., CSIG(C)

Infirmière de pratique avancée/Infirmière-

conseillère en continence Veterans Centre

Sunnybrook Health Sciences Centre,

Toronto (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.

Adjointe administrative

Association des infirmières et infirmiers

autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)

Intégration du supplément

Ce supplément à la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers favorisant la continence par le déclenchement de la miction est le résultat d'une révision planifiée de la ligne directrice. Des documents supplémentaires sont offerts dans le but de fournir au lecteur des données probantes récentes qui appuient la pratique. Tout comme la publication de la première 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 méthode du déclenchement de la miction a été choisie comme stratégie pour gérer l'incontinence urinaire étant donné que cette démarche pouvait être utilisée par les fournisseurs de soins dans divers milieux allant de la collectivité au milieu des soins de longue durée. 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. Douze ans plus tard, l'ensemble des données probantes justifiant cette pratique s'est accru, et la stratégie continue d'être la plus efficace chez les clients atteints de déficience cognitive. La ligne directrice a été utilisée dans le cadre de plusieurs initiatives majeures d'amélioration de la qualité, qui ont démontré une réduction de l'incontinence lorsqu'on avait recours au déclenchement de la miction. (voir les annexes G et H). La documentation publiée à ce sujet depuis 2005 n'impose pas d'importantes modifications aux recommandations de la ligne directrice, mais plutôt des clarifications et de meilleures données probantes pour appuyer cette approche.

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 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 de la ligne directrice.

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 publiées depuis la dernière mise à jour de ce document (2005). Les résultats de cet examen ont ensuite été communiqués aux membres du groupe de révision. En mars 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.

Révision des lignes directrices existantes

Une personne a effectué une recherche dans le but d'établir une liste de sites Web ayant trait à des lignes directrices et d'autre contenu pertinent. Cette liste a été 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 ne répondait aux critères d'inclusion. Par conséquent, aucune ligne directrice n'a été incluse dans cet examen des données probantes.

Analyse de la documentation

En même temps que la révision des lignes directrices existantes, une recherche a été effectuée dans la documentation récente traitant de sujets pertinents du point de vue de la portée de la ligne directrice. Un bibliothécaire en sciences de la santé a effectué une recherche dans les bases de données électroniques (CINAHL, Medline et EMBASE). Une personne adjointe à la recherche

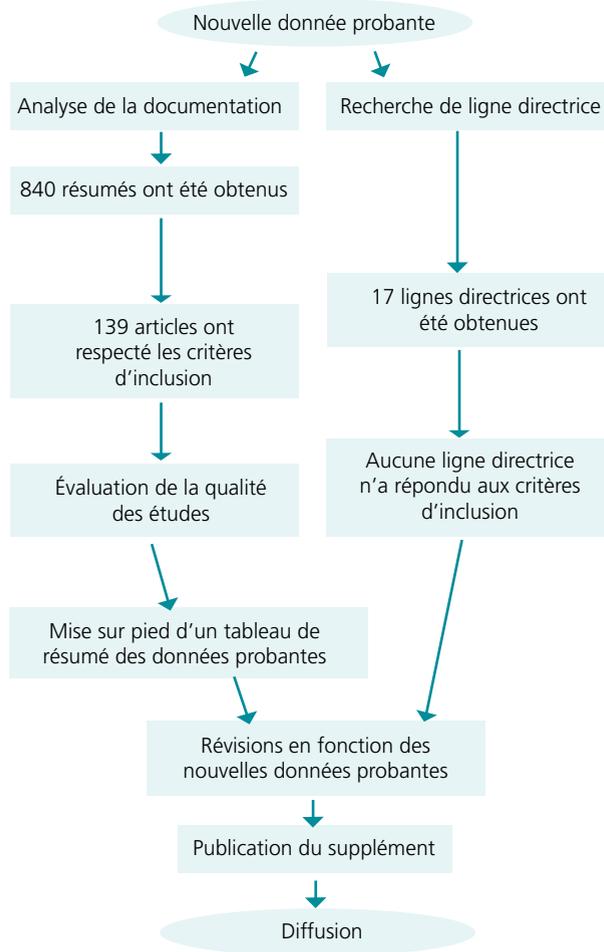
(titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières) a réalisé un examen d'inclusion/exclusion, une évaluation de la qualité et une extraction de données des études consultées, pour ensuite préparer un résumé des résultats tirés de la documentation. Les tableaux de données complètes et les listes de documents 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 de la ligne directrice ne laisse pas penser qu'il convient d'apporter des changements aux recommandations initiales. Il existe cependant de meilleures données probantes qui appuient notre approche visant à favoriser la continence par le déclenchement de la miction. Les membres du groupe de révision ont également mis à jour quelques annexes, en plus d'en ajouter, pour appuyer la mise en œuvre de la ligne directrice.



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. L'analyse de la documentation ne permet pas de conclure à la nécessité d'apporter des changements importants aux recommandations, mais laisse penser qu'il convient d'apporter des améliorations et permet de constater qu'il existe de meilleures données probantes pour l'approche.

 non modifié
 modifié
 renseignements additionnels
NEUVEAU nouvelle recommandation

Recommandations relatives à la pratique

<p>Recommandation 1</p> <p>Obtenir les antécédents médicaux de la personne incontinente.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	
<p><i>Le paragraphe suivant a été ajouté à la discussion des données probantes à la page 17 de la ligne directrice :</i></p> <p>Discussion des données probantes :</p> <p>En outre, deux études qualitatives (Jansen et al., 2006, et Gnanadesigan et al., 2004) ont cherché à évaluer la qualité des soins et les outils d'évaluation pour la gestion de l'incontinence urinaire. L'utilisation d'outils d'évaluation valables et fiables aide à s'assurer que des données d'information adéquates sont recueillies auprès du client, qui permettent de réussir l'approche du déclenchement de la miction. Skelly (2007) offre des exemples d'outils d'évaluation valables et fiables.</p>	
<p>Recommandation 2</p> <p>Recueillir de l'information sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la quantité, le type et l'heure de l'apport liquidien, en portant une attention particulière à la quantité de caféine et d'alcool ingurgitée; • la fréquence, la nature et la consistance des selles; • tout antécédent médical ou chirurgical qui peut avoir un lien avec le problème d'incontinence, notamment, sans toutefois s'y limiter, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson, l'insuffisance cardiaque, les infections répétées des voies urinaires ou les chirurgies de la vessie subies dans le passé. <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	
<p>Documentation supplémentaire :</p> <p>Dumoulin, C., N. Korner-Bitensky et C. Tannenbaum (2005). Gnanadesigan, N., et al. (2004). Jumadilova, Z., T. Zyczynski, B. Paul et S. Narayanan (2005).</p>	

<p>Recommandation 3</p> <p>Passer en revue les médicaments du client afin de déterminer ceux qui peuvent avoir des répercussions sur l'incontinence.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : III</p>	✓
<p><i>La catégorie suivante de médicaments a été ajoutée à la liste des médicaments à la page 19 de la ligne directrice :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • inhibiteurs de la cholinestérase 	+
<p>Documentation supplémentaire :</p> <p>Finklestein, M. M. (2002).</p> <p>Gill, S.S., et al. (2005).</p> <p>Skelly, J. (2007).</p> <p>Starr, J. M. (2007).</p>	
<p>Recommandation 4</p> <p>Déterminer les capacités fonctionnelles et intellectuelles du client.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : III</p>	✓
<p><i>Les paragraphes de la discussion sur les données probantes à la page 20 ont été modifiés pour refléter un soutien supplémentaire de documentation :</i></p> <p>Discussion des données probantes :</p> <p>Il a été démontré à l'aide de données fiables que les personnes les plus à risque de souffrir d'incontinence urinaire sont celles qui éprouvent des problèmes de mobilité et présentent une déficience cognitive (Jumadilova et al., 2005; Lyons et Pringle Specht, 1999; Ouslander et al., 1995; Schnelle, 1990; Sorbye et al., 2007). La déficience cognitive ne doit pas être considérée comme un obstacle à l'utilisation de l'approche du déclenchement de la miction. Dans une étude préliminaire contrôlée prospective, Engberg et al. (2002) ont montré que les adultes âgés confinés chez eux et souffrant d'une déficience cognitive réagissaient positivement au déclenchement de la miction. La capacité du client en matière d'élimination dépend essentiellement du niveau d'autonomie en matière de soins, ainsi que de la capacité de traiter l'information et de réagir en conséquence. (Lyons et Pringle Specht, 1999; Dumoulin et al., 2005).</p> <p>Le clinicien peut aussi utiliser divers outils pour l'aider à évaluer la capacité fonctionnelle et cognitive. La ligne directrice de l'AIIAO intitulée Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les personnes âgées (2010), et sur la capacité fonctionnelle, est présentée à l'annexe M de la ligne directrice Le soin des personnes souffrant de délire, de démence ou de dépression (2010). La ligne directrice de l'AIIAO intitulée Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée (2011) peut aider le clinicien à déterminer les facteurs de risque de chute, et à réduire la fréquence des chutes ainsi que celles qui causent des blessures. Ces lignes directrices peuvent être téléchargées à partir du site Web de l'AIIAO à www.rnao.org/bestpractices. Le test d'évaluation de la capacité cognitive Montreal Cognitive Assessment (MoCA) peut être téléchargé à partir de http://www.mocatest.org/. Les outils d'évaluation fonctionnelle qui mesurent la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) (Indice Katz), et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (Indice Barthel), la mobilité et l'équilibre (test « Timed up and go (TUG) » ou « Test de la chaise chronométré », évaluation de l'équilibre avec le Berg Balance score), et la sécurité (outil d'évaluation des risques de chute Falls Risk Assessment Tool-FRAT) sont disponibles dans la documentation.</p>	+

Recommandation 5

Cerner les obstacles psychologiques et les obstacles du milieu qui limitent le succès de l'élimination.

Ces obstacles comprennent notamment :

- la proximité et la disponibilité de la toilette la plus proche;
- l'accès à une chaise percée;
- un éclairage suffisant;
- l'utilisation d'un moyen de contention;
- la perception, parmi le personnel, selon laquelle l'incontinence est une conséquence inévitable de la vieillesse;
- la croyance, parmi le personnel, selon laquelle il existe peu d'interventions pour favoriser la continence.

Niveau de la preuve : III



Le paragraphe suivant qui provient de la discussion des données probantes à la page 20 a été révisé pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :

Discussion des données probantes :

Dans un examen de la documentation sur l'incontinence, Wyman (2003) a déterminé que l'attitude négative du personnel à l'égard de l'incontinence urinaire constituait un obstacle au traitement de l'incontinence. Il a été déterminé que l'attitude du personnel constituait un facteur dans les efforts pour encourager la continence (Dingwall et Mclafferty, 2006; Northwood, 2004). Un autre étude qualitative (Dingwall et Mclafferty, 2006) a révélé l'existence d'obstacles supplémentaires dans le cadre d'efforts pour favoriser la continence chez les aînés : de faibles attentes de guérison de la part du personnel infirmier; la capacité des clients de se tenir debout; une capacité réduite de s'exprimer par la parole ou d'indiquer le besoin d'utiliser la toilette; le fait que le patient n'a pas été informé sur la continence; l'incohérence des approches pour favoriser la continence; et le manque de connaissances.

Le paragraphe suivant a été ajouté à la discussion des données probantes à la page 21 :

Un modèle proposé dans la documentation est la formation de personnel infirmier ressource en continence dans un service d'hospitalisation (Ostaszewicz et al., 2004). À titre d'élément d'évaluation, 15 infirmières ressources en continence d'un service hospitalier ont fait l'objet d'une enquête sur leur perception des obstacles à la mise en application de soins optimaux en matière d'incontinence. Les obstacles signalés comprennent : l'absence de périodes réservées; les ressources insuffisantes, les facteurs environnementaux, tels que le besoin de partager les toilettes; le manque de possibilités de formation; la rédaction sporadique des documents pertinents; et l'incohérence des soins prodigués aux patients à cause du roulement du personnel.



<p>Recommandation 6</p> <p>Procéder à des analyses d'urine pour vérifier s'il y a infection.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : III</p>	<p>LOE changed (IV→III)</p>
<p><i>Le paragraphe suivant qui provient de la discussion des données probantes à la page 21 a été révisé pour refléter le soutien supplémentaire de documentation :</i></p> <p>Discussion des données probantes :</p> <p>Une évaluation de base pour déterminer la présence d'incontinence urinaire comprend généralement un test d'infection urinaire étant donné qu'il existe un lien entre la présence d'une infection et la probabilité accrue d'incontinence (Sorbye, 2009). Cependant, une étude récente sur l'optimisation de l'emploi d'antimicrobiens pour traiter les infections urinaires chez les résidents d'établissements de soins de longue durée recommande une approche de dépistage plus ciblée (Loeb et al., 2005). Dans le cadre de l'évaluation de clients aux fins du déclenchement de la miction, une culture d'urine est indiquée si le client présente un ou plusieurs des symptômes suivants accompagnés de fièvre (à savoir 37,9 °C ou 1,5 °C au-dessus de la valeur de base en deux occasions au minimum au cours des 12 dernières heures) : dysurie; urgence; douleur au flanc; frissons; incontinence urinaire; fréquence; hématurie macroscopique; douleur sus-pubienne (Loeb et al, 2005).</p> <p>Ce test doit être effectué selon la politique et la procédure organisationnelle. Si une infection urinaire est présente, l'infirmière doit adresser le patient au clinicien pertinent à des fins de traitement.</p>	<p style="text-align: center;">+</p>
<p>Recommandation 7</p> <p>Déterminer la façon dont le client perçoit son incontinence urinaire et s'il peut tirer profit du déclenchement de la miction. Avant de commencer le déclenchement de la miction, définir le tableau clinique de l'incontinence du client à l'aide d'un dossier documentant les habitudes de miction du client pendant trois jours.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : III</p>	<p style="text-align: center;">✓</p>
<p><i>Le paragraphe suivant a été ajouté à la discussion des données probantes à la page 21 :</i></p> <p>Discussion des données probantes :</p> <p>Une étude préliminaire récente indique que le personnel infirmier continue de prendre des mesures ponctuelles à l'égard de l'incontinence urinaire plutôt que de favoriser la continence chez les aînés (Dingwall et McLafferty, 2006). Le personnel infirmier doit être sensibilisé à l'impact négatif de l'incontinence non traitée chez les aînés. L'aîné doit être consulté sur sa perception de l'incontinence urinaire.</p>	<p style="text-align: center;">+</p>
<p>Recommandation 8</p> <p>Vérifier que les problèmes de constipation ou de fécalomes ont été réglés.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	<p style="text-align: center;">✓</p>

<p><i>La discussion des données probantes à la page 22 a été révisée afin de refléter le soutien supplémentaire de documentation :</i></p> <p>Discussion des données probantes :</p> <p>Tel qu'indiqué précédemment, des études montrent l'importance de s'assurer que des mesures sont prises pour retirer les fécalomes pendant la phase d'évaluation (McCormick et al., 1992; Peet et al., 1996). La prévention et la réduction de la constipation est une intervention clé dans la prévention et la gestion de l'incontinence urinaire (Burgio, 2004; Ostaskiewicz, 2006; Skelly, 2007). Pour cette raison, on recommande l'utilisation de la présente ligne directrice concurremment avec la ligne directrice sur les pratiques exemplaires intitulée Prévention de la constipation chez les personnes âgées (2011).</p> <p>La régularisation des selles pour éviter la constipation, et les efforts pendant le processus de défécation, sont l'un des éléments clés de la modification du mode de vie qui peut être incorporé dans le programme global de traitement de l'incontinence urinaire (Burgio, 2004).</p> <p>Pour les personnes qui souffrent de constipation ou de la présence de fécalomes, on recommande l'emploi d'un outil de surveillance complet ainsi que de l'échelle de Bristol pour les selles. L'exécution d'un relevé de sept jours sur l'élimination fécale donne une idée claire des selles évacuées pendant une semaine, tandis que l'échelle de Bristol facilite la surveillance des selles au plan de la qualité. (Cassel, 2007).</p>	+
<p>Recommandation 9</p> <p>S'assurer qu'il y a un apport liquidien suffisant (1 500 à 2 000 ml par jour) et diminuer la consommation de caféine et de boissons alcoolisées dans la mesure du possible.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : III</p>	✓
<p><i>Le paragraphe suivant a été ajouté à la discussion des données probantes à la page 23 :</i></p> <p>Discussion des données probantes :</p> <p>Palmer et Newman (2004) commentent une étude qualitative qui utilise une méthodologie de groupe de discussion. Les résultats de cette étude indiquent que les aînés ne connaissent pas suffisamment l'impact de l'apport de liquide sur l'incontinence urinaire, ainsi que la quantité et le type de liquides sains recommandés pour optimiser les soins en matière d'incontinence.</p>	+
<p>Recommandation 10</p> <p>Établir un horaire personnalisé de déclenchement de la miction en fonction des besoins d'élimination du client et selon les faits établis dans le dossier documentant les habitudes de miction du client pendant trois jours.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : la</p>	✓
<p>Documentation supplémentaire :</p> <p>Ostaskiewicz, J., T. Chestney et B. Roe (2004).</p> <p>Roe, B., J. Ostaskiewicz, J. Milne et S. Wallace (2006).</p>	+
<p>Recommandation 11</p> <p>Entreprendre, au moins trois semaines et au plus huit semaines après l'instauration de l'horaire, un dossier documentant les habitudes de miction du client pendant trois jours.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	✓

Recommandations relatives à la formation

Recommandation 12

Mettre en place un programme de formation sur la façon de favoriser la continence par le déclenchement de la miction. Ce programme devrait être structuré, organisé et orienté à tous les niveaux de prestation des soins : les dispensateurs de soins, les clients, les membres de leur famille et leurs soignants. Ce programme de formation devrait comprendre une infirmière désignée qui travaille dans le domaine des soins de la continence (p. ex. : infirmière-conseil en continence, infirmière clinicienne ou infirmière clinicienne spécialisée) et qui serait responsable de la mise en place du programme de formation. Il devrait être mis à jour de façon régulière afin d'inclure toute **donnée probante récente**.

Ce programme devrait inclure des renseignements sur les points suivants :

- les mythes liés à l'incontinence et au vieillissement;
- la définition de la continence et de l'incontinence;
- l'évaluation de la continence;
- le déclenchement de la miction;
- l'élimination adaptée à chaque patient;
- les répercussions des troubles cognitifs sur la capacité à être continent et les méthodes pour faire face aux comportements agressifs;
- les liens entre l'hygiène intestinale et le bon fonctionnement de la vessie;
- l'utilisation d'un dossier des mictions, jointe à une élimination adaptée à chaque patient;
- **la formation sur les stratégies de gestion traditionnelles;**
- **la justification des stratégies de gestion traditionnelles;**

+

Niveau de la preuve : IV

Le paragraphe suivant à la page 24 de la ligne directrice a été modifié pour refléter la documentation actuelle :

Discussion des données probantes :

Des travaux de recherche ont démontré de façon constante que bon nombre de professionnels de soins de santé connaissent mal les soins en matière d'incontinence, et que les options de traitement comportent plusieurs facteurs (Lawhorne et al., 2008; Resnick et al., 2006). Taunton et ses collègues (2005) décrivent l'attitude de membres du personnel qui dispensent des soins en matière d'incontinence, en concluant que les efforts sont surtout axés sur les mesures ponctuelles visant à endiguer le problème plutôt que sur le traitement. Diverses enquêtes portant sur la formation du personnel infirmier, et ses connaissances sur les soins en matière d'incontinence, ont conclu qu'il existe une lacune concernant les connaissances sur l'incontinence (Cheater, 1992; Palmer, 1995). Palmer (1995) souligne l'importance d'élaborer un programme de formation sur l'incontinence destiné au personnel afin d'améliorer la pratique et la qualité des soins infirmiers en matière d'incontinence. Un programme devrait inclure : des normes sur les soins en matière d'incontinence; des compétences d'évaluation; et une sensibilisation à la formation sur l'incontinence (Peet et al. 1996). D'autres travaux de recherche soulignent l'importance de la formation sur : les mythes sur l'incontinence et le vieillissement; la définition de la continence et de l'incontinence; et les stratégies pour gérer des comportements agressifs liés à l'approche de déclenchement de la miction (Northwood, 2004; Sui, Schindel-Martin, Skelly et Northwood, 2001). Le soutien du personnel est aussi un facteur essentiel de la réussite de l'approche de déclenchement de la miction (Lyons et Pringle Specht, 1999).

+

Documentation supplémentaire : Roe, B., J. Milne, J. Ostaszkiwicz et S. Wallace (2006).	
<p>Recommandation 13</p> <p>Les infirmières devraient être au courant des ressources communautaires sur la formation professionnelle, l'orientation et l'aide continue.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	✓

Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques

<p>Recommandation 14</p> <p>La mise en place réussie du déclenchement de la miction nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un soutien administratif; • des possibilités de perfectionnement et de formation; • la participation active du personnel clinique indispensable; • la mise en place graduelle de l'horaire du déclenchement de la miction; • la collecte de données de base sur les patients, les ressources et les connaissances existantes; • l'interprétation de ces données et l'identification des problèmes; • l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre; • la surveillance du programme. <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IIb</p>	<p>LOE changed (IV→IIb)</p>
<p><i>Les paragraphes suivants ont été ajoutés à la discussion des données probantes à la page 25 de la ligne directrice :</i></p> <p>Discussion des données probantes :</p> <p>Afin que le personnel trouve des moyens d'améliorer les soins en matière d'incontinence dans son milieu actuel, l'équipe de direction doit faire en sorte que l'encouragement à la continence soit une priorité, et tenir le personnel responsable de cette démarche (Resnick et al., 2006). Dans les établissements de soins de longue durée où les soins axés sur la personne sont valorisés plutôt que les soins basés sur les tâches, favoriser la continence est une priorité plus élevée, ce qui illustre bien l'importance du soutien administratif (Wright et al., 2006). En outre, la participation active de membres clés du personnel clinique est essentielle, étant donné que le manque de communication entre les membres du personnel et entre les quarts de travail ne favorise pas le respect des horaires établis liés à la continence (Resnick et al., 2006). Les membres du personnel doivent aussi posséder suffisamment de connaissances et de compétences dans l'évaluation et le traitement de l'incontinence urinaire pour s'assurer qu'un programme de déclenchement de la miction a des résultats utiles pour le client (DuMoulin et al., 2005).</p>	+

<p>Le groupe de l'AIIO, appuyé par des données probantes obtenues lors d'études qualitatives sur les attitudes et les pratiques du personnel associées à l'encouragement à la continence, recommande une mise en œuvre graduelle de cette ligne directrice (Resnick et al., 2006; Tauton et al., 2005). Il est plus facile de mettre en œuvre cette ligne directrice en commençant avec un ou deux clients. La gestion des demandes incompatibles de clients nécessitant de l'aide pour leurs besoins d'élimination a été citée comme un obstacle à la mise en œuvre de l'approche de déclenchement de la miction par le personnel infirmier (Resnick et al., 2006; Tauton et al., 2005). Veuillez consulter les annexes G et H pour obtenir de l'information sur des projets axés sur l'amélioration des soins en matière d'incontinence dans le cadre de soins prolongés complexes.</p>	
<p>Recommandation 15</p> <p>Les organismes sont invités à adopter une approche d'équipe interprofessionnelle centrée sur les besoins des personnes incontinentes.</p> <p style="text-align: right;">Niveau de la preuve : IV</p>	
<p><i>La discussion des données probantes présentée aux pages 25 et 26 de la ligne directrice a été révisée afin de refléter la formulation modifiée et le soutien supplémentaire de documentation :</i></p> <p>Discussion des données probantes :</p> <p>Une approche d'équipe interprofessionnelle pour la prestation de soins en matière de continence est essentielle pour mettre en œuvre des soins optimisés favorisant la continence (Ostaskiewicz, 2006; Resnick et al., 2006; Taunton et al., 2005). Les membres de l'équipe comprennent par exemple : des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des pharmaciens cliniques, des diététistes autorisés, des fournisseurs de soins non réglementés, des travailleurs sociaux, des spécialistes et des médecins traitants. Reconnaisant le chevauchement de certaines fonctions, il est important que l'équipe travaille ensemble pour aider chaque client à maintenir le plus haut niveau possible de continence tout en l'encourageant à être indépendant et à conserver son estime de soi.</p> <p>Les infirmières travaillent en collaboration avec une équipe interprofessionnelle pour assurer des soins liés à la réadaptation et au rétablissement. Les physiothérapeutes évaluent la mobilité, les transferts, l'équilibre et la force physique. Les ergothérapeutes évaluent les environnements physique et social, dont la capacité d'exécuter des AVQ, telles que s'habiller et aller à la toilette. Ensemble, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les infirmières exécutent le programme de traitement visant la mobilité et l'équilibre selon les modalités de réadaptation, de rétablissement et d'entretien (Rodriguez et al., 2007). Des pharmaciens cliniques collaborent au besoin à l'examen des médicaments afin de repérer ceux qui pourraient contribuer à l'incontinence. Des diététistes autorisés appuient au besoin les décisions concernant la modification de l'apport de liquides, de caféine et de fibres. Les travailleurs sociaux examinent au besoin les aspects émotionnels de l'incontinence, par exemple la planification financière lorsqu'il est nécessaire d'acheter des fournitures et des services.</p> <p>À titre d'exemple d'une approche d'équipe interprofessionnelle des soins en matière d'incontinence, des intervenants de divers établissements de soins de longue durée en Ontario, et des représentants du Toronto Best Practice Implementation Steering Committee, ont créé en 2006 une ressource sous la forme d'une politique et d'une procédure pour examiner cette préoccupation majeure. Les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe de professionnels de la santé sont clairement définis dans le document (Toronto Best Practice in LTC Initiative, 2006).</p>	

Recommandation 16

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 adéquat au niveau de l'établissement et de l'administration, ainsi que d'un monitorat approprié du processus de changement dispensé par des personnes compétentes. La mise en place de cette ligne directrice doit tenir compte des situations locales et la ligne directrice doit être diffusée dans le cadre d'un programme dynamique de formation et de perfectionnement. À cet égard, l'AIIO 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 de la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée Favoriser la continence par le déclenchement de la miction.

Niveau de la preuve : IV



Annexes

Les annexes suivantes ont été révisées pour refléter la documentation la plus récente.

Annexe C : Personnes qui peuvent bénéficier du déclenchement de la miction

Les paragraphes suivants ont été ajoutés à la liste des facteurs présentés à la page 41 de la ligne directrice :

Le meilleur facteur prédictif de la réponse d'une personne à l'approche de déclenchement de la miction est son degré de réussite lors d'un essai de déclenchement. Bon nombre de gens qui répondent positivement à l'approche de déclenchement de la miction présentent une amélioration marquée du comportement d'élimination, ainsi que des niveaux de continence, au cours d'un essai de trois jours, même s'il est possible que la réaction maximale au traitement ne soit observée qu'après plusieurs semaines du programme de déclenchement de la miction (Lyons et Pringle Specht, 1999).

Même si un essai de trois jours est idéal, une période de deux jours représente un minimum acceptable. Une troisième journée du programme de déclenchement de la miction peut être offerte aux résidents qui n'ont pas un comportement d'élimination tout à fait approprié deux fois sur trois, mais qui démontrent verbalement et par leur comportement qu'ils sont motivés à demeurer continents (Borun Center for Gerontological Research, 2008).

Il a été démontré que le programme de déclenchement de la miction permet de réduire le nombre d'épisodes d'incontinence par jour, et d'augmenter le nombre de mictions de continence. L'approche peut être utilisée pour des personnes qui présentent des déficiences physiques ou mentales/cognitives, ou une faible capacité de déterminer la meilleure façon de répondre à leurs besoins (Dumoulin et al., 2005; Fink et al., 2008).



Le tableau suivant a été ajouté, pour faire suite au tableau
« Technique de communication » à la page 41 :

Étapes de la technique de déclenchement de la miction et comportements du dispensateur de soins

Prompted Voiding Technique	Caregiver Behaviours
Aborder la personne au moment prévu du déclenchement de la miction (15 minutes avant ou après la tâche assignée est acceptable).	Surveiller
Saluer la personne.	Inviter
Attendre 5 secondes pour que la personne demande d'elle-même à aller à la toilette.	Inviter
Demander à la personne si elle est mouillée ou sèche.	Inviter
Examiner physiquement la personne pour déterminer l'état de continence.	Surveiller
Offrir une rétroaction sociale. La féliciter si elle est sèche. Ne faire aucun commentaire si elle est mouillée.	Féliciter
Inviter la personne à aller à la toilette (peu importe l'état de continence).	Inviter
Offrir de l'aide à la personne pour aller à la toilette.	Inviter
Offrir une rétroaction sociale. Féliciter la personne pour un comportement d'élimination souhaitable.	Féliciter
Informar la personne de la prochaine séance prévue de déclenchement de la miction.	Inviter
Encourager la personne à retenir l'urine dans la vessie jusqu'à la prochaine séance de déclenchement de la miction.	Inviter
Encourager la personne à demander de l'aide pour aller à la toilette au besoin.	Inviter
Consigner les résultats de la séance de déclenchement de la miction sur un formulaire de surveillance de la continence.	Surveiller

+

Réimprimé avec la permission de SLACK Incorporated : Lyons, S.S. et J. K. Pringle Specht (2000). Prompted voiding protocol for individuals with urinary incontinence. The Journal of Gerontological Nursing, 26(6), 5-13.

Annexe E : Liste des ressources et des sites Web :

Les éléments suivants ont été ajoutés à la liste à la page 45 de la ligne directrice :

Ressources	Programme
Borun Center for Gerontological Research UCLA Division of Geriatrics www.geronet.ucla.edu/centers/borun	Gestion de l'incontinence
• Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario http://ltctoolkit.rnao.ca/	Contenance/Constipation Workshop for RNs in Long-Term Care. (Cassel, 2007)

+

Autres approches

Les annexes suivantes ont été ajoutées :

Annexe G : Projet collaboratif IC5

Le projet collaboratif IC5 (IC5: Improving Continence Care in Complex Continuing Care) (Améliorer les soins en matière d'incontinence dans le cadre de soins prolongés complexes) a été le premier projet d'amélioration de la qualité multihospitalier dirigé par l'Hospital Report Research Collaborative (HRRC) (qui a collaboré au Rapport sur les hôpitaux) visant le secteur des soins prolongés complexes. Le projet a été parrainé par le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes (COSSF). Le groupe collaboratif est fondé sur un modèle appliqué à l'échelle internationale en vue de réaliser des améliorations d'avant-garde, une initiative de l'Institute for Healthcare Improvement. Le projet comportait la participation de douze hôpitaux collaborant pour améliorer les processus de soins, les pratiques, et les résultats de patients, en matière d'incontinence à l'intérieur de leurs établissements. Les cycles d'amélioration Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) (Roue de Deming) soutiennent une approche graduelle, à raison d'un résident à la fois, ce qui représente un facteur de réussite majeur pour modifier la pratique. Visiter la page Web www.hospitalreport.ca pour consulter les rapports d'évaluation IC5.

NEUVEAU

Annexe H : IC3—Improving Continence Care Collaborative

L'IC3 découle du projet IC5. Grâce au financement du Réseau de transfert de la recherche sur la santé des personnes âgées (SHRTN), dix équipes dans des établissements de soins de longue durée de l'Est de l'Ontario se sont réunies en 2006 pour former une communauté de pratique afin d'améliorer les soins en matière d'incontinence. À l'aide d'une approche d'amélioration de la qualité, six établissements de soins de longue durée ont terminé leur engagement d'un an complet. Plusieurs de ces équipes ont poursuivi leur quête d'amélioration dans leurs établissements de soins de longue durée.

Le groupe utilise la méthode de cycle rapide d'amélioration pour permettre aux équipes participantes d'apporter de petits changements progressifs à leur pratique professionnelle afin d'améliorer le degré de continence des résidents. Les établissements ont recours aux cycles PEÉA pour planifier et mettre en œuvre les changements. De simples outils de mesure documentent leurs réussites et leurs gains précoces. Les programmes de déclenchement de la miction ainsi que d'élimination constituent des exemples de ces améliorations. Les approches personnalisées, telles que l'utilisation pendant le jour de produits d'incontinence que les résidents qui en sont capables peuvent enfiler comme un sous-vêtement, ont aidé à accroître le sentiment de dignité de ces personnes et à leur permettre de participer à des activités de leur choix sans avoir à porter une couche d'incontinence. Bon nombre de résidents sont maintenant « secs » pendant le jour en raison de ces interventions. Les établissements ont augmenté le taux de continence urinaire de leurs résidents, tout en réduisant le taux de constipation, d'infections urinaires et de lésions de pression.

Initialement, les équipes des établissements de soins de longue durée se sont rencontrées en personne dans le cadre de quatre séances d'apprentissage. Ces séances d'apprentissage ont été entrecoupées de périodes d'action avec les résidents au niveau local. Des téléconférences mensuelles ont aidé les équipes d'amélioration à demeurer bien orientées et à échanger sur leurs réussites, leurs stratégies et leurs défis. Au cours des deux dernières phases, les équipes participantes se sont rencontrées virtuellement à l'aide du système de vidéoconférences du Réseau télémédecine Ontario (RTO).

Lors de la phase 4 (2010-11), 32 établissements de diverses régions de la province se sont joints au groupe, dont le Nord-Ouest de l'Ontario, la région du Grand Toronto et le comté de Renfrew. Plusieurs établissements se sont rencontrés sur les sites du RTO où ils ont été rejoints par l'un des formateurs ou des codirigeants du projet. Au total, plus de 50 établissements de soins de longue durée ont participé à l'IC3 depuis le début.

NEUVEAU

Définition des termes

Le terme suivant a été ajouté à la définition de termes à la page 14 de la ligne directrice :

Reprogrammation des habitudes

La reprogrammation des habitudes est une forme d'aide à l'élimination offerte par un dispensateur de soins à des adultes souffrant d'incontinence urinaire. L'approche comporte la détermination des habitudes de miction naturelle d'une personne, ainsi que l'élaboration d'un horaire d'élimination personnalisé, qui permet d'éviter l'évacuation involontaire de la vessie (Ostaszkiwicz, Chestney, et Roe, 2004).

NEUVEAU

Références

- Borun Center for Gerontological Research (2008). Tiré de : <http://www.geronet.med.ucla.edu/centers/borun/>, le 20 juin 2011.
- Burgio, K. L. (2004). Current perspectives on management of urgency using bladder and behavioral training. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(10) (suppl), 4-7.
- Cassel, B. (2007). *Continence/Constipation Workshop for RNs in Long-Term Care*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Cheater, F. M. (1992). Nurses' educational preparation and knowledge concerning continence promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 328-338.
- Dingwall, L. et E. McLafferty (2006). Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people? An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1276-1286.
- Dumoulin, C., N. Korner-Bitensky et C. Tannenbaum (2005). Urinary incontinence after stroke: Does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioural therapy. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 12(3), 66-76.
- Engberg, S., S. M. Sereika, J. McDowell, E. Weber et I. Brodak (2002). Effectiveness of prompted voiding in treating urinary incontinence in cognitively impaired homebound older adults. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 29(5), 252-65.
- Fink, H. A., B. C. Taylor, J. W. Tacklind, I. R. Rutks et T. J. Wilt (2008). Treatment interventions in nursing home residents with urinary incontinence: A systematic review of randomized trials. *Mayo Clinic Proceedings*, 83(12), 1332-1343.
- Finkelstein, M. (2002). Medical conditions, medications and urinary incontinence: Analysis of a population based survey. *Canadian Family Physician*, 48(1), 96-101.
- Gill, S.S., M. Mamdani, G. Naglie, D. L. Streiner, S. E. Bronskill, A. Kopp... P. A. Rochon. (2005). A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Archives Internal Medicine*, 165(7), 808-8.
- Gnanadesigan, N., D. Saliba, C. P. Roth, D. H. Solomon, J. T. Chang, J. Schnelle, ... N. S. Wenger (2004). The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(3), 141-146.
- Hospital Report Research Collaborative (2011). IC5: Improving Continence Care in Complex Continuing Care. Tiré de : http://www.hospitalreport.ca/projects/QI_projects/IC5.html, le 20 juin 2011.
- Jansen, L., et D. Forbes. (2006). The psychometric testing of a urinary incontinence nursing assessment instrument. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(1), 69-76.
- Jumadilova, Z., T. Zyczynski, B. Paul et S. Narayanan (2005). Urinary incontinence in the nursing home: Resident characteristics and prevalence of drug treatment. *American Journal of Managed Care*, 11(suppl 4), S112-S120.
- Lawhorne, L. W., J. G. Ouslande, P. A. Parmelee, B. Resnick et B. Calabrese (2008). Urinary incontinence: A neglected geriatric syndrome in nursing facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(1), 29-35.
- Loeb, M., K. Brazil, L. Lohfeld, A. McGreer, A. Simor, K. Stevenson, ... S. D. Walker (2005). Effect of a multifaceted intervention on number of antimicrobial prescriptions for suspected urinary tract infections in residents of nursing homes: Cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 331(669), DOI:10.1136/bmj.38602.586343.55
- Lyons, S.S. et J. K. Pringle Specht (2000). Prompted voiding protocol for individuals with urinary incontinence. *The Journal of Gerontological Nursing*, 26(6), 5-13.
- Lyons, S. S. et J. K. P. Pringle Specht. (1999). Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol. Dans M. G. Titler (éd. 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 Centre, Research Translation and Dissemination Core.

McCormick, A. K., D. L. Burgio, T. B. Engel, A. Scheve et E. Leahy (1992). Urinary incontinence: An augmented prompted void approach. *The Journal of Gerontological Nursing*, 18(3), 3-9.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (2011) . Tiré de : <http://www.mocatest.org/>, le 20 juin 2011.

Northwood, M. (2004). Nurses experiences' caring for persons with incontinence. Mémoires de maîtrise non publiés, Université McMaster, Hamilton (Ontario) Canada.

Ostaszkiwicz, J. (2006). The clinical effectiveness of systematic voiding programmes: Results of a metastudy. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 12, 5-6.

Ostaszkiwicz, J., T. Chestney, B. Roe (2004). Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, DOI: 10.1002/14651858.CD002801.pub2

Ouslander, J. G., F. J. Schnelle, G. Uman, S. Fingold, G. J. Nigam, E. Tuico et B. B. Jensen (1995). Predictors of successful prompted voiding among incontinent nursing home residents. *Journal of the American Medical Association*, 273(17), 1366-1370.

Palmer, M. H. et D. K. Newman (2004). Bladder matters: Urinary incontinence in nursing homes. *American Journal of Nursing*, 104(11), 57-59.

Palmer, M. H. (1995). Nurses' knowledge and beliefs about continence interventions in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1065-72.

Peet, M. S., M. C. Castleden, W. C. McGrother et M. H. Duffin (1996). The management of urinary incontinence in residential and nursing homes for older people. *Age and Ageing*, 25(2), 139-143.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (mise à jour en 2011). Prévention de la constipation chez les personnes âgées. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (mise à jour en 2011). Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (mise à jour en 2010). Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les personnes âgées. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (mise à jour en 2010). Le soin des personnes souffrant de délire, de démence ou de dépression. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Resnick, B., L. J. Keilman, B. Calabrese, P. Parmelee, L. Lawhorne, J. Paillet et J. Ouslander (2006). Nursing staff beliefs and expectations about continence care in nursing homes. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(6), 610-618.

Rodriguez, N. A., C. M. Sackley et F. J. Badger (2007). Exploring the facets of continence care: A continence survey of care homes for older people in Birmingham. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 954-962.

Roe, B., J. Milne, J. Ostaszkiwicz et S. Wallace (2006). Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: A synopsis of findings on theory and methods using metastudy techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 3-14.

Schnelle, J. F. (1990). Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 356-360.

Réseau de transfert de la recherche sur la santé des personnes âgées (SHRTN) (2011). Tiré de : <http://beta.shrtn.on.ca/>, le 20 juin 2011.

- Skelly J. (2007). Promoting Continence Care A Bladder and Bowel Handbook for Care Providers. Didacticiel personnalisé, Université McMaster, Hamilton (Ontario).
- Sorbye, L. W., H. Finne-Soveri, G. Ljunggren, E. Topinkova, V. Garms-Homolova, A. B. Jensdottir et R. Bernabei (2007). Urinary incontinence and use of pads - Clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 33-44.
- Starr, J. M. (2007) Cholinesterase inhibitor treatment and urinary incontinence in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatric Society*, 55(5), 800-801.
- Sui, H., L. Schindel Martin, J. Skelly et M. Northwood (2001). Caring for incontinent residents. *Long Term Care*, 11(4), 7-12.
- Taunton, R. L., D. L. Swagerty, J. A. Lasseter et R. H. Lee (2005). Continent or incontinent? That is the question. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 36-44.
- Toronto Best Practice in LTC Initiative (2006). Policy and procedure: Bladder and bowel management. Tiré de : <http://www.rgp.toronto.on.ca>
- Wright, J. (2006). Developing a tool to assess person-centred continence care. *Nursing Older People*, 18(6), 23-28.
- Wyman, J. F. (2003). Treatment of urinary incontinence in men and older women: The evidence shows then efficacy of a variety of techniques. *American Journal of Nursing*, (Suppl), 26-31, 33-5, 54-6.

Version de mars 2005

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Favoriser la continence par le déclenchement de la miction



*Ce projet a été financé
par le gouvernement de l'Ontario*



0-920166-78-4



RNAO

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

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS