

Tables des matières

Résumé.....	ii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Introduction	ix
Problématique	3
Question de recherche	7
Objectifs	7
Récension des écrits	8
L'incontinence urinaire	9
Définitions et prévalence	9
Physiopathologie	9
Causes	10
Types d'incontinence urinaire	11
Conséquences	13
Interventions infirmières	14
Cadre théorique	22
Théorie / Aspects théoriques	23
Le cadre PARIHS	23
La preuve	23
Le contexte	24
La facilitation	24
L'intégration des savoirs scientifiques dans la pratique	25
Processus de l'evidence based nursing (EBN)	26
Philosophie du caring	30
Le caring	30
Les 6 C de Roach	31
Les facteurs caratifs	32
Concept de l'adhérence infirmière	35
Caractéristiques personnelles de l'infirmier	35
Organisation de l'établissement	36
Caractéristiques des preuves	36

Méthode	38
Argumentation du devis.....	39
Les stratégies de recherche	40
Stratégie de recherche Pubmed.....	41
Stratégie 1.....	41
Stratégie 2.....	42
Stratégie de recherche Cinhal.....	42
Stratégie 1.....	42
Stratégie 2.....	43
Flow Charte.....	44
La stratégie d'analyse d'articles scientifiques	45
Résultats	46
Les caractéristiques et la qualité méthodologique des articles retenus.....	47
Le patient	54
Le contexte	55
Les ressources	55
L'établissement	56
Niveau de formation	57
La facilitation	58
Discussion.....	60
Réponse à la question de recherche	61
Discussion des résultats en lien avec le cadre théorique.....	62
Le patient	63
Le contexte.....	64
Le jugement clinique.....	66
La preuve	67
L'infirmier.....	68
Recommandations	69
Pour la pratique	69
Pour la recherche	71
Pour l'éducation.....	71
Limites et forces de la revue de littérature	72
Forces	72
Limites.....	73
Conclusion	74

Références.....	76
Appendice A : Déclaration d'authenticité	84
Appendice B : Grilles de résumés et d'analyses critiques des articles scientifiques	86
Appendice C : Les concepts clés de l'école du caring	190
Appendice D : Les facteurs caratifs de Watson	192

Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés question PICO.....	7
Tableau 2 : Liste des mots-clés pour Pubmed	40
Tableau 3 : Liste des mots-clés pour Cinahl	41
Tableau 4 : Synthèse des résultats des articles sélectionnés	51

Liste des figures

Figure 1. Modèle de l'EBN.....	29
Figure 2. La prise de décision infirmière EBN.....	34
Figure 3. Flowcharte.....	44

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aidées et soutenues pour la réalisation de ce travail de fin de formation.

Nous remercions particulièrement notre directrice de travail de Bachelor, Madame Catherine Senn-Dubey qui nous a beaucoup écouté, qui a su nous mettre sur la bonne voie, qui nous a donné beaucoup de conseils et qui était toujours à notre disposition.

Nous adressons également nos remerciements à Sandrine Progin, à Cédric Schlegel et à Nicolas Pittet qui ont été des excellents relecteurs de notre thèse de Bachelor.

Pour finir, notre famille et nos amis ont été de forts soutiens. Ensemble, ils nous ont donné le courage de rester motivées jusqu'à la fin de l'écriture de notre travail.

Rapport-Gratuit.com

Introduction

Notre siècle est marqué par un vieillissement démographique engendrant des défis au niveau politique, économique, sociétal et au niveau de la santé (Avenir Suisse, 2018). Selon la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (2018), l'incontinence urinaire n'est pas une maladie mais un symptôme et elle touche des personnes de tous les âges. Brunner, Suddarth, Smeltzer et Bare (2011), indiquent que cette problématique de soin n'est pas en lien avec le processus de sénescence. Ce n'est donc pas une fatalité (Curaviva, 2014).

L'incontinence urinaire a de nombreuses conséquences ayant un impact négatif sur la qualité de vie des personnes touchées. Curaviva (2014), en démontre de multiples conséquences tels que l'isolement social, l'augmentation des coûts de la santé, des escarres voir même des chutes. L'Office fédéral de la statistique (OFS, 2015), indique que ce symptôme peut même mener à une institutionnalisation en EMS.

Suite à une admission en institution de soins de longue durée pour personnes âgées, le personnel soignant, dont les infirmiers, doivent faire face à l'incontinence urinaire. Coin (2012), souligne que l'incontinence urinaire est fréquemment sous-diagnostiquée et sous-traitée. Malgré cela, pour les résidents dont le diagnostic médical a été posé, l'infirmier va soutenir le résident incontinent en l'aidant à trouver des solutions. Cependant, selon Griebeling (2011), il arrive que les infirmiers ne prennent pas assez en considération les guidelines existants. Selon Curaviva (2014), ils proposent seulement aux résidents le port de protections. En effet, ils s'arrêtent qu'à cette intervention coûteuse, alors qu'il en existe d'autres davantage efficaces. Ceci démontre une non-adhérence infirmière aux recommandations de bonnes pratiques.

Problématique

L'OFS (2017), annonce qu'actuellement, en Suisse, il y a un vieillissement de la population qui est dû à une baisse de la natalité et à une augmentation de l'espérance de vie. Chez les personnes de plus de 65 ans, cette espérance de vie s'est accrue entre 1900 et 2016 (OFS, 2017). En effet, elle est passée de 9.9 ans à 19.8 ans chez les hommes et de 9.8 ans à 22.6 ans chez les femmes, respectivement (OFS, 2017). En 2016, la Suisse comptait 1.52 millions de personnes de plus de 65 ans (OFS, 2017). Roland et al. (2011), décrivent qu'avec le vieillissement, il y a une baisse des capacités physiologiques qui modifient les mécanismes d'adaptation au stress. C'est ce qui se nomme la fragilité de la personne âgée. En effet, plus un individu vieillit, plus il est à risque de devenir fragile et de développer des problèmes de santé comme par exemple l'incontinence urinaire (Roland et al., 2011). Selon Brunner et al. (2011), ce problème de santé est plus fréquent avec l'âge, mais il n'est pas une conséquence normale du vieillissement.

Curaviva (2014), démontre que 200'000 millions de personnes souffrent d'incontinence urinaire dans le monde. Concernant la Suisse, environ 400'000 personnes en sont touchées (Curaviva, 2014). Selon Da Silva et d'Elboux (2012), cette problématique concerne plus les femmes que les hommes. [traduction libre] (p.1222) Elle demeure un des symptômes de la déchéance de la santé fonctionnelle des individus (OFS, 2012). Selon l'OFS (2012), une personne âgée sur cinq, soit 17% des individus âgés en Suisse sont concernés par des troubles d'ordre urinaire. Plus précisément, l'incontinence urinaire atteint 14.7% des individus de 65 ans à 79 ans et 22.4% des personnes âgées de plus de 80 ans vivant sur le territoire helvétique (OFS, 2012).

Selon Coin (2012), l'incontinence urinaire est régulièrement sous-diagnostiquée et sous-traitée. Seulement 32% des médecins interrogent leurs patients sur ce

problème de santé et 50% à 75% des bénéficiaires de soins ne mentionnent pas la présence des symptômes aux professionnels de la santé. Néanmoins, 80% des incontinences peuvent être traitées ou leurs manifestations cliniques améliorées (Coin, 2012).

Selon Curaviva (2014), l'incontinence urinaire a un impact négatif sur la qualité de vie des personnes touchées et cela engendre des conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques.

L'OFS (2012), évoque que l'incontinence urinaire est une des principales causes d'entrée en EMS. Notons que la moyenne d'âge d'admission en EMS en Suisse est de 81,3 ans, hommes et femmes confondus (OFS, 2015). Avant 75 ans, il n'y a que 1% à 2% de personnes en institution ; concernant les sujets de 80 ans à 84 ans, ce pourcentage s'élève à 9%; pour les personnes de 95 ans et plus, il y en a 44% en EMS (OFS, 2012).

Da Silva et D'Elboux (2012), indiquent qu'une prise en soins individuelle est nécessaire afin de réduire l'impact des conséquences de l'incontinence urinaire. [traduction libre] (p.1222) Bellman (2017), rajoute également que la gestion de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées doit être effectuée en fonction de leur fragilité et non en fonction de leur âge. [traduction libre] (p.4) De plus, la prise en charge de cette problématique de soins se fait en interdisciplinarité, un diagnostic doit être posé par le médecin et les infirmiers effectuerons des soins EBN en fonction (Gogniat, 2016).

Des interventions infirmières sont recommandées dans les guides de bonnes pratiques. En effet, selon Integreo (n.d.), les lignes directrices ont pour but d'améliorer la prise en charge infirmière face à une problématique de soins, étant donné que les actions sont basées sur des preuves scientifiques. Lappen, Berall,

Davignon, Iancovitz et Karuza (2016), explicitent que l'incontinence urinaire peut être traitée, mieux gérée ou mieux contenue grâce à des interventions de soins spécifiques. [traduction libre] (p.24)

Concernant notre thématique, les guides de bonnes pratiques proposent plusieurs interventions conservatrices afin de diminuer l'incidence de l'incontinence urinaire dans les EMS. [traduction libre] (Bellman, 2017, p.2) Selon Bellman (2017), ces stratégies englobent une modification du mode de vie de la personne surtout au niveau de l'alimentation, de l'hydratation et de l'exercice physique. [traduction libre] (p.2) Elles comprennent aussi la stimulation électrique et l'utilisation de matériel d'incontinence. [traduction libre] (Bellman, 2017, p.2)

L'incontinence urinaire est un sujet vaste et actuellement, il existe beaucoup de connaissances sur le management de cette problématique de soins. Cependant, Griebeling (2011), souligne une non-adhérence de la part des infirmiers aux guidelines, c'est-à-dire aux recommandations de bonnes pratiques. [traduction libre] (p.656) Nous pouvons nous interroger sur l'existence des guidelines datant des années nonante et comprenant des recommandations similaires aux bonnes pratiques d'aujourd'hui qui ne sont toujours pas prises en compte par les infirmiers. Nous nous questionnons sur les raisons pour lesquelles ces interventions ne sont pas pratiquées dans les soins aux personnes âgées présentant une incontinence urinaire.

Question de recherche

La problématique décrite ci-dessus nous amène à formuler la question qui va orienter notre recherche documentaire (voir tableau 1) :

Quels sont les facteurs qui influencent l'adhérence aux recommandations de bonnes pratiques de la part des infirmiers concernant l'incontinence urinaire chez les personnes âgées vivant en EMS ?

Tableau 1

Mots-clés question PICO

(P) Population	- Infirmiers
(I) Intervention	- Gestion de l'incontinence urinaire - Promotion de la santé - Adhérence aux guidelines
(C) Contexte	- Institutions - EMS
(O) Outcome	- Promouvoir l'utilisation de guidelines sur l'incontinence urinaire

Objectifs

Cette revue de littérature a comme but d'identifier les facteurs empêchant l'utilisation des lignes directrices concernant l'incontinence urinaire par les infirmiers dans les institutions de longue durée pour personnes âgées.

Recension des écrits

L'incontinence urinaire

Définition et prévalence

Selon Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2011), l'incontinence urinaire est définie comme une fuite involontaire d'urine. [traduction libre » (p.16) Da Silva et d'Elboux (2012), citent que l'incontinence urinaire est un problème de santé publique qui peut toucher des personnes de toutes les populations confondues et sa prévalence augmente avec l'avancée de l'âge. [traduction libre] (p.1222) Selon Coin (2012), l'incontinence urinaire touche 15% à 30% des personnes âgées vivant à domicile, 30% à 40% des patients hospitalisés et 50% à 60% des résidents des EMS. Curaviva (2014), explique qu'en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement grandissant de la population, ces chiffres vont s'élever encore plus dans les années à venir. Lawhorne, Ouslander et Parmelee (2008), évoquent que dans certaines institutions de soins pour personnes âgées, l'incontinence urinaire n'est pas une priorité, cependant, cette problématique est y répandue. [traduction libre] (p.505)

Physiopathologie

Selon Sphère-Santé (2017), la vessie est un organe composé de deux sphincters faisant partie du système urinaire. Sphère-Santé (2017), décrit le premier sphincter comme étant interne et contenant du muscle lisse. Celui-ci est contrôlé par le système nerveux végétatif, il est indépendant de notre volonté et il est contracté en permanence en dehors de la miction (Sphère-Santé, 2017). Selon la source citée précédemment, le deuxième sphincter est externe et contient du muscle strié. Celui-ci est contrôlé par le système nerveux somatique et donc il peut être contracté

lorsque la personne ressent le besoin d'uriner et ainsi éviter les pertes d'urine (Sphère-santé, 2017). Haab, Castel, Ciofu, Coloby et Delmas (1999), décrivent que le vieillissement modifie la vessie au niveau histologique et fonctionnel, ce qui peut expliquer l'apparition d'une incontinence urinaire. Sphère-Santé (2016), évoque que la « dénervation partielle de la vessie, la diminution de la masse musculaire et de la sensation de besoin, ainsi que l'augmentation de la sensibilité des récepteurs cholinergiques présents dans la paroi vésicale » sont des facteurs directement liés au processus de vieillissement ayant un impact sur la continence urinaire. Lorsque ces muscles de la vessie ne sont plus ou que partiellement fonctionnels, il y a une incontinence (Sphère-Santé, 2017). De plus, un autre facteur favorisant l'incontinence est, selon Ballanger et Rischmann (2002), les mécanismes de pression. En effet, l'incontinence urinaire résulte d'un déséquilibre de pression entre la vessie et l'urètre (Ballanger & Rischmann, 2002). Lorsque la pression intra-vésicale est supérieure à la pression intra-urétrale, c'est-à-dire que la pression dans la vessie est plus grande que celle dans l'urètre, des fuites d'urine surviennent (Ballanger & Rischmann, 2002).

Causes

L'OFS (2012), indique que l'incontinence urinaire est multifactorielle chez les individus du grand âge. Le réseau canadien pour la santé des femmes (2012), décrit l'existence des facteurs urologiques tels que les infections urinaires, la vessie hyperactive ou la descente de celle-ci. Brunner et al. (2011), rajoutent que le traumatisme du sphincter urinaire externe ou le relâchement de celui-ci peut rendre l'urètre dysfonctionnel entraînant une incontinence. De même, nous retrouvons des facteurs non-urologiques qui sont également à l'origine de fuites urinaires. Selon Brunner et al. (2011), il s'agit de la prise médicamenteuse, de troubles

neurologiques comme par exemple la démence ou le parkinson, de l'immobilité, des activités physiques difficiles, le tabac, le diabète, la constipation, l'obésité, la diminution de l'hydratation, l'affaiblissement des muscles du plancher pelvien et les accidents vasculaires cérébraux. Concernant, les femmes, Brunner et al. (2011), énoncent d'autres facteurs comme la ménopause due à la diminution du taux d'œstrogènes, des opérations touchant les voies uro-génitales, des traumatismes obstétricaux comme les accouchements par voie basse ou l'épisiotomie. Passeport santé (2017), cite que chez les hommes, le trouble de la prostate ou la chirurgie de cet organe sont des étiologies susceptibles de provoquer une incontinence urinaire.

Types d'incontinence urinaire

Selon le RNAO (2011), l'incontinence urinaire peut être classifiée en différentes catégories en fonction de sa cause. [traduction libre] (p.16) Cette même association d'infirmières révèle que ce problème de santé peut être transitoire s'il est lié à des causes extérieures touchant l'appareil urinaire comme des opérations, des infections urinaires ou vaginales, la prise de certains médicaments, des troubles psychologiques ou la mobilité réduite. [traduction libre] (p.16)

Brunner et al. (2011), décrivent que l'incontinence urinaire est dite d'urgence ou impérieuse si la personne perd de l'urine parce qu'elle n'arrive pas à se retenir jusqu'aux toilettes. Passeport santé (2017), rajoute que la personne présente également des envies soudaines et impérieuses d'uriner. Selon Gonthier, Cornuz, Achdari et Jichlinski (2008), la perte d'urine, dans le cas d'incontinence urinaire d'urgence, est plus ou moins importante.

Selon le RNAO (2011), l'augmentation de la pression abdominale suite à un effort tel qu'une quinte de toux ou un éternuement, par exemple, peut provoquer des

fuites urinaires faibles ou soudaines qui se traduisent par une incontinence d'effort ou de stress. [traduction libre] (p.16)

Brunner et al. (2011), décrivent que, parfois, en raison d'une lésion située au niveau de la moelle épinière, les individus n'arrivent pas à contracter les muscles de la vessie et ne ressentent pas le besoin d'uriner, entraînant ainsi une incontinence involontaire réflexe.

L'incontinence de débordement ou par regorgement, selon le RNAO (2011), concerne la perte involontaire d'urine liée à la distension de la vessie. [traduction libre] (p.6) Brunner et al. (2011), précisent que cette atteinte physiologique provoque une évacuation incomplète de la vessie et des fuites urinaires continues.

Selon Brunner et al. (2011), lorsqu'une personne ne peut pas accéder aux toilettes à cause d'une altération de son fonctionnement cognitif et/ou physique ou lors de la présence d'une barrière dans son environnement, l'incontinence urinaire est dite fonctionnelle.

Brunner et al. (2011), énoncent qu'il existe également l'incontinence urinaire iatrogène liée à des facteurs médicaux, incluant principalement la prise de certains médicaments, qui vont altérer le fonctionnement physiologique de la vessie.

Ces mêmes auteurs soulignent que l'incontinence est d'origine mixte lorsque la personne est affectée par plusieurs types d'incontinence urinaire. Il s'agit la plupart du temps de l'incontinence de stress ou d'effort combinée à l'incontinence d'urgence ou impérieuse (Brunner et al., 2011).

Finalement, RNAO (2011), décrit que l'incontinence urinaire est totale, quand la personne perd de l'urine en continu et de manière imprévisible. [traduction libre] (p.16)

Conséquences

L'incontinence urinaire a des conséquences sur le plan physique des individus. Le fait d'être incontinent peut provoquer des altérations de l'intégrité de la peau comme des rougeurs (Passeport santé, 2011), des escarres (Curaviva, 2014) et/ou des ulcères provoqués par le contact constant de la peau avec l'urine (Coin, 2012). De plus, selon Curaviva (2014), l'immobilité due à la peur de se mouvoir ce qui peut provoquer des fuites urinaires est une autre conséquence. Des fractures découlant d'une chute suite à une glissade sur de l'urine sont d'autres complications selon Curaviva (2014). Passeport santé (2011), nomment également l'infection urinaire comme une conséquence physique à l'incontinence. Finalement, Brunner et al. (2011), citent qu'un dysfonctionnement sexuel et qu'une augmentation de la mortalité découlent de ce problème de santé.

Cette pathologie a également des implications psychiques. Selon Curaviva (2014), elles englobent la perte de l'estime et de l'image soi, les patients peuvent ressentir de la honte, de la gêne, de l'humiliation, ils peuvent éprouver une perte de contrôle de leur corps et ils ont l'impression de ne pas être propre en raison de la présence d'odeurs et d'habits sales. De la stigmatisation, de l'anxiété ainsi que de la dépression face à leur problème de santé sont d'autres conséquences nommées par Coin (2012).

A tout cela s'ajoutent des répercussions sociales. Selon Curaviva (2014), les personnes touchées s'isolent de plus en plus. Da Silva et D'Elboux (2012), mentionnent qu'elles limitent leurs sorties, leurs loisirs, ainsi que leurs contacts avec leur entourage parce qu'elles ont peur d'avoir des fuites urinaires dans des lieux publics. [traduction libre] (p.1222) A contrario, Coin (2012), cite que l'incontinence urinaire peut amener à une dépendance envers leurs proches en raison d'un déclin

fonctionnel. Selon la fondation d'aide aux personnes incontinentes (2018), les individus acceptent difficilement le fait que du matériel pour incontinents soit nécessaire. Cela est vu comme infantilisant et sénile (Sphère-Santé, 2015).

En étant incontinent, il existe aussi des répercussions économiques. En effet, Curaviva (2014), nomme que la plupart des personnes soignées utilisent des produits d'incontinence, c'est-à-dire des produits nettoyants, des crèmes, des protections, des serviettes hygiéniques pour lutter contre leur problème de santé, dont le prix s'élève à plusieurs dizaines de millions de francs par année. En institution, il faut compter approximativement 520 francs par an et par lit pour une personne incontinente urinaire (Curaviva, 2014).

Albers-Heitner, Berghmans, Nieman, Lagro-Janssen, et Winkens (2008), expliquent que toutes les conséquences et les complications possibles mentionnées ci-dessus causent un effet négatif sur la qualité de vie de la population âgée. [traduction libre] (p. 807)

Interventions infirmières

Selon Albers-Heitner et al. (2008), il existe des recommandations de bonnes pratiques mondiales présentant les actions qui peuvent être réalisées afin de gérer l'incontinence urinaire, destinées à tous les professionnels de la santé. [traduction libre] (p.807) Les interventions spécifiques aux infirmiers vont être explicitées ci-dessous. Leur niveau de preuve est haute, de grade A ou B.

Tout d'abord, selon Bellman (2017), une évaluation clinique incluant une anamnèse et un examen physique, dans le but de déterminer le type d'incontinence, doit être réalisée. [traduction libre] (p.3) Plus précisément, selon Brunner et al., (2011), l'anamnèse doit tenir compte des antécédents urologiques, gynécologiques,

médicaux, chirurgicaux, des habitudes d'élimination, des traitements médicamenteux et des apports liquidiens de la personne. Jarvis (2015), rajoute que des questions concernant la qualité, la quantité, la fréquence et la survenue des mictions doivent être posées. Concernant l'examen physique, Brunner et al. (2011), indiquent qu'il faut inspecter, palper et percuter l'abdomen, la région sus-pubienne ainsi que le bas du dos. Les organes génitaux doivent être observés (Brunner et al., 2011).

Da Silva et D'Elboux (2012), évoquent que l'alimentation doit être riche en fibres pour que l'individu ne soit pas constipé et pour qu'il n'y ait pas de modification de l'angle de l'urètre provoquant une miction incomplète, des fuites voire même une infection urinaire. Selon la société suisse de nutrition (SSN, 2018), il est conseillé de manger cinq fruits et légumes par jour. Plus précisément, Passeport santé (2018), indique que les besoins quotidiens en fibres sont de 30 grammes pour les hommes de 50 ans et plus et de 21 grammes pour les femmes de 50 ans et plus, respectivement. Concernant les boissons, Da Silva et D'Elboux (2012), disent que les infirmiers doivent favoriser une hydratation suffisante. [traduction libre] (p.1223) Brunner et al. (2011), citent qu'il est recommandé d'ingérer entre 1500 ml et 1600 ml de liquide par jour, en petites quantités et réparti sur toute la journée. Ces mêmes auteurs justifient que cette intervention réduit les besoins pressants induits par la formation d'urine concentrée, diminue le risque infectieux des voies urinaires et entretient le bon fonctionnement intestinal.

Da Silva et D'Elboux (2012), évoquent que l'infirmier doit favoriser une diminution de la prise d'aliments qui rendent le muscle détruseur vésical instable et qui irritent la vessie. [traduction libre] (p.1223) Cela provoque une miction urgente (Brunner et al., 2011). Les individus incontinents doivent consommer, selon Egnatios, Dupree et Williams (2010), moins de deux tasses de café par jour. Les plats épicés, acides et

les boissons gazeuses sont à éviter pour les raisons citées ci-dessus (Passeport santé, 2018).

Da Silva et D'Elboux (2012), font référence au renforcement musculaire adapté au niveau pelvien. [traduction libre] (p.1223) Celui-ci est à privilégier afin de prévenir ou d'améliorer les symptômes d'incontinence urinaire car cela permet d'aider à la fermeture du sphincter externe volontaire de l'urètre. [traduction libre] (Da Silva et D'Elboux, 2012, p.1223) Selon Egnatios et al. (2010), la personne doit apprendre à contracter ses muscles périvaginaux ou son sphincter anal pendant une période de dix seconds suivis d'un temps de relaxation d'également dix secondes (Brunner et al., 2011), et cela environ 30 à 80 fois par jour pendant huit semaines. [traduction libre] (p.624) Brunner et al. (2011), nomment ces pratiques de renforcement musculaire exercices de Kegel. Selon Da Silva et D'Elboux (2012), les infirmiers peuvent conseiller aux personnes présentant une incontinence d'effectuer les exercices de Kegel quand elles ressentent le besoin d'uriner, ceci juste avant d'aller aux toilettes évitant ainsi les fuites urinaires. [traduction libre] (1223)

Da Silva et D'Elboux (2012), expliquent que la pratique régulière d'exercices physiques afin que la personne âgée puisse aller aux toilettes quand elle en a besoin est aussi conseillée à ce type de population. [traduction libre] (p.1223) Les mêmes auteurs évoquent que le sport permet également la réduction de la charge pondérale si le patient est en surpoids de manière à réduire la pression abdominale ainsi que celle intra vésicale pouvant contribuer à l'incontinence urinaire. [traduction libre] (Da Silva et D'Elboux, 2012, p. 1223) Selon Sphère-santé (2017), la natation, le vélo et la marche non rapide sont des sports recommandés en cas d'incontinence urinaire. Ceux-ci, selon Hartmann (2014), sollicitent très peu la musculature abdominale. L'Office fédérale du sport (2017), conseille d'effectuer au moins deux heures et demie de mouvements par semaine.

Selon Nguyen (2017), la stimulation électrique peut être utilisée comme traitement à l'incontinence urinaire. [traduction libre] (p.3) Chez les personnes âgées, électrostimulateur.org (2017), dit que la stimulation électrique transcutanée est préconisée en cas d'incontinence urinaire. Cette même source évoque que deux électrodes sont placées sur le pied et sur la jambe du patient, l'électrode négative est collée sur le nerf tibial postérieur, au niveau de la malléole interne et l'électrode positive est collée sur le chemin de ce nerf au niveau de la jambe. Un courant électrique est passé entre ces électrodes (électrostimulateur.org, 2017). La stimulation de ce nerf va également avoir un effet sur les racines lombo-sacrées, plus précisément au niveau de L4 et de S3, permettant de réguler le réflexe de miction (électrostimulateur.org, 2017). Brunner et al. (2011), précisent que cette technique provoque une « contraction passive des muscles du plancher pelvien ce qui permet de rééduquer ces muscles et d'accroître le niveau de continence de la personne » (p.1675). Electrostimulateur.org (2017), décrit que les personnes ont en général 12 séances, dont environ trois séances par semaine d'une durée de 20 à 30 minutes. L'intensité de la fréquence électrique est décidée par le thérapeute en fonction de la cause de l'incontinence urinaire (Brunner et al., 2011). Brunner et al. (2011), différencie trois types de fréquence électrique, à savoir la haute et la basse fréquence ainsi que les fréquences intermédiaires. Electrostimulateur.org (2017), révèle que 68% des individus ayant recours à la stimulation électrique voient leur incontinence urinaire diminuer. Ces mêmes auteurs décrivent que cette intervention est non-invasive, économique et elle provoque peu d'effets secondaires. Selon Nguyen (2017), les principaux effets indésirables sont l'inconfort et la douleur. [traduction libre] (p.3) De ce fait, le patient doit donner son consentement avant la réalisation de cette technique de soins. [traduction libre] (Nguyen, 2017, p.3)

De plus, selon Roe et al. (2010), des programmes de miction incitée ont été instaurés dans les EMS, spécialement pour les patients ayant des atteintes cognitives et physiques ce qui augmente la capacité vésicale et diminue les épisodes de pertes d'urine. [traduction libre] (p.246) Mais, Brunner et al. (2011), expliquent que ces interventions sont aussi efficaces pour les personnes ayant toutes leurs capacités physiques et mentales. Selon Lappen et al. (2016), cette intervention est prouvée scientifiquement comme efficace. [traduction libre] (p.24) Un programme mictionnel désigne que des horaires de miction sont installés, en fonction des habitudes vésicales de la personne qui doivent être étudiées au préalable (Brunner et al., 2011). Le patient urine à des moments précis évitant ainsi un besoin pressant pouvant entraîner des pertes urinaires (Brunner et al., 2011). Brunner et al. (2011), rajoutent que pour les personnes ayant une pathologie touchant les fonctions cognitives, la miction sur commande est à privilégier. Cette intervention fait référence au fait qu'un soignant ou un proche rappelle à l'individu qu'il doit aller aux toilettes (Brunner et al., 2011). Brunner et al. (2011), évoquent également que « la rééducation consiste à établir un horaire de miction dont les intervalles sont plus courts que ceux qui choisirait normalement la personne » (p.1675). Cette technique permet aux personnes qui ne ressentent plus le besoin d'uriner de retrouver cette sensation (Brunner et al., 2011).

Roe et al. (2010), indiquent que pour lutter contre cette problématique du système urinaire, certains patients prennent des traitements médicamenteux. [traduction libre] (p.246)

Premièrement, Brunner et al. (2011), évoquent que les substances anticholinergiques sont le traitement de choix pour soulager l'incontinence urinaire. Selon la fondation d'aide aux personnes incontinentes (2018), les anticholinergiques vont empêcher l'action d'un neurotransmetteur nommé

acétylcholine ; en effet, ce dernier permet la contraction des muscles de la vessie. Lorsqu'elle est inhibée, les muscles de la vessie ne se contractent pas que partiellement, diminuant ainsi les fuites urinaires (Fondation d'aide aux personnes incontinentes, 2018). Cependant, des effets secondaires comme la bouche sèche, la vision trouble et la constipation peuvent survenir (Fondation d'aide aux personnes incontinentes, 2018).

Deuxièmement, Brunner et al. (2011), parlent de l'action des antidépresseurs tricycliques. Ils relâchent la musculature de la paroi de la vessie évitant les contractions vésicales et fortifient les sphincters (Fondation d'aide aux personnes incontinentes, 2018).

Troisièmement, les œstrogènes sont aussi, selon Brunner et al. (2011), un traitement efficace pour lutter contre tous les types d'incontinence urinaire. Ces mêmes auteurs expliquent que « les œstrogènes permettent de réduire l'obstruction de l'écoulement d'urine en rétablissant l'intégrité muqueuse, vasculaire et musculaire de l'urètre » (p.1674).

Selon Brunner et al. (2011), les médicaments doivent être utilisés en même temps que des interventions non-médicamenteuses.

Roe et al. (2010), décrivent que des sondages sont rarement réalisés chez les personnes âgées incontinentes et institutionnalisées. [traduction libre] (p.246) Selon la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (2018), le sondage est réalisé quand les autres traitements ne sont plus efficaces. En effet, le cathétérisme présente un risque élevé d'infection et d'endommagement de voies urinaires et de la vessie ainsi que de formation de calculs vésicaux; de ce fait, ils sont peu utilisés (Fondation d'aide aux personnes incontinentes, 2018). Quand le sondage est exécuté, surtout dans les situations où l'incontinence est due à une vidange

incomplète de la vessie, le médecin décide le type de cathéter à utiliser (Fondation d'aide aux personnes incontinentes, 2018). Soit une sonde intermittente est choisie et elle est utilisée seulement au moment de la miction, la personne insère le cathéter dans la vessie et le retire quand elle est vidée (Fondation d'aide aux personnes incontinentes, 2018). Soit une sonde à demeure reliée à un sac externe de récolte de l'urine est utilisée (Fondation d'aide aux personnes incontinentes, 2018).

Selon l'étude de Roe et al. (2010), les mesures les plus récurrentes dans les EMS pour gérer l'incontinence urinaire sont l'utilisation de serviettes hygiéniques ou de protections qui doivent être contrôlées régulièrement et changées au besoin par l'infirmier. [traduction libre] (p.246) Selon l'Association Alzheimer Suisse (2008), « les protections pour incontinence existent en différentes tailles, avec différents degrés d'absorption et systèmes de fermetures, pour le jour ou la nuit, pour hommes ou pour femmes » (p.4). Les personnes peuvent choisir une protection qui convient à leurs habitudes de vie et à leur type d'incontinence urinaire. Hartmann (2018), indique que « pour une incontinence sévère, trois changes par jour sont généralement suffisants : le matin, en milieu de journée et avant le coucher ». De plus, selon la même source, si la personne demande de changer sa protection, il faut le faire dès que possible ou au moins la contrôler afin de constater la nécessité de la changer. Il est important de savoir qu'une protection humide portée trop longtemps a des conséquences néfastes sur l'état cutané des patients et provoque une sensation d'inconfort (Hartmann, 2018). Par ce fait, l'hygiène et le confort des patients incontinents sont très importants (Hartmann, 2018).

Finalement, selon Brunner et al. (2011), l'infirmier a également pour rôle d'effectuer des interventions de soutien, d'information et de formation à l'autogestion qui va permettre au résident d'améliorer son état d'incontinence. D'après Roe et al.

(2010), 54% des résidents ainsi que 2% de leur famille des 76% des institutions incluses dans cette étude ont été impliqués dans le choix du traitement d'incontinence. [traduction libre] (p.246) Cependant, ils devraient être encore plus impliqués dans les décisions concernant le management de l'incontinence urinaire. [traduction libre] (Roe et al., 2010, p. 247)

Cadre théorique

Théorie / Aspects théoriques

Le cadre PARIHS

La Prifysgol Bangor University (2018), indique que Rycroft-Malone a obtenu un Bachelor en psychologie, un master en psychologie du travail puis un doctorat en sciences de la santé. [traduction libre] Elle travaille actuellement à l'Université de Bangor en tant que professeure et vice-chancelière pour la recherche. [traduction libre] (Health and Care Research Wales, 2018) Elle est également cheffe de la recherche de l'organisation nommée « Health and Care Research Wales ». [traduction libre] (Health and Care Research Wales, 2018)

Selon Rycroft-Malone (2004), la mise en pratique des données tirées de la recherche scientifique sont « une tâche complexe, désordonnées et exigeante ». [traduction libre] (p.297) Raison pour laquelle cette même auteure a élaboré un cadre de promotion de la mise en œuvre de la recherche dans les services de santé, abrégé PARIHS. [traduction libre] (p.298) Trois éléments, à savoir la preuve, le contexte et la facilitation interagissent entre eux et permettent une mise en place réussie des guidelines. [traduction libre] (Rycroft-Malone, 2004, p.300)

La preuve

La preuve est définie comme des connaissances venant de plusieurs sources soumises à des tests et jugées comme crédibles (recherches bien conçues, expérience clinique de l'infirmier, expérience du patient). [traduction libre] (Rycroft-Malone, 2004, p. 298) Plus la preuve est haute, plus elle est facile à accepter et donc les infirmiers adhéreront davantage aux guides de bonnes pratiques.



[traduction libre] (Rycroft-Malone, 2004, p.298) Selon Behrens et Langer (2016), la preuve fait référence à l'évidence externe.

Le contexte

Le contexte désigne l'environnement où sera mis en œuvre le guide de recommandation de bonnes pratiques (ressources humaines, financières et matérielles, travail en équipe, leadership). [traduction libre] (Rycroft-Malone, 2004, p.299) Rycroft-Malone (2004), évoque que le contexte est un puissant médiateur pour la mise en place des données EBN. Ce dernier n'est pas unique parce que l'utilisation de lignes directrices se déroule dans divers contextes, communautés et cultures. [traduction libre] (p.299) Cette même auteure indique que les contextes sont influencés par des facteurs d'ordre économique, social, politique, fiscal, historique et psychosocial. [traduction libre] (p.299)

La facilitation

La facilitation se caractérise par l'ensemble d'éléments qui vont aider à l'implémentation de données probantes (partenariat, enseignement, apprentissages effectués, formations). [traduction libre] (Rycroft-Malone, 2004, p.300)

Ces trois éléments sont essentiels à la réussite de la mise en pratique des interventions EBN et à l'intégration des données scientifiques dans la pratique. [traduction libre] (Rycroft-Malone, 2004, p.300)

L'intégration des savoirs scientifiques dans la pratique

Dubois (2011), démontre que les résultats de la recherche permettent de confirmer les pratiques déjà existantes ou au contraire, il peut y avoir des remises en question. Cela entraîne des changements dans la manière de prodiguer les soins infirmiers afin de garantir la qualité des soins (Dubois, 2011).

Concernant l'incontinence urinaire, nous savons quelles sont les actions à entreprendre de manière à gérer efficacement cette problématique de soins. Néanmoins, selon Dubois (2011) et Griebeling (2011), il n'est pas toujours clair dans quelle mesure les infirmiers tiennent compte des guidelines publiés. [traduction libre] (p.656) Runciman et al. (2012), relèvent que 45% des soins ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques existantes. [traduction libre] (p.103) Selon Fortin et Gagnon (2016), « il existe encore aujourd'hui un fossé entre le monde de la recherche et celui de la pratique professionnelle » (p.7). Melnyk et Fineout-Overholt (2011), précisent qu'il faut environ 17 ans pour que tous les professionnels de la santé adoptent les bonnes pratiques une fois le guideline sorti. [traduction libre] (p. XV).

Un lien entre le cadre PARIHS et l'intégration des savoirs émerge. En effet, il existe un cadre qui permet d'aider à la mise en place des lignes directrices, mais il peut ne pas être connu des infirmiers et donc des difficultés à l'adhérence des guidelines peuvent survenir en relation avec la preuve, la facilitation et le contexte. Ces trois éléments apparaissent également dans le modèle du processus EBN.

Processus de l'evidence based nursing (EBN)

Cette revue de littérature s'inscrit dans le modèle théorique de l'EBN selon DiCenso, Guyatt et Ciliska (2005). McMaster University (2014), indique que DiCenso est une des premières infirmières à avoir développé le concept de l'EBN. [traduction libre] Elle est décrite également comme étant une chercheuse et une auteure en soins infirmiers reconnue internationalement. [traduction libre] (McMaster University, 2014) En plus de son diplôme d'infirmier, elle a obtenu un master en sciences, puis un doctorat en philosophie. [traduction libre] (McMaster University, 2017) Actuellement, elle est à la retraite. [traduction libre] (McMaster University, 2017) Selon The Canadian Medical Hall of Fame (2018), Guyatt est un médecin, un chercheur, un théoricien, un éducateur et un mentor, qui a dirigé le développement de l'evidence based medicine (EBM). [traduction libre] The Canadian Medical Hall of Fame (2018), citent que « les réalisations du Docteur Guyatt ont contribué à faire en sorte que les progrès de la science médicale continuent de soutenir et d'améliorer la qualité de vie des patients partout au Canada et dans le monde ». [traduction libre] Concernant Ciliska, selon McMaster University (2017), elle a obtenu les mêmes diplômes que DiCenso. [traduction libre] Elle enseigne à l'université McMaster, elle est corédactrice de la revue de l'EBN et elle dirige, en collaboration avec d'autres personnes, le centre canadien de la pratique infirmière fondée sur les preuves. [traduction libre] (McMaster University, 2018)

Une autre personnalité importante pour notre revue de littérature est Cochrane, un médecin, un épidémiologiste et professeur de carrière. [traduction libre] (Stavrou, Challoumas et Dimitrakakis, 2014, p.121-122) Suite à ses préoccupations concernant le manque de preuves scientifiques sur les interventions médicales effectuées, il est devenu le père fondateur de l'EBM. [traduction libre] (Stavrou et al.,

2014, p122) Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson (1996), définissent l'EBM comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles en prenant des décisions sur les soins des patients individuels ». [traduction libre] (p.71-72) Afin de pouvoir généraliser les preuves à tous les professionnels de la santé, le terme evidence based practice (EBP) a été créé. [traduction libre] (Scott & McSherry, 2008, p.1087) Sackett et al. (1996), définissent l'EBP comme « le soin factuel est la plus scrupuleuse, la plus explicite et la plus judicieuse utilisation des meilleures évidences scientifiques actuelles lors de prise de décisions en partenariat avec un patient ». [traduction libre] (p.71-72) La profession infirmière s'est approprié du concept de l'EBP afin de l'adapter aux soins infirmiers, faisant ainsi émerger l'evidence base nursing (EBN). [traduction libre] (Scott & McSherry, 2008, p.1088)

Scott et McSherry (2008), définissent, sur la base d'une analyse de concept, l'EBN comme un processus continu par lequel la preuve, la théorie des soins infirmière et l'expertise clinique des infirmiers sont évalués et considérés, avec la participation des patients, pour leur fournir des soins optimaux. [traduction libre] (p.1089) Selon Ingersoll (2000, cité dans Scott & McSherry, 2008), l'EBN fait référence à « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. [traduction libre] (p.1089) Comme Ingersoll (2000, cité dans Scott & McSherry, 2008), nous pensons qu'il existe plusieurs éléments essentiels aux soins infirmiers qui sont absents dans l'EBP tels que la réticence à accepter la recherche qualitative comme preuve, l'importance de la base théorique de la pratique infirmière, les motivations philosophiques et les aspects techniques qui façonnent la prise de décision en soins infirmiers. [traduction libre] (p.1089.) Dès le début, l'accent est clairement mis sur le fait que l'EBN est un processus qui ne se termine

pas une fois la décision prise, mais l'évaluation continue, ce qui implique également la mise en œuvre de décisions basées sur les résultats de la recherche. [traduction libre] (Scott & McSherry, 2008, p.1088)

Nous remarquons que l'EBM, l'EBP et l'EBN ont la même définition, mais un champ d'utilisation différent. L'EBM fait référence à la médecine, l'EBP a toutes les pratiques professionnelles de la santé et l'EBN est spécifique aux soins infirmiers.

Concernant le processus EBN, DiCenso et al. (2005), expliquent que les interventions mises en place par l'infirmier sont basées sur les résultats de recherche EBN, autrement dit la preuve, et sur les ressources disponibles dans un contexte de soins spécifique englobant l'état, le milieu et les circonstances cliniques. Elles sont également prodiguées en fonction du jugement clinique infirmier grâce à sa propre expertise. [traduction libre] (p.4-5) Ce dernier élément fait partie de la composante facilitation du cadre de PARIHS. Cependant, lorsqu'il prodigue un soin à un résident, il doit tenir compte non-seulement des trois éléments cités ci-dessus, mais également des caractéristiques, des préférences, des valeurs et des besoins du patient. Ces quatre éléments vont donc interagir ensemble et ils rendent possible à l'infirmier de prendre une décision consciencieuse (voir figure 1). [traduction libre] (p. 4-5) Les preuves scientifiques ne doivent jamais être prises en considération seules. [traduction libre] (DiCenso et al., 2008, p.8) De plus, la décision infirmière est fortement influencée par le patient, l'infirmier collabore avec lui pour faire des choix adaptés ; le patient est donc une personne d'une haute importance pour les décisions cliniques. [traduction libre] (DiCenso et al., 2008, p.8) Selon Behrens et Langer (2016), l'ensemble des quatre composantes du modèle de l'EBN font référence à l'évidence interne et elles impactent sur l'adhérence infirmière aux guidelines, étant donné que l'infirmier doit prendre en compte tous les éléments cités ci-dessus.

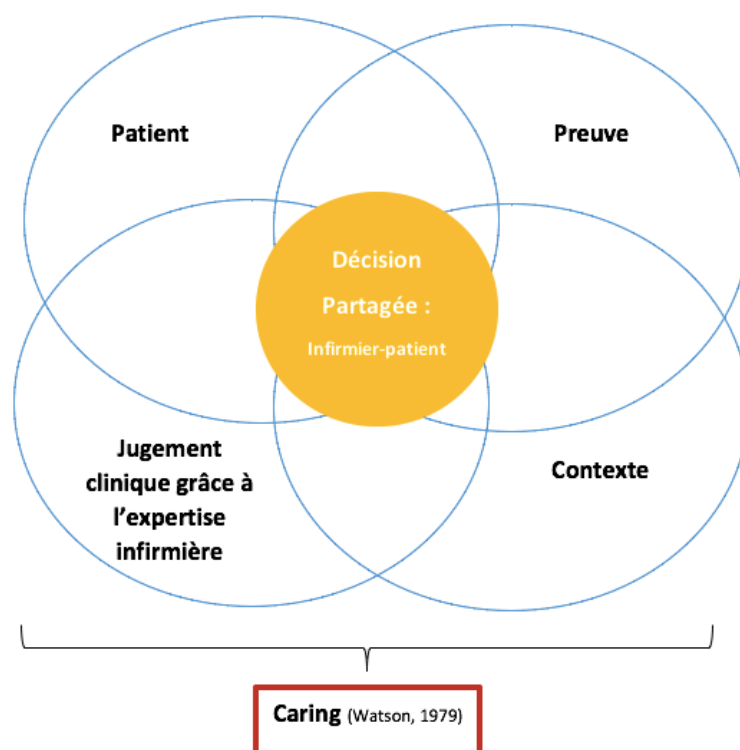


Figure 1. Modèle de l'EBN.

(Inspiré de DiCenso et al., 2005, p.5)

Philosophie du caring

Le caring

La philosophie du caring a été fondée en 1979 par Watson (Watson Caring Science Institute, 2018). Selon le Watson Caring Science Institute (2018), Watson est une infirmière, une professeure et une doyenne à l'Université du Colorado. Elle a créé le « Center for Human Caring » puis le « Watson Caring Science Institute », une association à but non-lucratif dont elle est actuellement directrice (Watson Caring Science Institute, 2018).

Le caring est défini selon Watson (1997, cité dans Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010), comme étant « un idéal de soin à la fois humaniste et scientifique, qui exprime des valeurs de compassion et de respect de l'être humain dans son essence » (p.181). Cara et al. (2016), citent que le caring peut être considéré comme une philosophie dont les valeurs influencent les attitudes des infirmiers et guident toutes leurs interventions. Il existe six valeurs humanistes liées à la notion de caring. Cara et al. (2016), les nomment ainsi « du respect, de la dignité humaine, de la croyance au potentiel de développement de la personne, de la liberté de choix et d'agir, de la rigueur et de l'intégrité » (p.25). L'infirmier s'appuie sur ces valeurs afin de prendre des décisions consciencieuses (voir Appendice C). Le caring est une vision actuelle des soins à laquelle nous adhérons.

Selon l'article 32b de la loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (= LPsan ; RS = 414.20), les infirmiers ont l'obligation « d'appliquer de nouvelles connaissances scientifiques dans l'exercice de leur profession, de mener une réflexion permanente sur leurs aptitudes et leurs capacités et de les mettre à jour tout au long de leur vie ». Nous pouvons lier ce devoir des infirmiers à la valeur de la rigueur appartenant à l'école du caring. Dans le caring, la rigueur signifie

réaliser un travail précis, correct et fidèle tout en utilisant des données et des savoirs basés sur des preuves scientifiques (Cara et al., 2016). Les infirmiers doivent donc actualiser leurs connaissances régulièrement afin d'utiliser des données probantes dans leur pratique pour être caring. Un de leurs moyens est l'utilisation de guidelines en réalisant des recherches sur des bases de données ou en se renseignant auprès des infirmiers cliniciens dans leur milieu de travail.

Les 6 C de Roach

La notion de caring est fortement liée aux 5 C de Roach décrites dans l'article de Caranto (2015), à savoir la compassion, la compétence, la confiance, la conscience, le comportement et l'engagement¹. [traduction libre] (p.1) Ils font référence aux manifestations du caring. [traduction libre] (Caranto, 2015, p.1) Caranto (2015), explique que l'attribut de la compassion est démontré quand un infirmier essaie de comprendre ce que le patient vit et ce qu'il ressent. [traduction libre] (p.1) Le même auteur souligne que la compétence est liée aux gestes techniques réalisés, aux connaissances acquises et à la capacité d'expliquer au patient et à sa famille ce qui est en train de se passer. [traduction libre] (Caranto, 2015, p.1-2) Le troisième attribut, la confiance, est défini par Caranto (2015) comme le fait de donner des informations authentiques et actualisées sur l'état de santé de la personne. [traduction libre] (p.2) Caranto (2015), explique également que l'attribut de la conscience est en lien avec le fait que l'infirmier exécute son travail de manière consciencieuse tout en se rappelant que le patient est une priorité et qu'il doit le défendre si nécessaire, faisant référence ainsi au concept d'advocacy. [traduction libre] (p.2) Caranto (2015), souligne que le comportement est le fait que l'infirmier doit agir comme un professionnel et être authentique avec soi-même, avec la

¹ L'engagement se traduit en anglais par « commitment », faisant parti des 6 C de Roach.

personne soignée et avec son entourage. [traduction libre] (p. 1-3) Finalement, l'engagement selon Caranto (2015), « c'est rester avec la famille et le patient pour la durée de la prise en soins ». [traduction libre] (p.2) Il désigne le fait que l'infirmier est engagé auprès du patient et il doit lui fournir les meilleurs soins possibles. [traduction libre] (Caranto, 2015, p.2) Pour cela il se base sur ses connaissances, la recherche et le contexte dans lequel se trouve le patient, ses caractéristiques, ses valeurs et ses préférences. Ceci nous ramène au modèle de l'EBN décrit précédemment dans ce travail de Bachelor. Le processus EBN peut être influencé et guidé par la philosophie du caring. En effet, si l'infirmier est caring, il mettra le patient au centre de ses préoccupations et toute décision prise va être influencée par les quatre composantes du modèle de l'EBN mais essentiellement par le patient. Notre définition d'EBN souligne l'importance de l'ancrage disciplinaire car la vision des soins va guider la prise de décision. Le processus EBN est athéorique et nous avons décidé de l'ancrer dans la philosophie du caring.

Les facteurs caratifs

Pour être caring, l'infirmier doit selon Watson (1979, cité dans Pépin et al., 2010), dans sa pratique de soins, développer des facteurs caratifs. Cette même auteure (1988, cité dans Cara, & O'Reilly, 2008), définit les facteurs caratifs comme « un guide à la pratique du soin » (p.38). Ces facteurs ont pour objectif d'offrir « une démarche soignante qui favorise soit le rétablissement ou le maintien de la santé soit une mort paisible » (Watson, 1998 cité dans Cara, & O'Reilly, 2008, p.3). Plus précisément, Watson (1997, cité dans Cara, & O'Reilly, 2008), définit le terme caratif pour essayer « d'honorer les dimensions humaines du travail infirmier ainsi que la vie intérieure et les expériences subjectives des personnes que nous servons » (p.39). Selon l'échelle des interactions infirmière-patients de Cossette (2006), les dix facteurs sont : l'humanisme, l'espoir, la sensibilité, la relation, les

émotions, la résolution du problème, l'enseignement, l'environnement, l'assistance et des facteurs existentiels (voir appendice D). Pour ce travail de Bachelor, en lien avec le modèle de l'EBN, cinq facteurs nous intéressent tout particulièrement. Il s'agit de l'humanisme, de l'espoir, de la sensibilité, de la résolution du problème ainsi que de l'assistance. Avec une vision de caring, l'infirmier tient compte du facteur caratif faisant référence à l'humanisme lorsqu'il effectue des soins basés sur des preuves (Cossette, 2006). En effet, l'infirmier considère le patient comme une personne à part entière, sans être fixé uniquement sur son problème de santé. Il fait preuve de respect, d'empathie et de non-jugement (Cossette, 2006). En lien avec le facteur de l'espoir, il se renseigne sur les savoirs acquis du patient concernant son état de santé afin de pouvoir lui apporter des informations pertinentes si nécessaire (Cossette, 2006). De plus, l'infirmier demande au patient ses préférences concernant les actes réalisés, cela fait référence au facteur de la sensibilité (Cossette, 2006). Le facteur caratif de la résolution de problème est aussi important. L'infirmier aide le patient à fixer des objectifs réalistes et à mettre en évidence ses ressources (Cossette, 2006). Finalement, nous relevons l'importance du facteur caratif nommé assistance car l'infirmier doit posséder des compétences et des connaissances actualisées pour pouvoir prodiguer des soins EBN (Cossette, 2006). Cependant, comme cité tout au long de la description de ce cadre théorique, les infirmiers rencontrent un problème d'adhérence aux guidelines EBN.

Le cadre PARIHS, le processus EBN, la philosophie du caring ainsi que les évidences de Berenhs et Langer (2016), nous ont permis de créer le schéma concernant la prise de décision infirmière (voir figure 2).

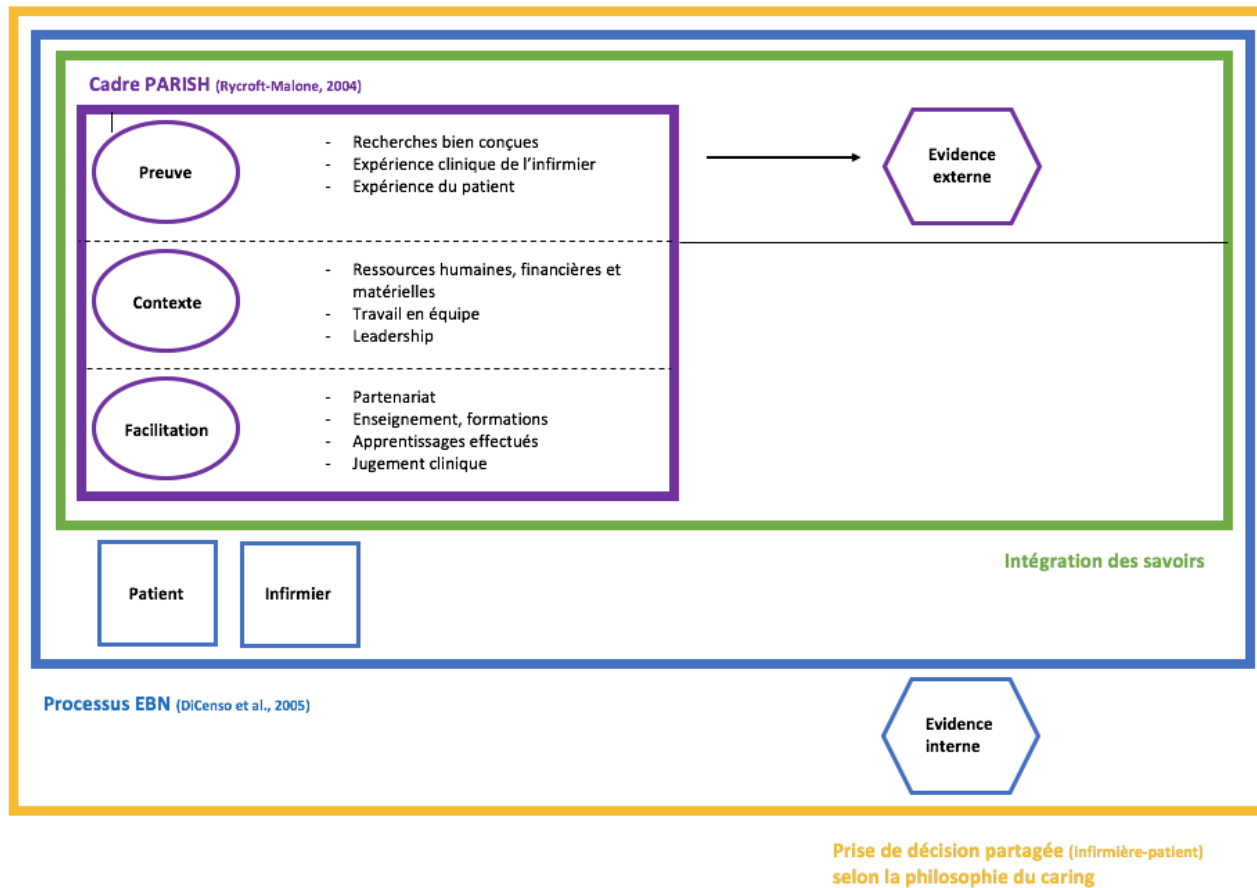


Figure 2. La prise de décision infirmière EBN.

(Inspiré de Behrens & Langer, 2016 ; DiCenso et al., 2005 ; Rycroft-Malone, 2004)

Concept de l'adhérence infirmière

Pubmed (1998), définit l'adhérence infirmière comme le respect des exigences, des protocoles, des normes et des recommandations de bonnes pratiques qui sont reconnus et institutionnels. [traduction libre]

En effet, Albers-Heitner et al. (2008), expliquent que l'adhérence permet d'améliorer la qualité des soins prodigués auprès des patients ; de surcroît, elle induit une mise à jour continue des pratiques infirmières. [traduction libre] (p. 810)

Selon Gagnon et al. (2009), les facteurs influençant l'adhérence des infirmiers peuvent être classés dans trois catégories.

Caractéristiques personnelles de l'infirmier

Dans l'article de Gagnon et al. (2009), nous retrouvons les caractéristiques personnelles des infirmiers telles que le manque de connaissances, de formation, de volonté d'actualiser ses savoirs et de compétences techniques et linguistiques quant à la manière d'étudier un guide de bonnes pratiques. Ces derniers peuvent également ressentir, selon Griebeling (2011), un malaise face au type de population qu'ils doivent soigner, c'est-à-dire les personnes âgées souffrant d'incontinence urinaire. [traduction libre] (p.656) Un désaccord peut aussi survenir entre les valeurs, les habitudes de soins et l'expérience des soignants par rapport aux recommandations (Gagnon et al., 2009). Griebeling (2011), explique que l'âge est un facteur influençant l'adhésion aux bonnes pratiques. En effet, les jeunes infirmiers utilisent davantage les guidelines que les soignants âgés. [traduction libre] (p.656) Gagnon et al. (2009), expliquent qu'un manque de conviction par rapport au fait que l'EBN améliore l'état de santé du patient peut entrer dans cette catégorie. Selon

Fortin et Gagnon (2016), les infirmiers peuvent aussi ressentir de l'incertitude sur le fait que les soins EBN vont être plus efficaces que les soins traditionnels.

Organisation de l'établissement

Gagnon et al. (2009), décrivent que l'organisation de l'institution de soins influence aussi l'adhésion des soignants à l'EBN. En effet, un fonctionnement institutionnel peu enclin à l'innovation ne favorise pas l'utilisation de données fondées sur les preuves (Gagnon et al., 2009). Selon Albers-Heitner et al. (2008), le manque de personnel soignant, de temps pour les soins et d'outils de diagnostic afin d'évaluer l'efficacité des interventions accentuent la difficulté à utiliser les guidelines sur les terrains. [traduction libre] (p.810) Selon Gagnon et al. (2009), l'absence de leader dans l'équipe soignante incitant les autres professionnels à utiliser et à confronter leurs pratiques aux résultats scientifiques a également un impact sur l'adhésion des infirmiers. De plus, selon Mistiaen, Bloemendal, Weenink et Harmsen (n.d.), étant donné que l'infirmier fait partie d'une équipe interdisciplinaire, l'adhérence aux guidelines peut aussi être influencé par les membres de cette dernière.

Caractéristiques des preuves

Les caractéristiques de recherches scientifiques impactent aussi sur l'adhésion aux bonnes pratiques. Selon Gagnon et al. (2009), il existe des recherches scientifiques contradictoires et peu déterminantes. Les données statistiques et les recommandations pour la pratique décrites dans les articles ne sont pas bien explicitées et parfois les infirmiers ne sont pas d'accord avec la vision des chercheurs, ce qui rend l'adhérence infirmière difficile (Gagnon et al., 2009). De plus, les coûts associés à l'accès aux articles scientifiques sur les bases de

données peuvent être un frein à la consultation et à l'utilisation de ces informations (Gagnon et al., 2009). Gagnon et al. (2009), mentionnent également que les recherches pertinentes et surtout leurs résultats ne sont pas assez diffusés, rendant difficile la connaissance et l'adhésion à ces données de la part des infirmiers.

Nous pouvons faire un lien entre Gagnon et al. (2009) et Rycroft-Malone (2004). En effet, les catégories ressorties par Gagnon et al. (2009) coïncident avec les composantes du cadre PARIHS. Plus précisément, les caractéristiques personnelles font référence à la facilitation, puis l'organisation de l'établissement de soins au contexte et enfin, les caractéristiques des recherches scientifiques se rapportent à la preuve.

Méthode

Argumentation du devis

Dans le cadre de ce travail de Bachelor, afin de répondre à notre question de recherche, nous avons effectué une revue de littérature qui se définit selon Coughlan, Ryan et Cronin (2013), comme « une évaluation critique de recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique ». [traduction libre] (p.7) Ce devis nous permet d'obtenir des réponses à la question de recherche grâce à des résultats actuels et de qualité.

Les critères d'évaluation du Bachelor Thesis nous imposent de trouver six articles quantitatifs ou qualitatifs sur un minimum de deux bases de données afin de pouvoir répondre de manière ciblée et scientifique à notre question de recherche, à savoir quels sont les facteurs qui influencent l'adhérence aux recommandations de bonnes pratiques de la part des infirmiers concernant l'incontinence urinaire chez les personnes âgées vivant en EMS ?

Pour cette revue de littérature, nous avons trouvé six articles appartenant au devis quantitatif, provenant de Pubmed et de Cinahl (voir figure 3). Afin de pouvoir sélectionner des articles de recherches pertinents pour cette revue de littérature, nous avons élaboré les critères d'inclusion nommés ci-dessous :

- Les articles choisis abordent les thématiques de l'incontinence urinaire et de l'adhérence des professionnels de la santé aux guidelines.
- La population des études est composée par des personnes concernées face à cette problématique de soins, c'est-à-dire les infirmiers, les médecins généralistes, les aides-soignants et les personnes âgées de plus de 65 ans présentant une incontinence urinaire.
- Les études sont écrites en français, en anglais ou en portugais car ce sont les langues que nous comprenons.
- Les articles sont publiés entre 2007 et 2018.

Les stratégies de recherche

Pour rechercher des articles scientifiques dans les bases de données électroniques Pubmed et Cinahl, nous avons identifié les termes Mesh et les descripteurs Cinahl respectivement, présents dans notre question de recherche (voir tableau 2 et 3).

Tableau 2

Liste des mots clés pour PubMed

Mots en français	Mots en Anglais	Termes Mesh
Guide de bonnes pratiques / lignes directrices	Guideline	« Practice Guidelines as Topic »[Mesh]
Incontinence urinaire d'urgence	Urinary incontinence urge	« Urinary Incontinence, Urge »[Mesh]
Incontinence urinaire de stress	Stress Urinary incontinence	« Urinary Incontinence, Stress »[Mesh]
Incontinence urinaire	Urinary incontinence	« Urinary Incontinence »[Mesh]
Maison de retraite	Nursing home	« Nursing Homes »[Mesh]
Adhérence aux guidelines	Adherence to the guidelines	« Guideline Adherence »[Mesh]

Tableau 3*Liste des mots clés pour Cinhal*

Mots en français	Mots en anglais	Cinahl Headings
Incontinence urinaire	Urinary incontinence	MH ¹ « urinary incontinence »
Pratique infirmière fondée sur des données probantes	Evidence-based nursing practice	MH « nursing practice, evidence-based »
Adhérence aux guidelines	Adherence to the guidelines	MH « Guideline Adherence »
Guides de bonnes pratiques / lignes directrices	Guideline	MH « practice guidelines »
Maisons de retraite	Nursing home	MH « nursing homes »

Stratégie de recherche Pubmed**Stratégie 1**

"Practice Guidelines as Topic"[Mesh] AND "Urinary Incontinence, Urge"[Mesh]
 OR "Urinary Incontinence, Stress"[Mesh] OR "Urinary Incontinence"[Mesh] AND
 "Nursing Homes"[Mesh] Filters: published in the last 10 years; English; French;
 Portuguese

Cinq articles trouvés dont un retenu, en troisième position :

1. Saxer, S., de Bie, R. A., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(5), 539-544. doi :10.1097/WON.0b013e3881b35ff1.

¹ L'abréviation de MH désigne Exact Subject Heading.

Stratégie 2

"Urinary Incontinence"[Mesh] AND "Guideline Adherence"[Mesh] Filters:

published in the last 10 years; English; French; Portuguese

22 articles trouvés dont trois retenus, en 11^{ème} et en 22^{ème} position :

1. Edwards, R., Martin, F. C., Grant, R., Lowe, D., Potter, J., Husk, J., & Wagg, A. (2011). Is urinary continence considered in the assessment of older people after a fall in England and Wales? Cross-sectional clinical audit results. *Maturitas*, 69(2), 179-183. doi : 10.1016/j.maturitas.2011.03.018.
2. Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Nieman, F., Lagro-Janssen, T., & Winkens, R. (2008). Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners : a cross-sectional study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 14(5), 807-811. doi : 10.1111/j.1365-2753.2007.00925.x

Stratégie de recherche Cinhal

Stratégie 1

(MH "urinary incontinence") AND (MH "nursing practice, evidence-based")

Filtres : Anglais, de 2007 à 2017

33 articles trouvés dont un retenu, en première position :

1. Lappen, D., Berall, A., Davignon, A., Iancovitz, L., & Karuza, J. (2016). Evaluation of a continence implementation program on a geriatric rehabilitation unit. *Perspectives*, 39(1), 24-30.

Stratégie 2

(MH "Guideline Adherence") OR (MH"practice guidelines") AND (MH "urinary incontinence") AND (MH "nursing homes")

Filtres : de 2007 à 2010

Cinq articles trouvés dont deux retenu, en deuxième et en troisième position :

1. Lawhorne, L. W., Ouslander, J. G., & Parmelee, P. A. (2008). Clinical practice guidelines, process improvement teams, and performance on a quality indicator for urinary incontinence: A pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(7), 504-508. doi : 10.1016/j.jamda.2008.04.007.
2. DuBeau, C. E., Ouslander, J. G., & Palmer, M. H. (2007). Knowledge and attitudes of nursing home staff and surveyors about the revised federal guidance for incontinence care. *The Gerontologist*, 47(4), 468-479.

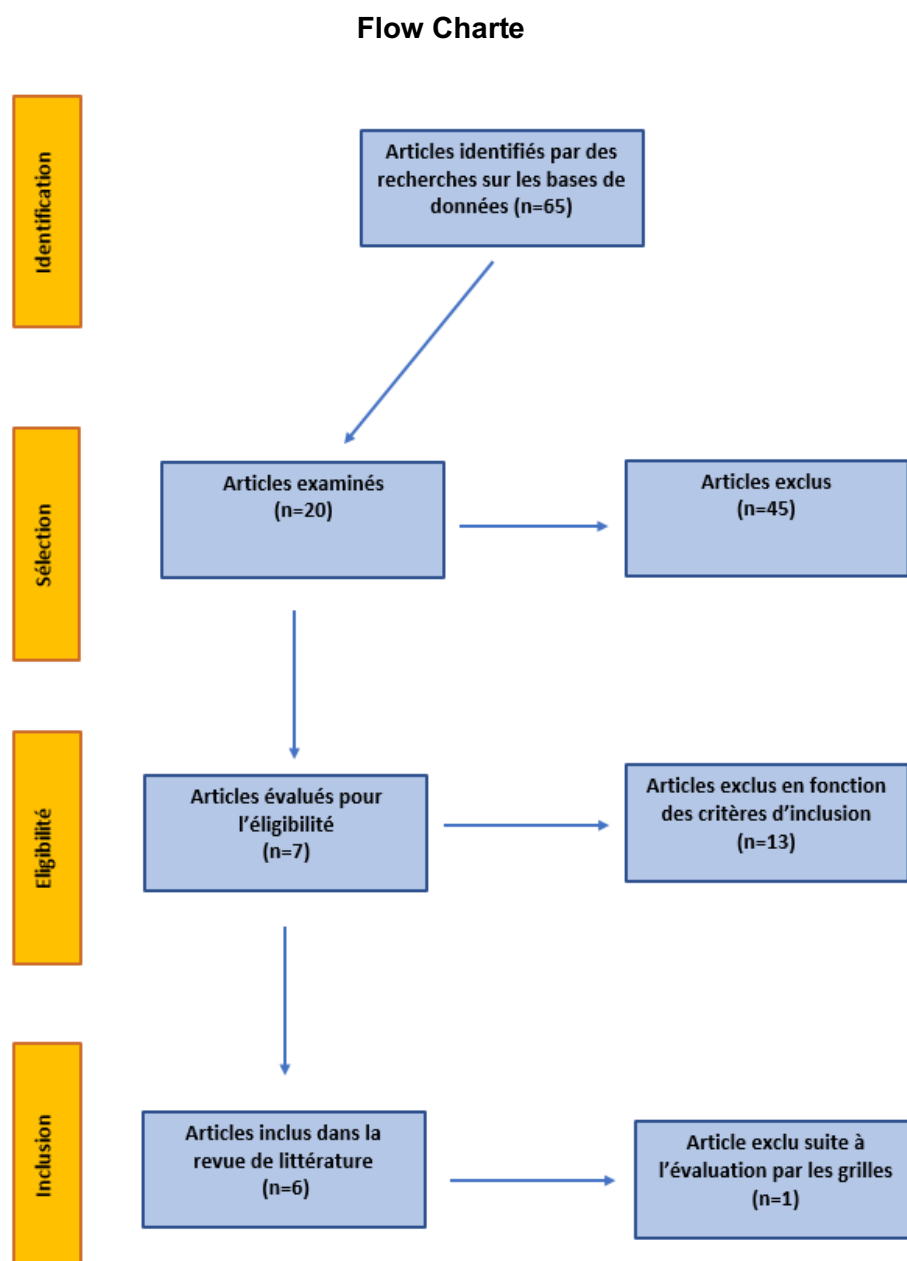


Figure 3. Flowcharte.

(Prisma, 2009)

La stratégie d'analyse d'articles scientifiques

Pour effectuer cette revue de littérature, nous avons choisi six rapports scientifiques trouvés par les stratégies de recherche à l'aide des critères d'inclusion déterminés. Nous avons ensuite analysé la qualité des rapports à l'aide des grilles de résumés afin d'en extraire les résultats de recherche et des grilles de lectures critiques nous permettant de faire une évaluation de la qualité de l'article scientifique. Ces grilles se trouvent dans l'Appendice B de ce travail écrit.

Un des articles choisis a été lu à trois personnes, c'est-à-dire par les deux auteures et par la directrice du mémoire afin de s'accorder sur la manière de l'évaluer, sur les éléments pertinents ainsi que sur la façon de résumer l'article scientifique. Grâce à cette démarche effectuée par nous trois, cela nous a permis d'analyser de manière autonome les cinq articles restants. Par après, nous nous sommes répartis trois articles chacune et nous les avons analysés. Une fois cette démarche terminée, nous nous sommes échangés les articles afin de compléter les grilles au besoin afin de nous corriger et aussi pour pouvoir prendre connaissance de l'ensemble des résultats.

L'analyse des six articles retenus a permis de catégoriser leurs résultats en fonction du cadre PARIHS de Rycroft-Malone (2004), validé par la directrice de ce travail de Bachelor. Cette structure se divise en 3 thèmes, à savoir la preuve, le contexte et la facilitation. Étant donné que les recommandations de bonnes pratiques citées plus haut sont toutes de grades A ou B, c'est-à-dire de niveau excellent et cela pour toute population confondue, aucun résultat n'apparaît dans le niveau de preuve. Par conséquent, nous avons choisi de remplacer la catégorie de la preuve par celle du patient. Nous avons décidé de classer les résultats des études scientifiques ainsi car les différents éléments peuvent facilement être regroupés à travers les trois catégories choisies.

Résultats

Les caractéristiques et la qualité méthodologique des articles retenus

Les six articles choisis pour cette revue de littérature appartiennent au devis quantitatif. Deux recherches sont des études transversales (Albers-Heitner et al., 2008 ; Saxer et al., 2009). Un article est une étude fondée sur la théorie ancrée (DuBeau et al., 2007). Un autre est une étude pilote descriptive (Lawhorne et al., 2008). Le dernier est un audit clinique transversal (Edwards et al., 2011). Néanmoins, la sous-catégorie de l'article de Lappen et al. (2016) n'est pas spécifiée.

Les recherches scientifiques que nous avons sélectionnées ont été écrites en anglais et entre 2007 et 2016. Ces études ont été réalisées dans différents pays : Etat-Unis (DuBeau et al., 2007 ; Lawhorne et al., 2008), Angleterre (Edwards et al., 2011), Suisse (Saxer et al., 2009), Pays-Bas (Albers-Heitner et al., 2008) et Canada (Lappen et al., 2016).

Concernant le contexte des articles, deux recherches ont été faites au sein des EMS (DuBeau et al., 2007 ; Saxer et al., 2009). Celle de DuBeau et al. (2007) touchait également l'ensemble des superviseurs de l'État. D'autres études ont été réalisées auprès du réseau de recherche AMDA-F LTC (Lawhorne et al., 2008), des hôpitaux de soins aigus (Edwards et al., 2011) et d'une unité de réadaptation à faible tolérance / à longue durée du centre Baycrest health sciences (Lappen et al., 2016). La dernière étude a été menée dans le collège néerlandais des médecins généralistes (Albers-Heitner et al., 2008).

Trois articles scientifiques ont reçu une approbation éthique (DuBeau et al., 2007 ; Lawhorne et al., 2008 ; Saxer et al., 2009). Un autre n'a pas été approuvé éthiquement car selon les auteurs, cela n'était pas requis pour la recherche (Edwards et al., 2011). Finalement, dans deux articles, les chercheurs ne

mentionnent pas les considérations éthiques (Albers-Heitner et al., 2008 ; Lappen et al., 2016).

Concernant les six articles sélectionnés, un article touche des établissements de soins du Midwest (Lawhorne et al., 2008) et un autre touche des patients ayant une fracture à la hanche ou d'autres types de fractures (Edwards et al., 2011). La recherche scientifique d'Albers-Heitner et al. (2008), concerne des médecins généralistes, tandis que la population des trois dernières études est diversifiée. Une recherche englobe le personnel infirmier et d'autres corps de métiers (Lappen et al., 2016). D'autres auteurs ont effectué des recherches sur des infirmiers surveillants, des membres de l'équipe soignante ainsi que des médecins (DuBeau et al., 2007). Finalement, Saxer et al. (2009), ont travaillé avec des infirmiers et des infirmiers auxiliaires. Sur les six articles retenus, peu de résultats se référant uniquement aux infirmiers ont été trouvés.

Pour l'article de DuBeau et al. (2007), la recherche a été effectuée sur un échantillon de 500 participants dont 29% étaient des infirmiers. Son but était d'évaluer les connaissances et les attitudes du personnel des EMS du Kansas et des superviseurs de l'État sur le guide fédéral F315 révisé. Les chercheurs avaient également pour objectif d'identifier les obstacles à l'application du guideline F315. Pour répondre à leurs buts, ils ont distribué un questionnaire à l'ensemble des participants.

L'échantillon de l'article de Saxer et al. (2009), comprenait 315 participants dont 199 infirmiers. Cette recherche souhaitait étudier la relation entre les connaissances, les croyances, les attitudes et la pratique des participants liés à l'incontinence urinaire. Les auteurs ont élaboré un questionnaire divisé en trois parties permettant de répondre à leur question de recherche.

Dans l'article de Lawhorne et al. (2008), 34 établissements de soins du Midwest constituaient l'échantillon de l'étude. Cependant, la part des infirmiers y participant n'est pas mentionnée. Son intention était d'identifier les facteurs associés à la qualité des soins d'incontinence dans les EMS. De plus, les auteurs de cette étude comparent les caractéristiques des établissements de soins ayant une meilleure performance sur l'indicateur de qualité concernant l'utilisation des toilettes avec ceux qui ont des résultats moins performants. Après l'analyse de cette étude, nous déduisons que les chercheurs ont effectué une enquête pour avoir des résultats pertinents.

Edwards et al. (2011), ont réalisé une recherche comprenant un échantillon 8826 patients dont 3184 patients présentant une fracture de la hanche et 5642 patients ayant un autre type de fracture. La mission de cet audit clinique transversal est d'examiner l'adhérence aux lignes directrices concernant l'évaluation de la fonction urinaire chez les patients ayant eu une chute provoquant des fractures, ceci à l'aide d'un questionnaire comprenant quatre questions.

Dans l'étude de Lappen et al. (2016), le nombre de personnes participant aux enquêtes différait. Le pré-test a été réalisé par 26 membres de l'équipe interdisciplinaire dont 14 infirmiers. Concernant le post-test, celui-ci a été rempli par 41 membres de l'équipe dont 21 infirmiers. L'objectif de cet article scientifique est d'évaluer la mise en place de lignes directrices et de stratégies de gestion de la continence, intégrées à la pratique clinique dans un service de réadaptation gériatrique. Cette évaluation permet d'informer l'unité de soins sur la mise en pratique des lignes directrices et sur les besoins du personnel.

L'étude transversale d'Albers-Heitner et al. (2008), comprenait un échantillon de 949 médecins généralistes, provenant des Pays-Bas. La visée de cet article était

d'évaluer les raisons de la (non)adhésion aux lignes directrices sur l'incontinence urinaire du Collège des médecins généralistes néerlandais (GLUI), à travers un questionnaire.

Un tableau synthétisant le contenu de chaque article retenu a été réalisé par les auteurs de ce mémoire (voir tableau 4).

Tableau 4

Synthèse des résultats des articles sélectionnés

51

Auteurs	Devis	Question de recherche	Caractéristiques de l'échantillon et du contexte	Résultats principaux en lien avec la question de recherche
Article 1 DuBeau, C. E., Ouslander, J. G., & Palmer, M. H. (2007).	Devis descriptif quantitatif : Étude fondée sur la théorie ancrée.	Quels sont les connaissances et les attitudes des participants à la recherche concernant le guideline fédéral F315 révisé ?	<i>Échantillon</i> : n = 500 participants dont 29% étaient des infirmiers <i>Contexte</i> : 358 EMS du Kansas et d'enquêteurs d'État, États-Unis. <i>Critères d'inclusion</i> : Les participants aux ateliers sur la révision du guideline F315 / Le personnel des EMS du Kansas	72% des participants à leur étude ont indiqué que la compliance au guideline F315 était influencée par les niveaux de dotation en personnel soignant assistant, 51% par les niveaux de dotation infirmière, 64% par la rotation du personnel, 62% par la coopération avec les médecins et 39% par les coûts. 65% des participants ont évoqué qu'ils se tourneraient vers des infirmiers afin de mettre en œuvre le guide F315.
Article 2 Saxer, S., de Bie, R. A., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2009).	Devis quantitatif : étude transversale.	Quelle est la relation entre les connaissances, les croyances, les attitudes et la pratique liées à la continence ?	<i>Échantillon</i> : n = 315 participants (199 infirmiers / 116 infirmiers auxiliaires) Il représente environ le tiers des infirmiers et des infirmiers auxiliaires des foyers. <i>Contexte</i> : 10 foyers de soins municipaux de Zurich, Suisse.	Il y a une relation statistiquement significative entre les connaissances et l'attitude comportementale des participants à leur étude ($p=0.000$) ainsi qu'une relation significative entre leurs attitudes émotionnelles et comportementales face à l'incontinence urinaire ($p=0.000$).
Article 3	Devis quantitatif :	Quels sont les facteurs associés à la qualité des	<i>Échantillon</i> : n = 34 établissements de soins (17 établissements performants /	53% des institutions considérées comme performantes étaient plus susceptibles

Lawhorne, L. W., Ouslander, J. G., & Parmelee, P. A. (2008).	étude pilote descriptive.	soins de continence ?	17 établissements peu performants) <i>Contexte :</i> Réseau de recherche AMDA-F LTC du Midwest, États-Unis.	de signaler la présence d'une équipe spécialisée dans l'incontinence urinaire ($p=0.03$); et 47% des institutions performantes contre 6% des non-performantes respectivement, étaient plus susceptibles de déclarer l'utilisation de guidelines associée à une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire ($p=0.007$).
Article 4 Edwards, R., Martin, F. C., Grant, R., Lowe, D., Potter, J., Husk, J., & Wagg, A. (2011).	Devis quantitatif: audit clinique transversal.	Une évaluation de la fonction urinaire est-elle effectuée après une fracture suite à une chute ?	<i>Échantillon :</i> $n = 8826$ (3184 patients âgés avec une fracture de la hanche / 5642 patients âgés avec un autre type de fracture) <i>Contexte :</i> Hôpitaux de soins aigus de l'Angleterre. <i>Critères d'inclusion :</i> Patients âgés de 65 ans et plus / Fracture post-chute <i>Critères d'exclusion :</i> Patients ayant des fractures multiples / Patients n'étant pas locaux à l'hôpital / Espérance de vie inférieure à un an / Patients décédés trois mois après la chute / Si la présentation du patient était retardée de plus de cinq jours.	Les patients fracturés à la hanche étaient trois fois plus susceptibles d'avoir une évaluation de la fonction urinaire ($p<0.0001$) et il était plus probable qu'une incontinence urinaire soit détectée ($p<0.0001$) comparé aux patients présentant une autre fracture. Les patients âgés dès 75 ans ayant une fracture autre qu'à la hanche, étaient plus susceptibles d'avoir une évaluation de la continence ($p<0.0001$). L'hospitalisation était un facteur important pour recevoir une évaluation de la fonction urinaire, mais des interventions pour gérer l'incontinence ne sont pas instaurées d'office et les patients touchés ne sont pas orientés vers des services spécialisés ($p<0.0001$).
Article 5 Lappen, D.,	Devis quantitatif + modèle Iowa	Dans quelle mesure les lignes directrices et les	<i>Échantillon :</i> $n= 14$ infirmiers et 12 membres de l'équipe interdisciplinaire	Des multiples chefs d'équipe, la prise en charge de patients par différents

Berall, A., Davignon, A., Iancovitz, L., & Karuza, J. (2016).		stratégies de gestion de la continence ont été intégrées à la pratique clinique dans un service de réadaptation gériatrique ?	<p>en pré-test ; n= 21 infirmiers et 9 membres de l'équipe en post-test</p> <p><i>Contexte</i> : L'unité de réadaptation à faible tolérance / à longue durée du centre Baycrest health sciences, Canada.</p> <p><i>Critères d'inclusion</i> : patients étant dans l'unité à faible tolérance ou à longue durée/ souffrant d'incontinence urinaire</p>	infirmiers, la gestion du temps, la charge de travail, la communication, la disponibilité d'équipements appropriés, le besoin d'uniformiser les pratiques, l'incohérence des soins prodigués et le non suivi des plans réalisés sont des obstacles à l'implémentation de guidelines. Suite à une formation sur les actions EBN concernant la continence urinaire, les infirmiers étaient plus conscient des stratégies de gestion de cette problématique ($p < 0.05$).
Article 6 Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Nieman, F., Lagro-Janssen, T., & Winkens, R. (2008).	Etude transversale, devis quantitatif.	<p>Dans quelle mesure les médecins généralistes adhèrent-ils à la GLUI ?</p> <p>Quelles sont les raisons de la (non)adhérence aux différents éléments de la GLUI ?</p> <p>Est-ce que l'adhésion est liée à des caractéristiques spécifiques des médecins généralistes, à des caractéristiques des patients ou à des problèmes logistiques ?</p>	<p><i>Échantillon</i> : n= 949 médecins généralistes (499 médecins du sud-est des Pays-Bas / 450 médecins de l'ouest des Pays-Bas)</p> <p><i>Contexte</i> : Collège néerlandais des médecins généralistes, Pays Bas.</p>	Pour 56% des médecins pour lesquels travailler avec le GLUI posait problème : 43% d'entre eux ont indiqué qu'une des raisons de la non-adhérence était une faible dotation du personnel médical, 39% le manque de temps pour effectuer des soins basés sur les preuves, 29% le manque d'outils diagnostics, 29% le manque de compétences et 28% l'ignorance des patients sur les avantages de ces soins. Les médecins qui travaillaient plus d'heures par semaine ($p < 0.001$) et qui voyaient plus de patients incontinents ($p = 0.013$) avaient davantage de difficulté à se référer au GLUI. Les médecins plus âgés ont connu plus de problèmes à travailler en conformité avec le GLUI ($p < 0.001$).

La catégorisation des résultats des six articles sélectionnés se classe en fonction du cadre PARIHS : la preuve, le contexte et la facilitation. [traduction libre] (Rycroft-Malone, 2004, p.298) La preuve est remplacée par la catégorie patient.

Le patient

Selon DuBeau et al. (2007), 33% des infirmiers sont préoccupés par le fait que le guideline F315 détournerait l'attention des autres besoins des résidents ($p < 0.001$). [traduction libre] (p.471) D'autres résultats pouvant se classer dans la catégorie du patient sont tirées de l'article d'Edwards et al. (2011). Ces auteurs démontrent que les bénéficiaires de soins ayant une fracture de la hanche étaient trois fois plus susceptibles d'avoir une évaluation de la fonction urinaire ($p < 0.0001$) et de cette évaluation, il était plus probable qu'une incontinence urinaire soit détectée ($p < 0.0001$) comparé aux patients présentant un autre type de fracture. [traduction libre] (Edwards et al., 2011, p.180) En effet, chez 63% des patients fracturés à la hanche et ayant reçu une évaluation, un problème d'incontinence urinaire a été trouvé chez 41% d'entre eux. [traduction libre] (Edwards et al., 2011, p.179) Cependant, chez les personnes qui ont un autre type de fracture, 21% ont reçu une évaluation et chez 27% de ces patients, un problème d'incontinence a été détecté. [traduction libre] (Edwards et al., 2011, p.179) Selon les mêmes auteurs, parmi les patients qui ont une fracture autre qu'à la hanche, le type de fracture subie avait une incidence sur l'évaluation de la continence urinaire. [traduction libre] (p.180) Une évaluation a lieu chez 15% des patients ayant une fracture au radius et chez 51% au niveau pelvien ($p < 0.001$). [traduction libre] (Edwards et al., 2011, p.180) De plus, les bénéficiaires de soins âgés entre 75 ans et plus et ayant une fracture autre qu'à la hanche étaient plus susceptibles d'avoir une évaluation de la continence ($p < 0.0001$). [traduction libre] (Edwards et al., 2011, p.182)

Finalement, les résultats de l'étude de Saxer et al. (2009), relèvent que les interventions auprès des patients portant sur les habitudes d'ingestion hydrique et d'excrétion ainsi que celles concernant l'évaluation et l'information ($p=0.008$) dépendaient de l'âge des infirmiers et des infirmiers auxiliaires ($p=0.018$). [traduction libre] (p.542)

Le contexte

Les ressources

Plusieurs articles font ressortir des résultats en lien avec le contexte et pouvant se classer dans la sous-catégorie des ressources. Selon DuBeau et al. (2007), 72% des participants à leur étude ont indiqué que la compliance au guideline F315 était influencée par les niveaux de dotation en personnel soignant assistant, 64% par la rotation du personnel, 51% par les niveaux de dotation en personnel infirmier et 39% des participants ont déclaré que les coûts influençaient leur adhérence au F315. [traduction libre] (p.473) L'absence de personnel corrobore avec l'étude d'Alberts-Heitner et al. (2008). En effet, sur les 56% des médecins généralistes pour lesquels travailler avec le guideline GLUI posait problème, 43% d'entre eux ont indiqué qu'une des raisons de la non-adhérence était une faible dotation du personnel médical. [traduction libre] (Albers-Heitner et al., 2008, p.810)

Lappen et al. (2016), ont trouvé dans leurs résultats d'autres obstacles quant à la mise en place des lignes directrices. Il s'agit de la présence de différents chefs d'équipe, le fait que les patients soient pris en charge par différents infirmiers dans la même semaine, de la gestion du temps et de la charge de travail, de la disponibilité d'équipements appropriés, du besoin d'uniformiser les pratiques, de l'incohérence des soins prodiguées et du non suivi des plans réalisés. [traduction

libre] (Lappen et al., 2016, p.26) Le manque de temps pour effectuer des soins basés sur les preuves est également relevé chez 39% des 56% des médecins évoquant la difficulté à travailler avec le GLUI dans l'étude d'Albers-Heitner (2008). [traduction libre] (p.810) De même, le manque d'outils diagnostics était pour 29% d'entre eux un obstacle à l'adhérence au GLUI. [traduction libre] (Albers-Heitner et al., 2008, p.810)

Enfin, selon Albers-Heitner (2008), les médecins généralistes qui travaillaient plus d'heures par semaine ($p < 0.001$) et qui voyaient plus de patients atteints d'incontinence urinaire ($p = 0.013$) avaient davantage de difficulté à se référer au GLUI. [traduction libre] (p.810)

L'établissement

D'autres résultats en lien avec le contexte sont spécifiques à l'institution de soins.

Selon Edwards et al. (2011), l'entrée à l'hôpital était un facteur important pour recevoir une évaluation de la fonction urinaire, mais cela ne voulait pas dire que des interventions pour faire face à l'incontinence urinaire soient mises en place ou que les patients touchés soient orientés vers des services spécialisés ($p < 0.0001$). [traduction libre] (p.180-181)

De plus, selon DuBeau et al. (2007), 78% des participants des institutions de soins à but non lucratif contre 61% des établissements à but lucratif respectivement, étaient plus susceptibles de penser que la collaboration avec les médecins constituait un problème pour adhérer au guide de bonnes pratiques F315 ($p = 0.001$). [traduction libre] (p.473) Ces auteurs indiquent également que l'adhérence aux guidelines était influencée à 62% par la coopération avec les médecins. [traduction libre] (p.473)

Mais encore, dans l'étude pilote descriptive de Lawhorne et al. (2008), les résultats suggèrent que 53% des institutions considérées comme performantes étaient plus susceptibles de signaler la présence d'une équipe spécialisée dans l'incontinence urinaire ($p=0.03$). [traduction libre] (p.506) Dans cette même étude, les auteurs relèvent que 47% des institutions performantes contre 6% des non-performantes respectivement, étaient plus susceptibles de déclarer l'utilisation de guidelines concernant l'incontinence urinaire associée à une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire ($p=0.007$). [traduction libre] (p.506)

Finalement, dans l'étude de DuBeau et al. (2007), les chercheurs mentionnent ne pas avoir trouvé de différences significatives dans les connaissances des participants sur l'incontinence urinaire en fonction de la taille de l'établissement (± 100 lits), de la prévalence de l'incontinence urinaire ($\pm 50\%$) ou de l'utilisation d'un cathéter ($\pm 5\%$). [traduction libre] (p.471-473).

Niveau de formation

De surplus, le niveau de formation est aussi un sous-chapitre appartenant au contexte.

DuBeau et al. (2007), précisent que lorsque les répondants ont indiqué le type de personnel qu'ils avaient l'intention de côtoyer afin de mettre en œuvre le guideline F315, 65% des personnes ont mentionné faire référence à du personnel infirmier, 41% à des infirmiers superviseurs, 7% à des infirmiers en pratique avancée et 11% ont mentionné d'autre personnel englobant des médecins, des directeurs médicaux et des infirmiers auxiliaires. [traduction libre] (DuBeau et al., 2007, p.473-475) Ces mêmes auteurs rajoutent que 56% des infirmiers étaient moins susceptibles de répondre qu'ils devraient avoir la responsabilité principale de la gestion de la problématique de l'incontinence urinaire. [traduction libre] (p.473)

De plus, dans l'étude transversale d'Alberts-Heitner et al. (2008), il s'est avéré que les médecins généralistes plus âgés ont connu davantage de problèmes à travailler en conformité avec le GLUI ($p < 0.001$). [traduction libre] (p.810)

La facilitation

La catégorie de la facilitation nous amène à pouvoir classer les résultats restants issus des six recherches scientifiques analysées.

Selon DuBeau et al. (2007), 77% des participants ont indiqué que la compliance était influencée par la documentation requise et 66% par l'enseignement infirmier. [traduction libre] (p.473)

Les résultats de l'article de Lappen et al. (2016), démontrent que la communication peut être aussi un obstacle à la mise en pratique des guidelines. [traduction libre] (p.26) Néanmoins, ces mêmes auteurs affirment qu'après une formation sur les lignes directrices concernant la continence urinaire, le personnel infirmier était nettement plus conscient des stratégies de gestion de cette problématique de soins ($p < 0.05$). [traduction libre] (Lappen et al., 2016, p.27) De surcroît, les infirmiers étaient plus confiants dans l'évaluation de l'état de continence et dans la création de plans de soins pour les patients incontinents basés sur leurs habitudes vésicales et sur les évaluations de la continence ($p < 0.05$). [traduction libre] (Lappen et al., 2016, p.27)

Saxer et al. (2009) mentionnent l'existence d'une relation statistiquement significative entre les connaissances et l'attitude comportementale des participants à leur étude ($p = 0.000$) ainsi qu'une relation significative entre leurs attitudes émotionnelles et comportementales face à l'incontinence urinaire ($p = 0.000$). [traduction libre] (p.541) De plus, ces mêmes auteurs démontrent qu'en fonction des

connaissances des infirmiers et des infirmiers auxiliaires ($p=0.018$) ainsi que de leurs attitudes comportementales ($p=0.07$) et émotionnelles ($p=0.012$), l'intervention portant sur les habitudes d'ingestion hydrique et d'excrétion sera différente. [traduction libre] (p.542) Saxer et al. (2009), évoquent également que les participants à l'étude indiquent qu'ils évaluent et qu'ils donnent des informations concernant l'incontinence urinaire suivant leur niveau d'éducation ($p=0.000$), leurs connaissances ($p=0.000$) et leurs attitudes comportementales ($p=0.000$). [traduction libre] (p.542) Cependant, seule l'attitude émotionnelle des infirmiers et des infirmiers auxiliaires était liée à la documentation ($p=0.000$). [traduction libre] (Saxer et al., 2009, p.542) De surcroît, selon les mêmes auteurs, les résultats démontrent que seule l'attitude comportementale est liée à des interventions de soutien concernant l'incontinence urinaire ($p=0.002$). [traduction libre] (p.542)

Albers-Heitner et al. (2008), ressortent divers problèmes à l'adhérence aux guidelines ; en effet, 56% des médecins généralistes indiquent deux raisons qui posent problème à se conformer au GLUI. D'une part, le manque de compétences pour donner ces soins est relevé chez 29% du personnel médical, d'autre part l'ignorance des patients sur les avantages de ces soins est cité chez 28% du corps médical. [traduction libre] (Albers-Heitner et al., 2008, p.810)

Pour finir, selon DuBeau et al. (2007), 30% des participants ont évoqué que le rôle de leur directeur médical repose sur une évaluation appropriée de l'incontinence urinaire, 30% et 23% sur la mise en place de formations pour le personnel infirmier et pour les médecins respectivement, et 36% sur la réalisation de documentation des cathéters. [traduction libre] (p.475)

Discussion

Réponse à la question de recherche

Les six articles sélectionnés et analysés ont pu répondre à notre question de recherche. En effet, après la catégorisation des différents résultats, nous mettons en évidence plusieurs facteurs qui sont en lien avec la (non)adhérence infirmière aux guides de bonnes pratiques.

Tout d'abord, les patients peuvent influencer l'utilisation des résultats de la recherche en lien avec leurs valeurs, leurs croyances et leurs caractéristiques individuelles (DuBeau et al., 2007).

Ensuite, le contexte influence les infirmiers à adhérer aux guidelines. Les éléments suivants sont ressortis : la dotation en personnel soignant assistant et en infirmiers, la rotation de ces derniers et les coûts (DuBeau et al., 2007). Mais encore, selon Lappen et al. (2016), la présence de plusieurs chefs d'équipe, la prise en charge des résidents par différents infirmiers, la gestion du temps, la charge de travail, les équipements disponibles, le besoin d'uniformiser les pratiques, les incohérences des soins prodigués et un non suivi des plans réalisés influent aussi cette (non)adhérence. Lawhorne et al. (2008), signalent que la présence d'une équipe spécialisée dans cette problématique de soins favorise l'utilisation des guidelines dans les institutions de soins de longue durée. L'hospitalisation peut également être un élément impactant sur l'adhésion ou non aux lignes directrices (Edwards et al., 2011). En effet, Edwards et al. (2011), précisent que si la personne âgée est admise à l'hôpital, il est plus probable qu'elle ait une évaluation de la continence urinaire.

Finalement, divers facteurs sont en lien avec la facilitation. La compliance aux guidelines est influencée par la documentation et par l'enseignement infirmier (DuBeau et al., 2007), ainsi que par la communication et par la formation (Lappen et

al., 2016). Saxer et al. (2009), rajoutent que les connaissances et les attitudes comportementales ainsi que les attitudes émotionnelles et comportementales face à l'incontinence urinaire sont en relation étroite. Ces derniers auteurs indiquent que l'âge peut aussi être une cause de la (non)adhérence.

Bien que notre question de recherche se centrât sur l'adhérence infirmière, le problème d'incontinence urinaire demande une bonne collaboration interdisciplinaire et un des partenaires privilégiés des infirmiers est le médecin. Ceci démontre qu'il a aussi une place importante par rapport à ce sujet. Lappen et al. (2016), déclarent que la coopération avec les médecins affecte l'adhésion aux guidelines par les infirmiers. C'est pourquoi, étant donné que ces derniers travaillent en collaboration avec le personnel médical et qu'ils effectuent de nombreux actes médico-délégués, un article sélectionné traite de la (non)adhérence des médecins (Albers-Heitner et al., 2008). Ces derniers évoquent que le manque de généralistes et de temps se répercute sur leur utilisation des guidelines (Albers-Heitner et al., 2008). De plus, avec l'âge, les médecins rencontrent davantage de problèmes à travailler en conformité avec les guides de bonnes pratiques. Ces trois éléments rejoignent donc les affirmations des infirmiers. Mais encore, le manque d'outils diagnostics, de compétences et l'ignorance des patients sur l'efficacité des soins EBM rendent difficile leur l'adhérence.

Discussion des résultats en lien avec le cadre théorique

Dans cette partie du travail, nous allons critiquer divers éléments de cette revue de littérature et allons les classer à travers les quatre catégories du modèle de l'EBN selon Di Censo et al. (2005). Une catégorie supplémentaire spécifique à l'infirmier a été ajoutée. De plus, nous utilisons la vision de soins de la philosophie du caring (Watson, 1979).

Le patient

La prise de décision concernant certaines interventions de soins envers le patient ne peut pas être effectuée sans tenir compte de ses préférences, de ses caractéristiques et de ses valeurs. En effet, la personne soignée influence énormément les choix de l'infirmier, surtout si sa vision de soins est caring.

Concernant l'incontinence urinaire, selon Coin (2012), 50% à 75% des patients ne mentionnent pas la présence de symptômes d'ordre urinaire. Nous supposons que cela peut être en lien avec de la gêne, de la honte, de la peur face au diagnostic, d'un dégoût ou de la stigmatisation. Les valeurs du patient comme par exemple la religion et la pudeur peuvent aussi être un frein. En outre, si la personne doit parler de sa situation de santé à un professionnel, elle va se diriger en premier lieu chez un médecin généraliste (Albers-Heitner et al., 2008). Les responsabilités du médecin et de l'infirmier sont différentes. Cela peut justifier le fait qu'un patient se rende en premier lieu chez un généraliste.

Dans une collaboration interprofessionnelle, chaque professionnel de la santé à ses propres devoirs et obligations, mais il est vrai que le médecin prend une place de guide. Il est la personne de référence et c'est à partir de lui que le patient mettra en place des interventions ou qu'il sera redirigé vers d'autres soignants. Cependant, Coin (2012), précise que seulement 32% des généralistes questionnent leurs patients sur les problèmes d'ordre urinaire. Cela n'aide pas à la détection d'une incontinence, ce qui démontre une non-adhésion aux guidelines, puisque l'anamnèse est la première intervention décrite dans les lignes directrices.

Le contexte

Après l'analyse de nos articles, nous constatons que le contexte a un impact important sur l'adhérence infirmière aux guidelines.

Le contexte de l'article d'Edwards et al. (2011), se réfère aux soins aigus et non au lieu de vie, nous pouvons en déduire que la difficulté à adhérer aux guidelines est également présente dans ce milieu. De surcroît, ces mêmes auteurs soulignent qu'une évaluation de l'incontinence urinaire est réalisée lorsqu'un patient âgé est hospitalisé pour cause de fracture. En revanche, des interventions ne sont pas forcément mises en place ou les patients ne sont pas orientés vers des services spécialisées ($p < 0.0001$). Cela atteste le fait que même si l'incontinence urinaire est détectée, une suite n'est pas forcément donnée. L'infirmier n'est pas caring car il oublie les besoins du patient.

Les études scientifiques semblent indiquer qu'une évaluation de l'incontinence urinaire est réalisée de manière plus systématique dans les soins aigus que dans les soins de longue durée. Les soins aigus ont-ils plus l'habitude d'entreprendre des évaluations ? Le contexte politique est-il un facteur influençant ? Ont-ils des documents écrits ou des procédures sur comment effectuer une évaluation de l'incontinence urinaire ?

Par nos expériences pratiques, les infirmiers en EMS suivent une formation RAI¹ qui leur permet de documenter l'incontinence urinaire. Il reste cependant à vérifier la régularité dans leur travail concernant l'utilisation de cet outil informatique. Documenter l'incontinence n'est à priori pas un obstacle.

Malgré le fait que des évaluations soient effectuées et qu'elles soient documentées, il reste à savoir ce que les infirmiers en font par la suite. Des

¹ Le RAI signifie « Resident Assessment Instrument ».

interventions vont-elles être instaurées ? La documentation va-t-elle être oubliée et conséquemment les résultats vont-ils être mis de côté ?

En ce qui concerne la recherche de Lawhorne et al. (2008), il aurait été intéressant de connaître la proportion d'infirmiers participant à l'étude afin de savoir si les résultats apportent des informations pertinentes pour cette revue de littérature. Nous savons que dans les EMS, l'équipe soignante est formée par divers corps de métiers. Si la majorité des participants à cette étude était des professionnels autres que des infirmiers, alors, les résultats de cette recherche scientifique ne seraient pas pertinents.

La communication est un facteur de la non-adhérence au guideline selon Lappen et al. (2016), mais il n'y a pas assez d'informations sur quel type de communication est utilisée (Ecrit ? Oral ?) et entre quels professionnels elle devrait avoir lieu.

Coin (2012), souligne que l'incontinence urinaire est sous-diagnostiquée et sous-traitée. Cette information rejoint celle de l'article d'Alberts-Heitner et al. (2008), indiquant que les médecins soulignent un manque d'outils diagnostics, empêchant ainsi leur adhésion aux guides de bonnes pratiques.

Finalement, nous évoquons le fait que si un EMS possède une meilleure dotation en personnel soignant, les infirmiers auront plus de temps à se consacrer à la recherche et à l'analyse permettant une application des guidelines dans leur pratique (DuBeau et al., 2007).

Le jugement clinique

La recherche scientifique de Lappen et al. (2016), démontre que le personnel soignant a des fausses représentations sur l'incontinence urinaire ; il croit que ce problème de santé s'accompagne toujours au processus de vieillissement. Or, Brunner et al. (2011), évoquent que l'incontinence urinaire est un problème de santé plus fréquent avec l'âge, mais qu'il n'est pas une conséquence normale du vieillissement. En lien avec cela, Edwards et al. (2011), mentionnent que les patients dès 75 ans étaient plus enclins de recevoir une évaluation de la fonction urinaire.

Malgré les fausses représentations des infirmiers, une critique positive ressort. A partir d'un certain âge, ils effectuent d'office une évaluation de la fonction urinaire, et nous supposons donc qu'ils ne sont pas insensibilisés face à cette problématique de soins en dépit de la non-adhérence aux guidelines. Ils se rendent ainsi compte des besoins et des caractéristiques spécifiques de la personne âgée. Ils s'intéressent à elle et souhaitent favoriser son bien-être.

Néanmoins, Bellman (2017), indique que la gestion de l'incontinence urinaire doit être entreprise en fonction de la fragilité d'un individu et non en fonction de son âge. D'après nos expériences pratiques, une évaluation globale de l'état du patient est réalisée dès son entrée en EMS. Si une incontinence urinaire est détectée, l'intervention la plus récurrente est le port de protections (Roe et al. 2010). Cependant, Curaviva (2014), souligne que ces actions coûtent chères. Nous nous posons la question de savoir pourquoi les infirmiers ne font pas appel à d'autres interventions efficaces permettant d'augmenter la qualité de vie de la personne touchée et par ailleurs, de diminuer les coûts de la santé.

L'unique utilisation de cette intervention de soins éloigne les infirmiers de la philosophie du caring car le bien-être du patient est négligé. Souvent, ils mettent en lien l'incontinence urinaire avec le port de protections et ils oublient l'intégration du patient dans la prise de décision. Les infirmiers ont parfois peur du temps nécessaire à la mise en place d'autres interventions ou alors ils n'en connaissent pas d'autres. De plus, ils peuvent éprouver de l'appréhension face aux éventuels coûts que de nouvelles actions peuvent engendrer.

La preuve

Les guidelines existants mettent en évidence des interventions infirmières EBN permettant de gérer efficacement l'incontinence urinaire. Ces derniers ont un bon niveau de preuve (Bellman, 2017 ; Egnatios et al., 2010, & Nguyen, 2017). Par conséquent, ils ne sont à priori pas un obstacle à leur mise en place dans la pratique. Néanmoins, nous supposons qu'il existe des imprécisions au niveau de l'écriture des guidelines et sur la manière d'appliquer les interventions recommandées.

Deux des articles sélectionnés citent des guidelines, à savoir F315 et GLUI. Cependant, des informations détaillées concernant ces recommandations de bonnes pratiques ne sont pas mentionnées. L'utilisation de ces derniers dans les EMS en Suisse est à questionner.

Le processus EBN est souvent compris par les infirmiers comme étant égal au niveau de preuve. La Haute Autorité de Santé (2013), précise que le plus haut niveau de preuve existant est un essai contrôlé randomisé, appartenant au devis quantitatif. De ce fait, les guidelines sont créés à partir de recherches quantitatives, c'est-à-dire des savoirs empiriques. Les infirmiers auraient peut-être besoin de

lignes directrices se basant sur d'autres courants philosophiques faisant référence à des savoirs disciplinaires intégrant, selon Carper (1978, cité dans Milhomme, Gagnon, & Lechasseur, 2014), des savoirs éthiques (peur de ne pas avoir assez de temps pour les autres patients), personnels (âgisme), esthétiques (savoir-faire, mise en œuvre de toutes les connaissances infirmières). White (1995, cité dans Milhomme, Gagnon, & Lechasseur, 2014), rajoute le savoir émancipatoire qui fait référence au positionnement de l'infirmier par rapport à la hiérarchie professionnelle et à l'institution de soins.

L'infirmier

Les infirmiers peuvent penser que leur place dans la gestion de l'incontinence urinaire est limitée. Ceci est confirmé par l'article de DuBeau et al. (2007), indiquant que les infirmiers pensent ne pas avoir la responsabilité principale de la gestion de l'incontinence urinaire. Cela est une des pistes expliquant la raison pour laquelle les guidelines ne sont pas vraiment utilisés dans les EMS.

Cependant, l'étude de DuBeau et al. (2007), relève que 65% du personnel soignant affirme faire référence à des infirmiers afin de mettre en pratique le guideline F315. Une incohérence est donc relevée face à la responsabilité infirmière concernant le management de cette problématique de soins. Si les infirmiers croient qu'ils ne sont pas responsables de la gestion de l'incontinence urinaire, ils n'adoptent pas une vision de caring. Ils font passer leurs croyances avant les besoins des patients. Nous constatons aussi que les infirmiers ne se sentent pas responsables bien qu'ils le sont. Dans le contexte de soins de notre revue de littérature, les infirmiers n'ont souvent pas besoin d'un diagnostic médical pour agir et ils peuvent décréter le patient incontinent de manière autonome. Mais par contre,

la prise en charge devrait être interprofessionnelle et donc inclure les autres professionnels de la santé comme le médecin.

Griebeling (2011), relève que l'âge influence sur la compliance aux guidelines ; précisons que les jeunes infirmiers ont plus tendance à les utiliser comparés aux infirmiers possédant plus d'expérience. Saxer et al. (2009), confirment cette donnée en expliquant que l'âge influence les interventions d'évaluation et d'information de l'incontinence urinaire ($p=0.008$). Un infirmier expérimenté peut tomber dans une routine sans actualiser ses pratiques. Ceci correspond à un contexte de travail ne favorisant pas l'utilisation de l'EBN. En effet, il ne met pas en place des formations régulières promouvant une mise à jour des pratiques de soins. De plus, les infirmiers plus âgés ont tendance à faire davantage confiance à leur expérience personnelle plutôt qu'à des guidelines. Cet élément sur l'âge se retrouve également chez les médecins (Alberts-Heitner et al., 2008).

Recommandations

Pour la pratique

Les patients ont le droit de bénéficier des avancées scientifiques au niveau des soins infirmiers. Une valorisation de la part de la hiérarchie concernant la formation ainsi qu'une adaptation des structures englobant l'évaluation, la documentation et la standardisation des interventions est nécessaire. De ce fait, il serait bénéfique de réorienter les infirmiers vers des croyances plus justes afin d'éviter une stigmatisation de la personne âgée. Cela permettrait une sensibilisation au fait qu'une incontinence urinaire peut survenir à tout âge, d'où l'importance d'effectuer une évaluation de celle-ci.

En effet, Lawhorne et al. (2008), suggèrent qu'une évaluation auprès d'un résident soit effectuée d'office lorsque celui-ci entre en EMS dans le but d'élaborer un plan de soins individualisé. Les mêmes auteurs précisent que les infirmiers doivent réactualiser ce plan de soins chaque mois en effectuant une nouvelle évaluation (Lawhorne et al., 2008).

Une autre recommandation se porte au niveau des interventions. Bien que l'utilisation de protections soit un moyen facile, c'est également une méthode coûteuse. Il faudrait donc que les infirmiers se tournent vers d'autres interventions EBN qui sont moins dispendieuses mais plus efficaces. Les décisions prises doivent intégrer les résultats de la recherche, les coûts, les préférences et l'état du patient. La prise de décision est partagée et elle est empreinte des valeurs du caring afin de mettre le patient et son bien-être au centre des préoccupations infirmières.

De plus, selon Saxer et al. (2009), des infirmiers cliniciens ou des conseillers en continence dans chaque unité des EMS sont à privilégier. Comme ils sont spécialisés dans ce domaine, ils peuvent apporter des informations plus spécifiques à une situation de soins, ils permettent une éducation des infirmiers et ils sont des personnes ressources vers qui l'équipe soignante peut s'orienter (Saxer et al., 2009).

De surcroît, selon Lappen et al. (2016), des discussions sur la continence doivent avoir lieu régulièrement entre le personnel soignant et l'équipe multidisciplinaire afin de faire face à l'incontinence de manière adaptée et efficace.

Pour la recherche

D'autres recherches futures doivent être effectuées en Suisse afin que les facteurs influençant l'adhérence infirmière aux guides de recommandations de bonnes pratiques soient spécifiques à la culture et au système de santé helvétique.

Mais encore, Curaviva (2014), met en évidence que des guidelines suisses concernant la gestion de l'incontinence urinaire n'existent pas encore. De ce fait, il serait intéressant que des lignes directrices propres à notre pays soient créées.

Pour finir, les six articles retenus dans cette revue de littérature appartiennent tous au devis quantitatif. Pour avoir des précisions concernant les savoirs disciplinaires nécessaires à l'infirmier afin d'exercer son activité, d'autres recherches basées sur d'autres courants philosophiques doivent être réalisées (Ballard, Khadra, Le May, & Gendron, 2016).

Pour l'éducation

Plusieurs études suggèrent que les infirmiers doivent être mieux formés face à l'incontinence urinaire et être sensibilisés au fait qu'ils occupent une place importante concernant la gestion de cette problématique. L'utilisation des guidelines doit être enseignée à toute l'équipe soignante. Cela a un impact sur la qualité des soins prodigués. Cette éducation basée sur une philosophie humaniste met le patient ainsi que son bien-être au centre des activités infirmières. Pour y parvenir, les guidelines doivent être simplifiés afin qu'ils soient compréhensibles par tout le personnel soignant et applicables dans la pratique (DuBeau et al., 2007 ; Lappen et al., 2016 ; Saxer et al., 2009).

Limites et forces de la revue de littérature

Forces

Cette revue de littérature comporte plusieurs forces. Tout d'abord, une réponse à notre question de recherche est apportée. Les articles retenus respectent tous les chapitres devant figurer dans une recherche scientifique, facilitant ainsi le remplissage des grilles de résumés et de lectures critiques. De plus, l'année de publication des études sélectionnées ne dépasse pas dix ans, cela veut dire que les résultats sont actuels. Mais encore, leur contexte démographique est réparti sur deux continents, à savoir l'Amérique du Nord (n=3) et l'Europe (n=3). Cela signifie que l'incontinence urinaire et l'adhérence aux guidelines sont des préoccupations répandues. Nous prenons le parti que la diversité des articles est une richesse pour ce travail car partout dans le monde, les infirmiers souhaitent améliorer la qualité de vie des patients, en promouvant la continence urinaire.

Finalement, notre binôme représente une force pour écrire ce travail de Bachelor. La complémentarité linguistique de chacune, la bonne cohésion de groupe et la rédaction de travaux antérieurs ensemble ont permis d'aboutir à ce travail de fin de formation sans désagrément.

Limites

Plusieurs limites sont présentes dans ce travail de Bachelor. En premier lieu, le temps accordé pour la réalisation de cette revue de littérature était restreint. Nous avons eu 11 mois à notre disposition, en parallèle des périodes de formation pratique et d'autres modules. En outre, c'est la première fois que nous élaborons une revue de littérature, il est donc possible que des erreurs dans son contenu et dans sa forme soient présentes.

Par rapport aux articles, nous avons éprouvé de la difficulté à trouver des recherches traitant de la thématique de ce travail de Bachelor. Nous avons donc dû élargir nos investigations entraînant ainsi une diversification des contextes. Nous avons étudié en détail six articles et par conséquent, les résultats sont limités. Cependant, ils sont tous intéressants. Malheureusement, certains d'entre eux ne répondent pas directement à notre question PICO.

De plus, nos recherches appartiennent toutes au devis quantitatif, nous n'avons donc pas de données qualitatives qui auraient pu être favorables pour ce travail de Bachelor.

Le transfert des résultats de notre revue de littérature peut être remis en cause. En effet, une seule étude a été réalisée en Suisse (Saxer et al., 2009). Vu que les systèmes de santé diffèrent d'un pays à un autre, les résultats obtenus peuvent ne pas être applicables à notre nation. De plus, deux articles utilisent des guidelines, nommés F315 (DuBeau et al., 2007) et GLUI (Albers-Heitner et al., 2008) et nous n'avons pas les connaissances sur leur applicabilité dans les EMS helvétiques.

Conclusion

La réalisation de cette revue de littérature a permis de répondre au but de cette étude qui étaient d'identifier les facteurs empêchant l'utilisation des guidelines concernant l'incontinence urinaire par les infirmiers en EMS. Bien que la preuve et la facilitation peuvent avoir un impact négatif sur l'adhérence infirmière, les résultats trouvés par la présente recherche indiquent que le contexte est le facteur primordial de la non-adhérence aux lignes directrices. Si l'infirmier adopte la philosophie du caring, une intervention EBN ne peut jamais être appliquée sans tenir compte du patient. Ce dernier est indispensable dans les choix que fait l'infirmier.

Pour notre futur professionnel, ce travail de Bachelor nous a permis d'acquérir davantage de connaissances en matière d'incontinence urinaire et de sa gestion. Nous avons constaté que cette problématique n'était pas une priorité de soins malgré sa prévalence haute et l'existence de nombreuses interventions scientifiquement prouvées comme efficaces. Au niveau méthodologique, nous avons appris à effectuer des recherches ciblées sur des bases de données, à avoir une vision critique des articles trouvés et à être rigoureuses dans nos écrits.

Cependant, des recherches ultérieures doivent être menées afin d'identifier d'autres facteurs pouvant être un frein à l'utilisation des lignes directrices dans les EMS. Cette revue de littérature n'englobe qu'une seule étude suisse. De ce fait, il serait intéressant que les prochaines recherches se fassent sur territoire helvétique afin que les résultats soient spécifiques au système de santé suisse.

Références

Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Nieman, F., Lagro-Janssen, T., & Winkens, R. (2008). Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 14(5), 807-811. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00925.x

Art. 32b de la loi fédérale sur les professions de la santé du 30 septembre 2016 (= LPsan ; RS = 414.20).

Association Alzheimer Suisse. (2008). *Vivre avec une incontinence*. Repéré à http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwjgnpTU4J7bAhXpHpoKHc4LBy0QFgg8MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.alz.ch%2Fju%2Findex.php%2Fproblemes-specifiques.html%3Ffile%3Dtl_files%2FPDFs%2FPDF-F-Infoblatt%2F163_F_01_Inkontinenz.pdf&usq=AOvVaw05B5e8X8ZQY4zDiL5RGinB

Avenir Suisse. (2018). *Vieillissement*. Repéré à <https://www.avenir-suisse.ch/fr/1995-2035/alterung/#>

Ballanger, P., & Rischmann, P. (2002). *Mécanismes de la continence et de l'incontinence : Cadres nosologiques*. Repéré à <http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/1995/PU-1995-00050755/TEXF-PU-1995-00050755.PDF>

Ballard, A., Khadra, C., Le May, S., & Gendron, S. (2016). Différentes traditions philosophiques pour le développement des connaissances en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 124(1), 8-18. doi:10.3917/rsi.124.0008

Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence based nursing and caring*. Bern, Suisse: Hogrefe.

Bellman, S. (2017). Urinary incontinence : assessment and conservative management. *The JBI Library of Systematic Reviews*, 1-4. Reperé à http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.27.1a/ovidweb.cgi?&S=LAAAFPIIJHDDCOKPNCFKLDMCCCCCLAA00&Link+Set=S.sh.21%7c4%7csl_190

Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2011). *Soins infirmiers : médecine et chirurgie : Vol.4. Fonction rénale et reproductrice*, (5^{ème} éd., version française). Traduction française par S. Longpré & B. Pilote (Eds), Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.

Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95 (4), 37-45.

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., ... Roy, M. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM: perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 20-31.

Caranto, L. C. (2015). Coalescing the theory of Roach and other truth-seekers. *International Journal of Nursing Science*, 5(1), 1-4.

Coin, I. (2012). *L'incontinence urinaire chez la personne âgée*. Repéré à https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/22082012-incontinence-urinaire.pdf

Cossette, S. (2006). *Guide d'utilisation : échelle d'interaction Infirmière-Patient (EIIP-70) (EIP-23)*. Repéré à http://www.academia.edu/6662747/Caring_Nurse_Patient_Interaction_Scale_-_Echelle_dinteractions_patient-infirmi%C3%A8re_French_Version_-_Version_francaise

Coughlan, M., Ryan, F., & Ronin, P. (2013). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. Londres, Angleterre: Sage.

Curaviva. (2014). *L'incontinence n'est pas une fatalité*. Repéré à https://www.revuespecialisee.curaviva.ch/files/SC1CMC6/rs_2014_decembre_incontinence_n_est_pas_une_fatalite.pdf

Da Silva, V. A., & D'Elboux, M. J. (2012). Nurses' interventions in the management of urinary incontinence in the elderly: an integrative review. *Revue da escola de enfermagem da USP*, 46(5), 1221-1226.

DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing: a guide to clinical practice*. St. Louis, Etats-Unis: Elsevier Mosby.

DuBeau, C. E., Ouslander, J. G., & Palmer, M. H. (2007). Knowledge and attitudes of nursing home staff and surveyors about the revised federal guidance for incontinence care. *The Gerontologist*, 47(4), 468-479.

Dubois, B. (2011). *Prévention des blessures en cours à pied*. Lac Beauport, Canada: La Clinique du Coureur.

Edwards, R., Martin, F. C., Grant, R., Lowe, D., Potter, J., Husk, J., & Wagg, A. (2011). Is urinary continence considered in the assessment of older people after a fall in England and Wales? Cross-sectional clinical audit results. *Maturitas*, 69(2), 179-183. doi :10.1016/j.maturitas.2011.03.018.

Egnatios, D., Dupree, L., & Williams, C. (2010). Performance improvement in practice: managing urinary incontinence in Home Health Patients with the Use of an Evidence-Based Guideline. *Home Healthcare Nurse*, 28 (10), 620-628. doi: 10.1097/NHH.0b013e3181f85d44

Electrostimulateur.org. (2017). *Traitement incontinence*. Repéré à <https://www.electrostimulateur.org/content/traitement-incontinence>

Fondation d'aide aux personnes incontinentes. (2018). *Gestion de l'incontinence urinaire*. Repéré à <http://www.canadiancontinence.ca/FR/gestion-de-incontinence-urinaire.php>

Fondation d'aide aux personnes incontinentes. (2018). Qu'est que l'incontinence urinaire?. Repéré à <http://www.canadiancontinence.ca/FR/incontinence-urinaire.php>

Fondation d'aide aux personnes incontinentes. (2018). *Traitement*. Repéré à <http://www.canadiancontinence.ca/FR/traitement.php>

Fortin, M.F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (3^{ème} éd.). Montréal, Canada: Chenelière éducation.

Gagnon, J., Côté, F., Boily, M., Dallaire, C., Gagnon, M.P., Michaud, C., ... Mercure, S. A. (2009). Barrières et facteurs facilitant l'intégration de résultats probants aux soins infirmiers en contexte québécois: étude exploratoire-descriptive. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 19-28.

Gogniat, V. (2016). *Dépistage, évaluation et traitement de l'incontinence urinaire*. Repéré à https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/documents/incontinence-urinaire-forum-escarre-oct-nov-2016.pdf

Gonthier, A., Pasche, O., Cornuz, J., Achteri, C., & Jichlinski, P. (2008). Incontinence urinaire chez la femme: prise en charge en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse*, 4, 2569-2574.

Griebing, T. L. (2011). Urinary incontinence: Incontinence guidelines is lack of adherence a form of ageism? *Nature Reviews Urology*, 8(12), 655-657. doi: 10.1038/nruiol.2011.177

Haab, F., Castel, E., Cioufu C., Col, P., & Delmas, V. (1999). Physiopathologie et évaluation de l'incontinence urinaire de la personne âgée non institutionnalisée. *Progrès en Urologie*, 9, 760-766.

Hartmann. (2014). *Incontinence et pratique sportive*. Repéré à <https://www.parlons-incontinence.fr/l-incontinence-au-quotidien/incontinence-et-pratique-sportive/#choisir>

Hartmann. (2018). *L'incontinence, on en parle*. Repéré à <https://www.parlons-incontinence.fr/j-aide-un-proche/aidants-changer-une-protection-pour-adulte/>

Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Health and Care Research Wales. (2018). *Professor Jo Rycroft-Malone*. Repéré à <https://www.healthandcareresearch.gov.wales/professor-jo-rycroft-malone/>

Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Outlook*, 48(4), 151-152. doi: 10.1067/mno.2000.107690

Integreo. (n.d.). *Fiche pratiques composante 10: Guidelines multidisciplinaires*. Repéré à <https://www.integreo.be/fr/documentation>

Jarvis, C. (2015). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. (2^{ème} éd.). Traduction française par C. Chapados & E. Lavertu (Eds), Montréal, Québec: Chenelière éducation.

Lappen, D., Berall, A., Davignon, A., Iancovitz, L., & Karuza, J. (2016). Evaluation of a continence implementation program on a geriatric rehabilitation unit. *Perspectives*, 39(1), 24-30.

Lawhorne, L. W., Ouslander, J. G., & Parmelee, P. A. (2008). Clinical practice guidelines, process improvement teams, and performance on a quality indicator for urinary incontinence: A pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(7), 504-508. doi: 10.1016/j.jamda.2008.04.007.

McMaster University. (2014). *Biography of Alba DiCenso*. Repéré à https://fhs.mcmaster.ca/main/news/news_2014/biography_of_alba_dicenso.html

McMaster University. (2017). *Alba DiCenso*. Repéré à <https://nursing.mcmaster.ca/faculty/bio/alba-dicenso>

McMaster University. (2018). *Donna Ciliska, RN, PhD*. Repéré à <https://fhs.mcmaster.ca/nru/old%20nru/investigators/popup21.htm>

McMaster University. (2017). *Dr. Donna Ciliska*. Repéré à <https://nursing.mcmaster.ca/faculty/bio/donna-ciliska>

Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. (2^{ème} éd.) Philadelphie, Etats-Unis: Wolters.

Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11(1), 1-10.

Mistiaen, P., Bloemendal, E., Weenink, J. W., & Harmsen, M. (n.d.). *Guideline adherence in the Netherlands: a systematic review*. Repéré à <https://www.g-i-n.net/document-store/g-i-n-conferences/berlin-2012/orals/o57-mistiaen.pdf>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). *Prisma Flow Diagram*. Repéré à <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>

Nguyen, D. H. (2017). Urinary incontinence: conservative management. *The JBI Library of Systematic Reviews*, 1-3. Reperé à http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.27.1a/ovidweb.cgi?&S=LAAAFPIIJHDDCOKPNCFKLDMCCCCCLAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190

Office fédéral de la statistique. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social*. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/personnes-agees.assetdetail.348097.html>

Office fédéral de la statistique. (2012). *Santé des personnes âgées*. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/personnes-agees.html>

Office fédéral de la statistique. (2015). *Indicateurs des établissements médico-sociaux 2013*. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/350296/master>

Office fédéral de la statistique. (2017). *La population de la Suisse 2016*. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.3902099.html>

Office fédéral du sport. (2017). *Activité physique et santé des aînés*. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/koerpergewicht-bewegung/bewegungsfoerderung/bewegungsempfehlungen.html>

Passeport santé. (2011). *L'incontinence urinaire*. Repéré à https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=incontinence_urinaire_m

Passeport santé. (2017). *Fibres*. Repéré à <https://www.passeportsante.net/fr/Nutrition/PalmaresNutriments/Fiche.aspx?doc=fibres>

Passeport santé. (2017). *L'incontinence urinaire*. Repéré à http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=incontinence_urinaire_pm

Passeport santé. (2017). *L'incontinence urinaire*. Repéré à http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=incontinence_urinaire_pm

Passeport santé. (2018). *Des astuces pour prévenir et/ou guérir l'incontinence urinaire*. Repéré à <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=astuces-contre-incontinence-urinaire-les-aliments-sante-a-consommer-au-quotidien>

Passeport santé. (2018). *Les aliments à éviter en cas de fuites urinaires*. Repéré à <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=aliments-fuites>

Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^{ème} éd.). Québec, Canada : Chenelière éducation.

Prifysgol Bangor University. (2018). *Prof Jo Rycroft-Malone*. Repéré à <https://www.bangor.ac.uk/healthcaresciences/staff/jo-rycroft-malone/en#phd-opportunities>

Pubmed. (1998). *Guideline Adherence*. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=guideline+adherence>

Registered nurses' association of Ontario. (2011). *Promoting continence using prompted voiding*. Repéré à [http://mao.ca/sites/mao-ca/files/Promoting Continence Using Prompted Voiding.pdf](http://mao.ca/sites/mao-ca/files/Promoting%20Continence%20Using%20Prompted%20Voiding.pdf)

Réseau canadien pour la santé des femmes. (2012). *L'incontinence urinaire*. Repéré à <http://www.cwhn.ca/fr/UrinaireRisques>

Roe, B., Flanagan, L., Jack, B., Barrett, J., Chung, A., Shaw, C., & Williams, K. (2010). Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 228-250. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05481.x

Rolland, Y., Benetos, A., Gentric, A., Ankri, J., Blanchard, F., Bonnefoy, M., ... Berrut, G. (2011). La fragilité de la personne âgée: un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 9(4), 387-390. doi 10.1684/pnv.2011.0311

Runciman, W. B., Hunt, T. D., Hannaford, N. A., Hibbert, P. D., Westbrook, J. I., Coiera, E. W., & Braithwaite, J. (2012). CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *The Medical journal of Australia*, 197(2), 100-105.

Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework A framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of nursing care quality*, 19(4), 297-304.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Saxer, S., de Bie, R. A., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(5), 539-544. doi: 10.1097/WON.0b013e3181b35ff1.

Scott, K., & Mc Sherry, R. (2008). Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of clinical nursing*, 18, 1085-1095.

Société suisse de nutrition. (2018). *Fruits & légumes*. Repéré à <http://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/les-denrees-alimentaires/aliments/fruits-legumes/>

Sphère-santé. (2015). *Les couches pour adultes au quotidien: pathologies, psychologie et solutions*. Repéré à <http://www.sphere-sante.com/guide/les-couches-pour-adultes.html>

Sphère-santé. (2016). *L'incontinence chez la personne âgée*. Repéré à <http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/incontinence-chez-la-personne-agee.html>

Sphère-santé. (2017). *Description du système urinaire*. Repéré à <http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/description-systeme-urinaire.html>

Sphère-santé. (2017). *Les astuces pour lutter contre l'incontinence*. Repéré à http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/astuces_contre_incontinence.html

Stavrou, A., Challoumas, D., & Dimitrakakis, G. (2013). Archibald Cochrane (1909–1988): the father of evidence-based medicine. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 18(1), 121-124. doi: [10.1093/icvts/ivt451](https://doi.org/10.1093/icvts/ivt451)

The Canadian Medical Hall of Fame. (2018). *Dr. Gordon Guyatt*. Repéré à <http://www.cdnmedhall.org/inductees/gordonguyatt>

Watson Caring Science Institute. (2018). *Jean Watson, PHD, RN, AHN-BC, FANN, (LL-AAN)*. Repéré à <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/>

Appendice A

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lieu, date et signature

Lieu, date et signature

Appendice B

Grilles de résumés et d'analyses critiques des articles scientifiques

Article 1

Grille de résumé [traduction libre]

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	DuBeau, C. E., Ouslander, J. G., & Palmer, M. H. (2007). Knowledge and attitudes of nursing home staff and surveyors about the revised federal guidance for incontinence care. <i>The Gerontologist</i> , 47(4), 468-479.
Introduction Problème de recherche	Plusieurs facteurs ont mené à la révision des lignes directrices F315 concernant l'évaluation et la prise en charge de l'incontinence urinaire et des cathéters urinaires chez les résidents des homes. Les chercheurs de cet article scientifique souhaitaient savoir quelles étaient les connaissances et les attitudes du personnel soignant et des enquêteurs de l'Etat des établissements médico-sociaux (EMS) face au guideline F315 révisé.
Recension des écrits	<p>En juin 2005, le centre américain d'assurance maladie et de service de santé (CMS) a revu les lignes directrices « F315 Tag » pour l'évaluation et la prise en charge de l'incontinence urinaire et des cathéters urinaires chez les résidents des homes.</p> <p>L'étiquette F indique des domaines spécifiques dans le manuel du CMS qui est utilisé par les enquêteurs de l'État afin d'effectuer des évaluations annuelles des EMS. Des lacunes dans les soins ont été identifiées dans l'étiquette F et elles sont à la disposition des EMS américains sur le site internet « nursing home compare».</p> <p>Le guide F315 précise les normes pour l'évaluation et la gestion de l'incontinence urinaire et les soins de cathéters. La révision des lignes directrices F315 ont permis de combiner en une seule et unique étiquette, la F315, les soins de l'incontinence urinaire et les soins des cathéters urinaires qui étaient auparavant séparés. Il existait donc deux étiquettes différentes.</p> <p>Plusieurs facteurs sont à l'origine de la mise à jour des lignes directrices concernant la gestion et l'évaluation de l'incontinence urinaire. L'augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire dans les EMS, de 55% à 65% en 10 ans, la reconnaissance de l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie</p>

	<p>des résidents, la désignation de l'incontinence urinaire comme une condition cible dans l'initiative sur la qualité des soins infirmiers du CMS et la reconnaissance du fait que les soins infirmiers à domicile actuels pour l'incontinence urinaire sont «un échec» en raison de soins médiocres, d'une évaluation inadéquate et d'un manque de traitement individualisé.</p> <p>La révision des lignes directrices F315 de 2005 a mis l'accent sur le processus et la documentation d'une évaluation des causes de l'incontinence urinaire, sur la sélection et sur l'évaluation de l'efficacité du traitement. La révision du guideline représente un changement culturel important. Avant, le guideline mettait l'accent sur la documentation des plans de miction sans prendre en considération s'ils étaient appropriés à la personne et au type d'incontinence et s'ils étaient efficaces en réduisant les fuites urinaires du résident. La manière dont les enquêteurs et le personnel des EMS percevront et mettront en œuvre ce changement d'orientation, n'est pas connue. Mais cela est très important pour le succès de la révision dans l'amélioration de la prise en soins et des résultats concernant l'incontinence urinaire.</p> <p>Basé sur des travaux antérieurs, plusieurs obstacles à une mise en œuvre réussie des lignes directrices F315 sont probables : le manque de connaissances de base sur l'incontinence urinaire et sa prise en charge parmi le personnel soignant des EMS, l'attitude générale du personnel à propos des résidents présentant une incontinence urinaire, la perception de la part du personnel infirmier que les objectifs des soins de l'incontinence urinaire sont l'intégrité de la peau et avoir des plans d'hygiène, mais pas la diminution de la fréquence de l'incontinence, ainsi que l'écart entre le rapport du personnel infirmier et / ou la documentation de la toilette et de son succès par rapport aux observations réelles des soins. Les connaissances et les attitudes au sujet de l'incontinence urinaire peuvent différer entre les différents professionnels de la santé qui composent le personnel soignant d'un EMS, en particulier entre les infirmiers auxiliaires, qui fournissent la majorité des soins d'incontinence directe comme l'aide à hygiène personnelle des résidents et l'application de vêtements de protection, entre les infirmiers diplômés qui supervisent les infirmiers auxiliaires et entre le personnel administratif, par exemple entre les coordinateurs de l'ensemble minimal de données et les directeurs des soins infirmiers, etc. Il existe très peu d'informations sur les connaissances et les attitudes des enquêteurs de l'État ou sur la congruence de leurs connaissances et de leurs attitudes avec celles du personnel soignant en EMS.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pour l'analyse qualitative, les chercheurs ont utilisé la théorie fondée de Corbin et Strauss.

Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Buts :</p> <p><i>Les objectifs de cette étude étaient d'enquêter le personnel soignant des EMS et les enquêteurs de l'Etat concernant sur :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leurs connaissances et leurs attitudes concernant l'évaluation et la gestion de l'incontinence urinaire - L'actualisation des lignes directrices nommées F315. - Leurs attitudes, les barrières perçues et/ou éprouvées et les défis à l'application du guideline F315 - Les plans en cours et futurs pour l'application sur les terrains du F315 - Leurs préoccupations à propos de la révision du F315
<p>Méthodes</p> <p>Devis de recherche</p>	Etude fondée sur la théorie ancrée, appartenant au devis descriptif quantitatif
Population, échantillon et contexte	<p>Population et échantillon :</p> <p><i>Population :</i> il s'agit d'un échantillonnage de convenance d'infirmiers surveillants et de membres de l'équipe soignante incluant des médecins qui vont suivre une formation concernant le F315 révisé.</p> <p><i>Echantillon :</i> n=500 participants qui proviennent de 358 EMS du Kansas et d'enquêteurs d'Etat, ont terminé l'enquête.</p> <p><i>Inclusion :</i> les participants aux ateliers sur la révision des lignes directrices F315/ le personnel des EMS du Kansas incluant le personnel de l'administration, les directeurs des soins, les infirmiers, infirmiers auxiliaires, les médecins et les enquêteurs d'Etat.</p> <p>Contexte : les EMS et les superviseurs de l'Etat du Kansas, aux Etats-Unis.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte de données :</p> <p>Les chercheurs ont fait passer le questionnaire aux participants des ateliers de formation sur la révision des lignes directrices F315. Ils ont placé les questionnaires dans les paquets que les participants recevaient lors de leur inscription à l'atelier. Les participants prenaient 10 minutes à 15 minutes avant le début de l'atelier pour remplir le questionnaire puis ils devaient les renvoyer.</p> <p>Instrument de mesure :</p>

Questionnaire – les chercheurs l'ont conçu de manière à saisir les connaissances et les attitudes des différents participants de l'étude qui ont une expertise et une formation variable.

Pour réaliser les questions sur les connaissances les chercheurs de l'étude :

- Se sont basés sur la révision des lignes directrices F315 et sur la recherche pertinente concernant l'incontinence urinaire dans les homes, en particulier les études relatifs à la connaissance de l'incontinence urinaire chez les infirmiers et chez les infirmiers auxiliaires.
- Ont inclus des items touchant deux traitements souvent sous-utilisés dans les EMS, c'est-à-dire les médicaments et les cathéters urinaires.

Pour réaliser les questions sur les attitudes les chercheurs de l'étude :

- Se sont basés sur la littérature disponible et sur leur propre expérience
- Ont couvert les obstacles perçus à la conformité au F315, en particulier les niveaux de dotation, le fait de savoir si les résidents et leur famille considéraient l'incontinence urinaire comme un problème important, l'efficacité des soins d'hygiène chez les résidents présentant une démence, les préoccupations concernant les cathétérismes et la responsabilité de l'évaluation de l'incontinence urinaire.

Réponses possibles aux questions du questionnaire :

- Les chercheurs ont structuré les différents éléments sur les connaissances et sur les attitudes en utilisant une échelle de Likert à cinq points allant de «fortement d'accord» à «fortement en désaccord» avec une option «je ne sais pas».
- Des réponses vraies ou fausses n'ont volontairement pas été utilisées pour les éléments de connaissance car les chercheurs voulaient identifier l'incertitude possible des participants de l'étude.
- À la fin du questionnaire, les participants pouvaient écrire des commentaires en réponse à la question suivante :«Quelle est votre principale préoccupation ou d'autres commentaires au sujet du nouveau guideline F315 ?».

Avec le questionnaire, les chercheurs ont également recueilli des données sur :

	<ul style="list-style-type: none"> - Le poste et les titres des participants - Les caractéristiques de leur EMS (l'emplacement, la taille, à but lucratif ou sans but lucratif, le pourcentage de résidents ayant une incontinence urinaire et utilisant des cathéters) - Les rôles prévus du directeur médical de l'établissement dans la conformité F315.
Déroulement de l'étude	<p><i>Ateliers de formation F315</i></p> <p>Les ateliers étaient organisés par la KACE (Kansas adult care executives association) dont les membres ont demandé une formation sur le F315 et par le KDO (Kansas department on aging), le département qui a pour but d'engager, de superviser et de former les enquêteurs de l'Etat. Les ateliers ont été annoncés sur le site internet de la KACE et par des avertissements envoyés directement aux EMS et aux enquêteurs de l'Etat. Des formations identiques d'une journée ont été organisées à Topeka et à Wichita en janvier 2006.</p> <p>Pendant les ateliers, les animateurs ont parlé des normes actuelles et des meilleures pratiques face à la prise en charge et à l'évaluation de l'incontinence urinaire et des cathéters, du but de la révision du guideline F315 et des critères de conformité des enquêteurs et également des méthodes pour la mise en place de meilleures pratiques de soins.</p>
Considérations éthiques	<p>Lors de l'enquête, les chercheurs n'ont pas collecté les noms personnels ou les noms des établissements auprès des personnes participant à cette étude.</p> <p>Les chercheurs ont obtenu l'approbation du conseil d'examen institutionnel de l'Université de Chicago.</p> <p>L'étude n'exigeait pas de consentement éclairé écrit.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les chercheurs ont utilisé des analyses descriptives, plus précisément des fréquences et des pourcentages pour analyser les caractéristiques des participants et des établissements intégrant cette étude scientifique.</p> <p>Le chi-square a été utilisé pour analyser les connaissances, les attitudes et les obstacles selon le type de participant et selon les caractéristiques de l'établissement.</p> <p><i>Analyse factorielle</i></p> <p>Une analyse factorielle a été effectuée par les chercheurs pour réaliser une évaluation exploratoire sur les questions se rapportant aux connaissances et aux attitudes des participants de la recherche.</p> <p>Etant donné que les chercheurs ont créé le questionnaire eux-même, ils ont cherché à identifier les items</p>

	<p>les plus représentatifs des connaissances et des attitudes des soignants. L'analyse de facteurs évalue le lien entre les items afin d'identifier ceux qui pourraient dans une prochaine étape, faire partie d'un instrument qui pourrait être validé.</p> <p><i>Analyse qualitative</i></p> <p>Une analyse qualitative des commentaires a été réalisée par les chercheurs en se basant sur la théorie fondée (Strauss & Corbin, 1998). Ils ont également utilisé une combinaison d'analyse inductive et de l'analyse de contenu latent. Les unités d'analyse comprenaient des mots, des phrases courtes, des phrases ou des fragments de phrases, et des groupes de phrases comprenant l'intégralité du commentaire d'une personne répondante.</p> <p>Ils ont basé le codage du manifeste sur l'identification de mots ou d'expressions textuels et en comptant leur occurrence.</p> <p>Ils ont basé le codage latent sur des inférences de la signification derrière des phrases et ils ont inclus comme unités d'analyse des emphases écrites et la ponctuation adjacente.</p> <p>Deux analystes ont travaillé séparément pour identifier le contenu manifeste récurrent et pour ressortir les thèmes généraux sur le contenu latent. Ensuite, les analystes ont revu leurs observations ensemble et ils ont généré une liste consensuelle du contenu manifeste. Pour chaque cas proposé, ils ont comparé plusieurs exemples de phrases de verbatim ou de phrases de soutien pour parvenir à un consensus.</p> <p>Les listes de contenu des analystes ont ensuite été codifiées, combinées et affinées, et chaque analyste a ensuite réanalysé séparément les commentaires à l'aide de la liste de contenu révisée. Puis, ils ont réexaminé ensemble, la deuxième série de codages, ils ont discuté des divergences et ils ont convenu d'un codage final.</p> <p>Les chercheurs ont récolté le verbatim associé à chaque occurrence du contenu manifeste et du contenu latent et ils l'ont regroupé en utilisant le cadre de codage de la profession/position du participant qui avait fait le commentaire.</p> <p>En résumé, les chercheurs font une partie de théorie fondée, une méthode qui sert à créer et/ou articuler des concepts est ainsi comprendre ce qui se passe, pour ensuite définir une éventuelle théorie.</p>
Présentation des	<i>Caractéristiques de l'échantillon</i>

résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Sur les 588 participants aux deux ateliers (Topeka, n = 291; Wichita, n = 297), 500 participants, 85% des personnes ont terminé l'enquête. - 8% des participants étaient des enquêteurs de l'Etat - 15.8% faisant partie du personnel d'administration des EMS - 27,6% des participants étaient des directeurs de soins - 3,8% des participants étaient des assistants de direction - 29% de personnel soignant (dont 20% était des coordinateurs de l'ensemble minimal de données) - 1% des participants étaient des infirmiers auxiliaires - 0,2% des participants étaient des infirmiers praticiens - 2% des participants étaient des infirmiers consultants - 3,2 % des participants n'ont pas indiqué leur fonction - Les participants représentaient 22% de tous les administrateurs de maisons de retraite du Kansas, 39% des directeurs des soins et 57% des enquêteurs de l'état. - Aucun directeur médical ou médecin n'a répondu au questionnaire ou a participé aux ateliers de formation F315. <p><i>Localisation des établissements représentés dans cette étude</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 58% d'établissements rurales - 13,6% d'établissements en milieu urbain - 12,8% d'établissements en banlieue - 15% d'établissements dont la localisation est non-connue <p><i>Taille des établissements représentés dans cette étude</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les établissements représentés dans cette étude étaient essentiellement de petite taille, soit 68,6% des établissements avec moins de 100 lits. <p><i>But des établissements</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 208 des participants ont déclaré travailler dans un établissement à but lucratif - 202 des participants ont déclaré travailler dans un établissement sans but lucratif
-----------	---

Comme les chercheurs n'ont pas demandé aux participants d'identifier leur établissement, ils ne pouvaient donc pas déterminer le nombre de homes du Kansas représentés ou la proportion d'installations précédemment citée pour les déficiences du F315. Pour la même raison, ils n'ont pas pu comparer l'emplacement des établissements où travaillaient les participants de cette étude scientifique avec des chiffres d'état.

Résultats de l'analyse factorielle des connaissances et des attitudes (tableau 1 présente les résultats de l'analyse des composantes principales) :

La question sur les connaissances comprenait six facteurs expliquant environ 54% de la variance totale.

- Trois items, dont chacun était chargé de facteurs distincts, ne répondaient pas aux critères de chargement significatif.
- Deux items qui concernaient le traitement médicamenteux de l'incontinence urinaire, suggérant que ce sujet se situe en dehors des connaissances habituelles du personnel soignant et des enquêteurs de l'Etat sur l'incontinence urinaire.

La question sur les attitudes comprenait quatre facteurs, expliquant 57% de la variance totale.

- Deux items ont des chargements significatifs limités («F315 détourne l'attention des autres préoccupations», et «F315 entraîne une augmentation des citations»).
- Bien que ces deux items concernent les effets potentiels de la révision des lignes directrices F315, chacun était chargé sur des facteurs différents.

Connaissances sur l'incontinence urinaire (tableau 2) :

- Seulement deux questions ont été répondues correctement par plus de 75% des participants à l'étude. Il s'agit des questions sur la réaction des résidents atteints de démence à la miction incitée et sur la collecte appropriée d'urine provenant de résidents cathétérisés).
- Moins d'un tiers des participants a répondu correctement aux questions sur les soins des cathéters, sur la pertinence de les vérifier, de les changer et sur l'objectif de la révision du guideline F315 ($p=0.000$).

- Il y avait plusieurs différences statistiquement significatives entre les items concernant les signes d'infection des voies urinaires ($p=0.000$), les effets secondaires des médicaments ($p=0.028$), les différences entre la miction provoquée et programme de miction ($p=0.007$), la pertinence de la gestion des vérifications et des changements de protection ($p=0.035$), la gestion des cathéters et l'intention, les exigences de la révision F315 ($p=0.059$).
- Les enquêteurs étaient plus susceptibles de donner des réponses correctes à tous les items sauf pour la gestion des cathéters, les effets secondaires des médicaments pour l'incontinence urinaire, l'intention de la révision F315 et la pertinence de la vérification et de la gestion des changements de protection.
- Il n'y avait pas de différence significative dans les connaissances selon la taille de l'établissement (± 100 lits), la prévalence de l'incontinence urinaire ($\pm 50\%$) ou l'utilisation d'un cathéter ($\pm 5\%$).
- Les participants à la recherche travaillant dans un EMS sans but lucratif étaient plus susceptibles que ceux des organismes à but lucratif de donner des réponses correctes sur l'analyse d'urine comme signe fiable d'infection urinaire (51% vs 39%, $p = 0,039$), effets secondaires des médicaments contre l'incontinence urinaire (74% vs 64%, $p = 0,015$), et la pertinence des cathéters pour les patients en EMS (51% vs 27%, $p, 0,001$).
- Les participants travaillant dans des établissements ruraux différaient des participants des autres homes pour un seul élément de connaissance La question concernant les cathéters pour les personnes en EMS, les établissements ruraux ont donné 48% de réponses correctes contre 25% des institutions non rurales ($p = 0,001$).

Attitudes à propos des soins de l'incontinence urinaire et les exigences des lignes directrices F315 (tableau 3) :

Lorsque les chercheurs ont posé des questions sur les problèmes potentiels spécifiques qui expliqueraient la non-compliance au guideline F315, les éléments ci-dessous sont ressortis :

- 77% des participants ont indiqué que la compliance était influencée par la documentation requise.
- 72% des participants ont indiqué que la compliance était influencée par les niveaux de dotation en personnel soignant assistant
- 66% des participants ont indiqué que la compliance était influencée l'enseignement infirmier
- 64% des participants ont indiqué que la compliance était influencée par la rotation du personnel
- 62% des participants ont indiqué que la compliance était influencée par la coopération des médecins

- 51% des participants ont indiqué que la compliance était influencée par les niveaux de dotation en personnel infirmier
- 39% des participants ont indiqué que la compliance était influencée par les coûts.

- Les réponses neutres étaient les plus élevées pour les niveaux de dotation en personnel infirmier (23%) et les coûts (29%).
- Les enquêteurs de l'Etat étaient moins susceptibles de citer la documentation comme un problème (68% d'enquêteurs contre 85% tous les autres participants ($p = 0.05$))
- Les administrateurs étaient plus susceptibles de citer les coûts comme problème (64% enquêteurs contre 36% des autres participants ($p < 0.001$)).
- Cependant, 77% des répondants ont convenu qu'il s'agissait de la documentation requise.
- Les administrateurs étaient plus susceptibles d'être préoccupés par le fait que F315 détournerait l'attention des autres besoins des résidents (39% contre 33% des infirmiers, 8% des enquêteurs, $p = < 0,001$) et entraîneraient plus de citations de déficience (87% contre 78% infirmiers, 62%, $p = < 0,001$).
- Les infirmiers étaient moins susceptibles de répondre qu'elles devraient avoir la responsabilité principale de la gestion de l'incontinence urinaire (56% infirmiers contre 77% des administrateurs, 75% des enquêteurs, $p = 0.025$).
- 71% des participants à cette recherche scientifique estimaient que l'incontinence urinaire était l'un des problèmes les plus gênants pour les résidents, bien que les enquêteurs aient tendance à être plus d'accord que le personnel infirmier (80% contre 61%, $p > 0.05$).
- Les enquêteurs étaient plus susceptibles de penser que les familles considéraient l'incontinence urinaire comme l'un des problèmes les plus ennuyeux d'un résident (83% d'enquêteurs contre 76% administrateurs, 72% directeurs et assistants directeurs, 61% personnel infirmier, $p = 0.029$).
- Les réponses aux questions sur l'attitude ne différaient pas selon l'emplacement de l'établissement, la taille ou le pourcentage de résidents ayant une incontinence urinaire ou ayant des cathéters.
- Les participants des EMS à but non lucratif étaient plus susceptibles de penser que la coopération des médecins constituerait un problème pour se conformer au F315 (78% contre 61% pour les EMS à but lucratif, $p = 0.001$).

	<p><i>Plans pour la mise en œuvre du guideline F315</i></p> <p>Lorsque les participants ont été invités à indiquer le type de personnel qu'ils avaient l'intention de côtoyer afin de mettre en œuvre le guideline F315 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65% ont indiqué du personnel infirmier - 41% ont indiqué des infirmiers superviseurs - 7% ont indiqué des infirmiers en pratique avancée - 11% ont indiqué d'autre type de personnel comme les médecins, les directeurs médicaux et les infirmiers auxiliaires). - Les participants ont indiqué que les rôles prévus de leur directeur médical consistaient à rédiger (41%) et à réviser (42%) de nouvelles politiques et / ou matériaux, à répondre aux résultats du sondage (37%), à garantir de la documentation pour la mise en place de cathéters (36%) et une évaluation appropriée de l'incontinence urinaire (30%) et des séances de formation pour le personnel infirmier (30%) et les médecins (23%). <p><i>Commentaires supplémentaires (tableau 4) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 35% des participants à l'étude ont écrit des commentaires supplémentaires à la fin du questionnaire, dont certains étaient exhaustifs. - Bien que les thèmes diffèrent quelque peu selon le type de répondant, il ne faut pas déduire une relation causale entre la profession et les thèmes spécifiques de cette analyse. Ce qui était particulièrement frappant, c'était le ton émotif des commentaires des infirmiers en termes de contenu et de ponctuation (voir tableau 4). -
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Il s'agit de la première étude étudiant la version révisée du guide d'orientation fédéral F315 et à inclure une évaluation des connaissances et des attitudes des enquêteurs d'Etat concernant l'incontinence urinaire.</p> <p>Les chercheurs ont constaté d'importantes lacunes dans les connaissances de base sur l'incontinence urinaire chez les membres du personnel des EMS et chez les enquêteurs de l'Etat, ainsi que d'importantes insuffisances dans les connaissances et les attitudes concernant la révision F315 entre ces intervenants. Le personnel s'obstine à assimiler la prise en charge de l'incontinence urinaire avec des programmes d'hygiène, malgré l'intention de la révision F315 afin de mettre l'accent sur le processus de soins et d'évaluation. Le personnel des EMS était préoccupé par la dotation en personnel adéquate pour se</p>

conformer au F315 et leurs stratégies de mise en œuvre se sont concentrées sur le personnel infirmier autochtone, avec une faible contribution des infirmiers auxiliaires, des directeurs médicaux, des médecins et des infirmiers en soins avancés.

Les résultats de cette recherche soulèvent d'importantes préoccupations sur le fait que la révision du guideline F315 ne sera pas susceptible d'améliorer la qualité des soins de l'incontinence dans les EMS. Des lacunes importantes dans les connaissances persistent malgré les efforts de la CMS pour diffuser la révision (la CMS a envoyé à toutes les maisons de retraite et aux organismes d'enquête de l'état le nouveau guide actualisé et elle a réalisé un site internet avec des informations sur la révision des lignes directrices F315) et la disponibilité de lignes directrices fondées sur des données probantes sur l'incontinence urinaire à domicile. Les chercheurs ont constaté que la mauvaise compréhension de la révision a favorisé des attitudes qui diminueront la réussite de la mise en œuvre des directives, particulièrement le sentiment profond des infirmiers que le F315 viole les droits des résidents. Les personnes interrogées ont largement perçu les examens pelviens et le cathétérisme comme envahissants et nécessaires, ils ont même perçu la toilette comme intrusive. La dignité des résidents était une préoccupation particulière dans les établissements des petites villes où le personnel avait connu de nombreux résidents avant leur institutionnalisation.

La capacité des programmes d'éducation du personnel à améliorer les lacunes en termes de connaissances est incertaine. Bien que certaines interventions éducatives aient démontré des gains à court terme dans les connaissances du personnel sur l'incontinence urinaire, d'autres ne l'ont pas fait, et il existe peu d'études sur les résultats à long terme. Les programmes informatiques cliniques sont toujours une anomalie dans les EMS, où ils ont tendance à être utilisés uniquement à des fins de gestion et les coûts d'investissement et d'entretien peuvent être prohibitifs. Le manque d'expérience en informatique et /ou en logiciels cliniques parmi le personnel, en particulier chez les infirmiers praticiens et les infirmiers auxiliaires, peut diminuer la validité, la fiabilité et l'utilité des systèmes décisionnels. Le remplacement de l'éducation traditionnelle du personnel par des programmes d'amélioration de la qualité de l'incontinence urinaire (par exemple, basé sur des principes de qualité) s'est avéré partiellement efficace. Dans un projet de démonstration, seulement un tiers des homes ont adopté et maintenu le programme informatique, un autre tiers l'a fait partiellement et le reste pas du tout. Pour éloigner le personnel de la culture existante de la conformité du papier en mettant l'accent sur les plans de soins fondés sur l'ensemble de données minimum plutôt que sur les plans d'amélioration de la qualité, il faudra un changement d'orientation et une compréhension des mesures du processus. Cependant, les chercheurs ont fait peu de travail pour valider les mesures des processus de

soins infirmiers à domicile ou pour définir les niveaux de performance constituant des «soins de qualité». Des travaux antérieurs ont suggéré que la validité des mesures du processus d'incontinence urinaire existantes est faible et que les taux acceptables d'incontinence urinaire chez les résidents des EMS sont inconnus.

Les divergences entre le personnel des homes et les enquêteurs sur les connaissances et sur les attitudes que les chercheurs ont trouvées, peuvent favoriser l'antagonisme qui sapera l'approche réglementaire de l'amélioration des soins de l'incontinence urinaire inhérente à la révision F315. La théorie de l'apprentissage organisationnel suggère qu'un manque de congruence entre les croyances et les valeurs des différentes intervenants, diminuera la capacité du personnel des EMS à acquérir des connaissances et à améliorer les soins d'incontinence urinaire par des interactions avec les enquêteurs. Cette recherche scientifique a démontré que 54% des enquêteurs de l'Etat croyaient qu'un programme de vérification et de changement de protections n'est jamais approprié comme la seule intervention de soins pour incontinence urinaire. Les directives F315 spécifient que cette intervention est valable chez les personnes où les essais de miction ont échoués et chez les résidents qui souhaitent une gestion favorable. La révision F315 a ajouté cette spécification en réponse à la recherche sur les préférences pour le soutien aux soins de l'incontinence urinaire, en particulier chez les familles de résidents et pour refléter l'approche centrée sur le patient qui a comme objectif l'amélioration de la qualité de vie des personnes en EMS.

La révision F315 semble être un autre exemple de l'établissement de normes de soins infirmiers à domicile sans évaluation réaliste de l'existence de ressources et de structures organisationnelles pour les atteindre, créant ainsi un obstacle à l'amélioration de la qualité. La plupart des participants de cette étude ont indiqué qu'ils prévoyaient d'utiliser des infirmiers superviseurs et des infirmiers pour appliquer les normes F315, malgré le fait que la gestion de l'incontinence urinaire et que certains gestes comme les soins d'hygiène et la vérification et le changement de protections, soit effectuée principalement par des infirmiers auxiliaires et aussi malgré la perception des infirmiers selon laquelle une dotation insuffisante en personnel infirmier assistant constitue le plus grand obstacle à la mise en place du F315 que la dotation en personnel infirmier.

Ces plans de mise en œuvre favorisent une structure hiérarchique qui est antithétique à cultiver la qualité des soins ainsi que la rétention des soins infirmiers et dépendent fortement des ressources dans un climat de remboursement difficile. Bien que certains chercheurs aient suggéré que les soins directs aux patients prodigués par les infirmiers diplômés soient plus susceptibles d'améliorer les résultats de soins que la

	<p>dotation en personnel infirmier supérieur, d'autres chercheurs ne sont pas d'accord. Une dotation en personnel infirmier plus élevée sans augmentation du temps de soins directs peut ne pas améliorer les soins de l'incontinence urinaire par les infirmiers auxiliaires parce que les infirmiers et les autres professionnels de la santé échouent souvent à influencer de façon significative les infirmiers auxiliaires, en particulier lorsque leurs interactions sont limitées ou qu'ils ne valident pas les modèles de soins infirmiers auxiliaires courants.</p> <p>La capacité des initiatives d'amélioration de la qualité à changer fondamentalement la culture des centres de soins exige un leadership solide, souple et créatif, une relation de travail étroite et un soutien mutuel entre infirmiers experts et infirmiers auxiliaires et l'inclusion des infirmiers auxiliaires dans les séances éducatives et les plans de mise en œuvre. Malheureusement, très peu de personnel assistant a participé aux ateliers de formation du Kansas. Étant donné que les infirmiers auxiliaires signalent que la toilette est la première tâche à laquelle elles renoncent lorsque les niveaux de dotation sont faibles, leur contribution est essentielle pour s'assurer que des soins de qualité peuvent être intégrés à leurs activités quotidiennes. De plus, les programmes d'hygiène individualisés, soulignés dans F315, exigent un changement majeur dans l'efficacité perçue des routines de soins structurées habituelles des infirmiers auxiliaires.</p> <p>Les résultats des chercheurs indiquent que le personnel des EMS perçoit l'apport inadéquat des médecins, des infirmiers en pratique avancée et des directeurs médicaux comme un obstacle à la conformité des lignes directrices F315. L'apport médical est particulièrement important compte tenu de l'importance de la révision de l'évaluation de l'incontinence urinaire incluant les examens physiques détaillés, l'évaluation des médicaments et la comorbidité comme causes de l'incontinence urinaire et le diagnostic différentiel. Le personnel infirmier a signalé un manque d'adhésion des médecins au sujet du F315.</p> <p>La participation des médecins est déjà un problème de conformité majeur, c'est-à-dire que les médecins pensent que les lignes directrices sont stupides et qu'elles ne s'appliquent pas à eux. Ces déclarations concordent avec une étude plus petite du réalisé au Kansas qui a révélé que les directeurs médicaux considéraient l'incontinence urinaire comme un problème infirmier et non un problème médical. En effet, aucun médecin n'a participé aux ateliers du Kansas malgré le lien explicite entre la révision du F315 et la version révisée de l'étiquette du directeur médical F501. Les efforts éducationnels de groupes n'atteindront qu'une minorité de médecins des EMS et cela ne va pas résoudre le problème.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enquête menée dans un seul État du Midwest, c'est-à-dire le Kansas et les EMS représentés étaient

	<p>principalement ruraux et petits.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. L'état du Kansas a moins de résidents par foyer de soins que la moyenne nationale (48% contre 82%) et moins d'établissements à but lucratif (50% contre 66% à l'échelle nationale). Cependant, les connaissances et les attitudes ne différaient pas selon la taille de l'établissement. Les petites différences observées selon la propriété et l'emplacement de l'installation peuvent refléter l'association entre la propriété et l'emplacement (51% des établissements ruraux étaient sans but lucratif contre 44% des foyers de soins non ruraux, $p = 0,019$). 3. Les chercheurs n'ont pas été en mesure d'évaluer si les enquêteurs répondant au questionnaire différaient systématiquement de ceux qui ne répondaient pas à l'enquête et il se peut qu'il y ait eu une auto-sélection des participants lors des ateliers de formation sur le F315 avec une préférence pour ceux qui avaient moins de connaissances sur l'incontinence urinaire et sur le guide F315 et pour ceux qui présentaient des attitudes plus positives sur les changements réglementaires. Cependant, les attitudes qu'ils ont rencontrées étaient considérablement négatives, suggérant que le biais était moins probable et les manques de connaissances qu'ils ont trouvés étaient similaires à ceux trouvés dans d'autres études. 4. En raison de leur très faible présence, les chercheurs n'ont pas été en mesure d'évaluer les connaissances et les attitudes des infirmiers auxiliaires, des médecins et des infirmiers en pratique avancée. <p>Forces :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le taux de réponse au questionnaire était excellent (85%) et l'échantillon comprenait un nombre important d'intervenants représentatifs (particulièrement remarquable si l'on considère les distances à parcourir pour les participants).
Conséquences et recommandations	<p>Les lignes directrices révisées F315 Tag ne permettront probablement pas d'améliorer la qualité des soins prodigués en EMS pour faire face à l'incontinence urinaire, en raison de l'écart important entre les connaissances et les attitudes du personnel soignant des homes et des enquêteurs de l'Etat et en raison de l'utilisation de stratégies connues pour être inefficaces.</p> <p><i>Cette étude scientifique a des résultats encourageants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart des participants ont signalé que l'incontinence urinaire n'est pas normale avec le

- vieillessement et que les résidents atteints de démence peuvent répondre à une miction incitée.
- Les déficits au niveau des connaissances et les obstacles comportementaux que les chercheurs ont observés, pourraient potentiellement être résolus de plusieurs manières :
 - Des efforts éducatifs plus intensifs et axés sur l'amélioration de la qualité impliquant les infirmiers auxiliaires et les médecins ainsi que le personnel de surveillance
 - Des outils simplifiés pour aider à clarifier et à répondre à l'intention de la révision F315
 - Des efforts pour aligner le processus d'enquête sur des normes de pratique claires et réalisables.
 - Cependant, ces efforts seuls sont peu susceptibles de changer le niveau actuel de qualité des soins de l'incontinence urinaire.

Ce que les homes nécessitent pour améliorer les soins et les résultats liés à l'incontinence urinaire va au-delà de la connaissance spécifique du contenu, des mesures de processus et de l'application de la réglementation.

Les guides fédéraux, d'état et d'autres guidelines sur l'incontinence urinaire devraient mettre l'accent sur les structures et les méthodes de gestion qui facilitent l'amélioration de la qualité en tant que partie intégrante des soins infirmiers à domicile.

Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour déterminer les définitions que font et les valeurs que se donnent les résidents des homes et leurs familles concernant les soins d'incontinence urinaire de «qualité» et comment les incorporer dans les mesures et les stratégies d'amélioration de la qualité en EMS.

Grille de lecture critique [traduction libre]

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	DuBeau, C. E., Ouslander, J. G., & Palmer, M. H. (2007). Knowledge and attitudes of nursing home staff and surveyors about the revised federal guidance for incontinence care. <i>The Gerontologist</i> , 47(4), 468-479.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La population (le personnel des EMS et les enquêteurs de l'Etat) et les concepts (les connaissances, les attitudes et l'incontinence urinaire) sont mentionnés. Le devis de cette étude n'est pas précisé.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Le résumé contient l'objectif de l'étude, le devis, la méthode, les résultats et les implications. Cependant, le problème de recherche et la discussion ne sont pas explicités.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est évoqué après le résumé de l'article.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Une recension des écrits au lieu au début de l'article scientifique, après le résumé de celui-ci jusqu'à la partie méthode.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Pour l'analyse qualitative, les chercheurs ont utilisé la théorie fondée de Corbin et Strauss.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	<p>Le but de l'étude est présent, mais pas la question de recherche.</p> <p><i>Les objectifs de cette étude étaient d'enquêter le personnel soignant des EMS et les enquêteurs de l'Etat concernant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leurs connaissances et leurs attitudes concernant l'évaluation et la gestion de l'incontinence urinaire - L'actualisation des lignes directrices nommées F315. - Leurs attitudes, les barrières perçues et/ou éprouvées et les défis à l'application du guideline F315 - Les plans en cours et futurs pour l'application sur les terrains du F315 - Leurs préoccupations à propos de la révision du F315
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Le devis de recherche n'est pas clairement explicité dans l'article. Cependant, on peut en déduire qu'il s'agit d'une étude fondée sur la théorie Ancrée, et ce type d'étude appartient au devis quantitatif.
Population, Échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il s'agit de personnel des EMS et des enquêteurs de l'Etat ayant participé à l'atelier de formation au F315.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			<p>L'échantillon est décrit au début de la présentation des résultats de l'article. n=500</p> <p>Sur les 588 participants ayant répondu favorables à la recherche, 500 ont terminé le questionnaire, ce qui représente le 85 %.</p>

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Le calcul statistique de la taille de l'échantillon n'est pas nommé, nous ne savons pas s'il est représentatif.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Un questionnaire a été réalisé par les chercheurs de l'étude. Ce questionnaire est décrit dans la partie méthode de l'article scientifique.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Le questionnaire va permettre aux chercheurs d'évaluer et de voir quelles sont les connaissances et les attitudes du personnel des EMS et des enquêteurs de l'Etat face à l'incontinence urinaire.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La procédure de recherche est décrite dans la partie méthode de l'article scientifique.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			<ol style="list-style-type: none"> 1. Lors de l'enquête, les chercheurs n'ont pas collecté de noms personnels ou des noms des établissements auprès des personnes participant à cette étude. 2. Les chercheurs ont obtenu l'approbation du conseil d'examen institutionnel de l'Université de Chicago. 3. L'étude n'exigeait pas de consentement éclairé écrit.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<p>Les chercheurs ont utilisé des analyses descriptives, plus précisément des fréquences et des pourcentages pour analyser les caractéristiques des participants et des établissements intégrant cette étude scientifique.</p> <p>Le chi-square a été utilisé pour analyser les connaissances, les attitudes et les obstacles selon le type de participant et selon les caractéristiques de</p>

					<p>l'établissement.</p> <p>Une analyse factorielle a été effectuée par les chercheurs pour réaliser une évaluation exploratoire sur les questions se rapportant aux connaissances et aux attitudes des participants de la recherche.</p> <p>Une analyse qualitative des commentaires a été réalisée par les chercheurs en se basant sur la théorie fondée de Corbin et Strauss.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Dans la partie résultats de l'article scientifique, il y a un résumé narratif clair des résultats obtenus par les chercheurs. De plus des tableaux sont également présents et permettent de visualiser clairement les résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	La théorie fondée est utilisée dans cette étude.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Dans la partie discussion de cette étude scientifique, les chercheurs font quelques comparaisons avec des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p>Les limites sont présentes dans la partie discussion de l'article scientifique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enquête menée dans un seul État du Midwest et les EMS représentés étaient principalement ruraux et petits. 2. L'état du Kansas a moins de résidents par foyer de soins que la moyenne nationale et moins d'établissements à but lucratif. 3. Les chercheurs n'ont pas été en mesure d'évaluer

					<p>si les enquêteurs répondant au questionnaire différaient systématiquement de ceux qui ne répondaient pas à l'enquête et il se peut qu'il y ait eu une auto-sélection des participants lors des ateliers de formation sur le F315 avec une préférence pour ceux qui avaient moins de connaissances sur l'incontinence urinaire et sur le guide F315 et pour ceux qui présentaient des attitudes plus positives sur les changements réglementaires.</p> <p>4. En raison de leur très faible présence, les chercheurs n'ont pas été en mesure d'évaluer les connaissances et les attitudes des infirmiers auxiliaires, des médecins et des infirmiers en pratique avancée.</p>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les chercheurs n'expliquent pas si leurs résultats sont généralisables ou pas.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Cet article a permis de mettre en évidence que les lignes directrices révisées F315 Tag ne permettront probablement pas d'améliorer la qualité des soins prodigués en EMS pour faire face à l'incontinence urinaire en raison de l'écart important entre les connaissances et les attitudes du personnel soignant des homes et des enquêteurs de l'Etat et aussi en raison de l'utilisation de stratégies connues pour être inefficaces.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les auteurs indiquent que des recherches plus approfondies sont nécessaires pour déterminer les définitions que font et les valeurs que se donnent les résidents des homes et leurs familles concernant les

					soins d'incontinence urinaire de « qualité » et comment les incorporer dans les mesures et les stratégies d'amélioration de la qualité des EMS.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			C'est un article clair qui présente tous les chapitres d'un article de recherche scientifique, c'est-à-dire le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion étant intégrée dans la partie discussion.

Article 2
Grille de résumé [traduction libre]

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Saxer, S., de Bie, R. A., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. <i>Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing</i> , 36(5), 539-544. doi: 10.1097/WON.0b013e3181b35ff1.
Introduction Problème de recherche	L'incontinence urinaire est un problème répandu chez les personnes âgées et elle est associée à d'importantes conséquences psychosociales, physiques et économiques. Environ 60% des résidents des foyers médicalisés souffrent d'incontinence urinaire. Afin d'améliorer les soins de continence, il est primordial de comprendre les connaissances, les croyances et les attitudes des infirmiers en matière d'incontinence urinaire.
Recension des écrits	<p>La recherche démontre les effets positifs des soins infirmiers concernant la gestion de l'incontinence urinaire et la prévention de celle-ci chez les personnes âgées. Par exemple, les données existantes suggèrent que des entraînements spécifiques pour aller aux toilettes sont un traitement efficace chez certains aînés fragiles. Dans le cadre des soins de longue durée, le système du RAI / RUG est utilisé pour évaluer l'incontinence urinaire. Une approche planifiée qui met l'accent sur la continence, plutôt que sur l'incontinence, et qui offre un éventail d'évaluations et d'interventions pour les personnes incontinentes, devrait être fournie par les infirmiers dans les EMS.</p> <p>Diverses études scientifiques ont évalué les connaissances, les attitudes et la pratique des infirmiers lors de la gestion de l'incontinence urinaire dans différents contextes de soins. Par exemple, Henderson et Kashka ont mesuré les connaissances et les pratiques des infirmiers américains en matière de soins de l'incontinence urinaire. Elles ont rapporté que les participant à leur recherche donnaient en moyenne 72% de réponses correctes lorsqu'ils étaient testés au sujet des connaissances sur l'incontinence urinaire. De plus, ceux-ci pratiquaient des comportements liés à la continence environ la moitié du temps. Dans un milieu de soins infirmiers en Suisse, la base de connaissances des infirmiers et des infirmiers auxiliaires était un peu plus faible (66% réponses correctes parmi les infirmiers et 56% des réponses correctes parmi</p>

	<p>les infirmiers auxiliaires). Les interventions liées à la continence ont été réalisées à une fréquence allant de «parfois» à «souvent» par les infirmiers et par les aides-soignants. Les infirmiers et les infirmiers auxiliaires ont fourni des renseignements sur l'apport hydrique dans environ 70% des cas. Selon les infirmiers et les infirmiers auxiliaires, les programmes d'utilisation des toilettes ont été effectuées plus de 75% du temps, mais la documentation a été remplie seulement dans 35% des cas. Saxer et ses collègues ont constaté que les infirmiers et les aides-soignants ont tendance à avoir des croyances négatives envers les résidents des foyers de soins ayant une incontinence urinaire. Néanmoins, l'attitude comportementale et émotionnelle des infirmiers envers les résidents incontinents était positive. L'attitude comportementale des infirmiers auxiliaires était également positive, mais leurs attitudes émotionnelles avaient tendance à être négatives.</p> <p>Vinsnes et al. ont trouvé plus de réactions négatives que positives chez les infirmiers et infirmiers assistants norvégiens envers les personnes avec incontinence urinaire, bien que les infirmiers auxiliaires ont montré des réactions et des sentiments plus positifs que les infirmiers.</p> <p>Les infirmiers américains, dans tous les milieux de pratiques avaient tendance à démontrer des attitudes et des croyances positives envers les patients incontinents urinaires. Par conséquent, afin de changer la gestion de l'incontinence urinaire, il est important de déterminer si les connaissances, les croyances et les attitudes des infirmiers influent sur la pratique infirmière.</p> <p>Selon Rogers, les changements de comportement en réponse à l'innovation suivent une séquence bien connue: la connaissance, la persuasion, la décision de mise en œuvre, la mise en œuvre et la confirmation. Ce cadre conceptuel est conforme aux conclusions de Henderson et Kashka, qui rapportent que les connaissances et les croyances sont liées à l'attitude et que l'attitude est liée à la pratique.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les auteurs de cet article utilisent le modèle de Handerson et Kachka.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Buts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cette recherche a étudié la relation entre les connaissances, les croyances, les attitudes et la pratique liée à la continence. 2. L'échantillon de la recherche de Henderson était petit et les répondants travaillaient dans différents contextes et ils occupaient différentes positions, c'est pour cela que les chercheurs ont effectué cette étude.

Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une étude transversale appartenant au devis quantitatif. Une conception transversale a été utilisée pour recueillir des données auto-déclarées d'infirmiers et d'infirmiers auxiliaires.
Population, échantillon et contexte	<p>Population et échantillon :</p> <p>L'échantillon comprenait 315 participants : soit 199 infirmiers et 116 infirmiers auxiliaires.</p> <p>L'échantillon représente environ le tiers des infirmiers et des infirmiers auxiliaires des foyers.</p> <p>Contexte :</p> <p>10 foyers de soins municipaux de Zurich, en Suisse.</p> <p>Les maisons de soins infirmiers sont similaires en ce qui concerne les résidents, le personnel et les gestionnaires.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte de données (voir tableau 1)</p> <p>Les participants ont rempli un questionnaire divisé en 3 parties :</p> <p>1. <i>L'instrument de mesure des connaissances et des pratiques :</i></p> <p>L'instrument de mesure des connaissances et des pratiques a été développé par Saxer et ses collaborateurs. Il est basé sur les résultats de recherche, sur les guidelines de pratique clinique pour la gestion de l'incontinence urinaire et sur le questionnaire de Henderson.</p> <p>L'instrument contient des échelles de connaissances et de pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle des connaissances comprend 18 items avec des réponses dichotomiques. Ces items interrogent des faits et des déclarations sur l'incontinence urinaire chez les personnes âgées. - L'échelle de pratique interroge les actions effectuées par les infirmiers et les infirmiers auxiliaires lors de la gestion des résidents ayant une incontinence urinaire ; il contient quatre sous-échelles avec des catégories de réponse de Likert à quatre points. <ul style="list-style-type: none"> o La première sous-échelle, intitulée « habitudes d'ingestion hydrique et d'excrétion » contient

10 items.

- Les deuxième et troisième sous-échelles, « évaluation et information » et « documentation », contiennent 6 items chacun.
- La quatrième sous-échelle, « soutien » contient 8 items.

➔ La valeur alpha de Cronbach de ces sous-échelles est comprise entre 0,69 et 0,81.

2. La version allemande de l'échelle des attitudes et des croyances de Henderson :

- La version allemande de l'échelle des attitudes et des croyances de Henderson se compose de trois sous-échelles avec des catégories de réponse Likert à six points.
 - La première sous-échelle interroge les infirmiers sur leurs croyances au sujet de l'incontinence urinaire.
 - La deuxième sous-échelle, intitulée « attitude comportementales », contient neuf items qui interrogent des comportements reflétant l'attitude envers les résidents incontinents.
 - La troisième sous-échelle, intitulée « attitude émotionnelle », contient onze items qui interrogent des comportements qui reflètent les pensées, les sentiments et les perceptions sur les résidents incontinents.

➔ La valeur alpha de Cronbach de ces sous-échelles est comprise entre 0,71 et 0,88.

3. Les données démographiques :

- La troisième partie du questionnaire était descriptive. Il a interrogé sur les caractéristiques démographiques des infirmiers participantes et des infirmiers auxiliaires.

	<p>Instruments de mesure</p> <p><i>Questionnaire divisé en trois parties :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'instrument de mesure des connaissances et des pratiques 2. La version allemande de l'échelle des attitudes et des croyances de Henderson 3. Les données démographiques
Déroulement de l'étude	<p>Après avoir obtenu l'autorisation des directeurs des EMS et des infirmiers-chefs, les chercheurs ont demandé à des infirmiers cliniciens spécialisés d'agir comme des personnes de référence.</p> <p>Au cours d'une séance d'instruction personnelle, les infirmiers cliniciens spécialisés de chaque foyer de soins ont été familiarisés avec les objectifs du projet de recherche et les procédures de l'étude et ils ont reçu le questionnaire utilisé pour recueillir les données. Les données ont été recueillies auprès des infirmiers et des infirmiers auxiliaires dans une salle de classe.</p> <p>Chaque participant a reçu le questionnaire, une enveloppe et une lettre d'accompagnement expliquant l'étude, les instructions pour remplir le questionnaire, une description des mesures pour assurer l'anonymat et une preuve écrite que la participation était volontaire.</p> <p>Les participants ont rempli le questionnaire, l'ont placé dans l'enveloppe, puis ils ont scellé l'enveloppe et ils l'ont remise aux infirmiers cliniciens spécialisés. Ces derniers ont envoyé les questionnaires aux chercheurs.</p>
Considérations éthiques	<p>Les infirmiers et les infirmiers auxiliaires ont participé sur une base volontaire et l'anonymat des données a été maintenu.</p> <p>Les procédures de recherche ont été approuvées par le président du comité d'éthique des maisons de repos municipales de Zürich.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement/Analyse des données</p>	<p>Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 13.0.</p> <p>Une analyse de variance univariée (ANOVA) a été réalisée pour tester les relations entre les âges variables, l'éducation, les connaissances, les croyances et les attitudes comportementales et émotionnelles et la pratique infirmière autodéclarée concernant l'incontinence urinaire.</p> <p>Une analyse de variance univariée supplémentaire a été réalisée pour tester l'association entre les concepts de connaissance, d'attitude et de croyance.</p>

	<p><i>En fonction du poste professionnel, les participants ont été classés en un des deux groupes suivants :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infirmier 2. Infirmier auxiliaire <p><i>L'âge a été classé en trois groupes de taille égale :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Moins de 33 ans 2. 33 à 43 ans et 3. Plus de 43 ans.
Présentation des résultats	<p>Le F c'est le résultat du test de Fisher et il nous donne une probabilité que les variables étudiées suivent la loi de Fisher. Plus le F se rapproche du 1 plus la variance est uniforme ou plus petite.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANOVA a révélé une relation statistiquement significative entre les connaissances et l'attitude comportementale ($p=0.000$; $F=14.485$) ainsi qu'une relation significative entre les attitudes émotionnelles et comportementales ($p=0.000$; $F=12.596$) (voir figure 2) - ANOVA n'a révélé aucune relation entre les croyances et les connaissances ou entre les croyances et attitudes comportementales ou émotionnelles (voir figure 2). <p>Quatre autres ANOVA ont été effectuées pour tester les relations entre les âges variables, l'éducation, les connaissances, les croyances, les attitudes comportementales et émotionnelles, et la pratique infirmière autodéclarée «habitudes d'ingestion hydrique et d'excrétion», «évaluation et information», «documentation» et «soutien».</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ANOVA a révélé que l'âge ($p=0.018$; $F=4.076$), les connaissances ($p=0.018$; $F=5.636$) et les attitudes comportementales ($p=0.07$; $F=7.244$) et émotionnelles ($p=0.012$; $F=6.434$) sont liées à «l'habitude d'ingestion hydrique et d'excrétion » (voir tableau et figure 2). - Les résultats montrent que l'âge ($p=0.008$; $F=4.898$), l'éducation ($p=0.000$; $F=63.164$), les connaissances ($p=0.000$; $F=21.353$) et l'attitude comportementale ($p=0.000$; $F=14.688$) sont liés à «l'évaluation et l'information» (voir tableau et figure 2). - Seule l'attitude émotionnelle était liée à la documentation ($p=0.000$; $F=17.657$) (voir tableau 3 et figure 2).

		<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats montrent que seule l'attitude comportementale est liée au soutien ($p=0.002$; $F=9.410$) (voir tableau 3 et figure 2).
Discussion	des	<p>Les résultats révèlent que les connaissances et les attitudes sont liées à pratique autodéclarée. Cela est valable en particulier pour les interventions autodéclarées des infirmiers et des infirmiers auxiliaires en matière d'habitudes d'ingestion hydrique, d'excrétion et d'évaluation et d'information. Les croyances ne se rapportaient pas à la pratique autodéclarée, à la connaissance ou à l'attitude.</p> <p>Une comparaison de ce modèle avec celui d'Henderson montre certaines associations, mais pas toutes les mêmes. Dans la présente étude scientifique, les croyances ne sont pas associées aux autres concepts, mais les croyances sont associées à l'attitude dans le modèle d'Henderson. Cette différence pourrait s'expliquer par les différentes caractéristiques et la taille de l'échantillon, ainsi que par les différences culturelles. Henderson et Kashka ont utilisé un échantillon de 126 infirmiers, qui ont travaillé aux États-Unis dans différents domaines qui occupaient différents postes. La présente étude a utilisé un échantillon plus homogène de 315 infirmiers et infirmiers auxiliaires, qui travaillaient tous dans des maisons de retraite municipales de Zurich et qui étaient directement impliqués dans les soins auprès des résidents.</p> <p>Dans cette étude, l'association manquante entre les croyances et la pratique autodéclarée peut suggérer que les croyances des infirmiers à l'égard de l'incontinence urinaire en général n'ont pas d'incidence sur la pratique autodéclarée quotidienne des infirmiers qui soignent les résidents atteints d'incontinence urinaire.</p> <p>Les connaissances montrent une association avec l'habitude de boire et d'excrétion et l'évaluation et l'information. Il existe également une relation entre les connaissances et l'attitude comportementale. Dans le modèle d'Henderson et Kashka, la connaissance montre seulement une association avec la pratique via l'attitude. Cette différence peut être liée aux différentes échelles utilisées dans cette étude par rapport à celles utilisées dans la recherche de Henderson. Les différentes caractéristiques de l'échantillon, y compris les différences culturelles, et la taille de l'échantillon peuvent également contribuer aux différences observées.</p> <p>L'attitude comportementale est associée à la pratique des sous-échelles d'habitudes d'ingestion hydrique et d'excrétion, d'évaluation et d'information et au soutien alors que l'attitude émotionnelle a des relations avec la documentation.</p>

	<p>Henderson et Kashka n'ont pas différencié la pratique en quatre sous-échelles et l'attitude en deux comme les chercheurs de cette recherche ont fait, mais ils ont néanmoins trouvé une association entre l'attitude et la pratique. Dans la présente étude, il existe également une relation entre l'attitude comportementale et émotionnelle.</p> <p>Dans une étude quasi-expérimentale, Ryden et ses associés ont constaté que lorsque les infirmiers gériatriques avancés travaillaient avec le restant personnel soignant, pour mettre en œuvre un protocole basé sur les guidelines de pratique clinique, moins de résidents du groupe de traitement devenaient incontinents et ils amélioraient ou maintenaient leur statut de continence.</p> <p>Les résultats des auteurs de cette recherche suggèrent que l'importance de la connaissance réside non seulement dans son rapport à la pratique, mais aussi dans sa relation avec l'attitude comportementale. Ces résultats sont en accord avec les résultats publiés par Henderson et Kashka. Cependant, les auteurs ont trouvé que les croyances n'étaient pas liées ni à la pratique ni à l'attitude ou à la connaissance. Les questions de l'échelle des croyances concernant l'incontinence urinaire ne sont pas liées aux connaissances, aux pratiques et aux attitudes.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il est possible que d'autres facteurs existent, en dehors de ceux testés, qui influencent les sous-échelles de la pratique autodéclarée, tels que les facteurs organisationnels, la coopération en équipe et le temps limité pour les soins. 2. Il n'y avait pas de guidelines sur l'incontinence urinaire dans les homes participants. Cependant, les guidelines eux seuls n'améliorent pas les soins, les infirmiers doivent les connaître et travailler en association avec eux. 3. Les idées des infirmiers concernant leurs actions sont connues, mais pas leur comportement réel.
Conséquences et recommandations	<p>Recommandations</p> <p><i>Les chercheurs expliquent de d'autres recherches doivent être effectués afin de :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De savoir si les connaissances, les croyances et les attitudes des infirmiers influent sur la pratique. Les sous-échelles qui peuvent être le mieux influencées sont «les habitudes d'ingestion hydrique et

d'excrétion» et «l'évaluation et l'information», car il existe des relations entre les connaissances et les attitudes, les «habitudes d'hydratation et d'excrétion» et entre les «connaissances» et « l'attitude comportementale» ainsi que «l'évaluation et l'information». L'éducation est également liée à «l'évaluation et l'information». La sous-échelle «évaluation et information» questionne principalement l'évaluation infirmière. Deux exemples sont cités ci-dessous :

1. « Si la situation de santé change à l'admission, je demande aux résidents depuis combien de temps ils sont incontinents »
2. « Je demande aux résidents s'ils perdent de l'urine en éternuant, en riant ou en toussant.

- D'étudier l'association de la connaissance, de l'attitude et de la pratique.
- D'étudier d'autres facteurs qui pourraient avoir un effet sur l'incontinence urinaire.
- D'observer et de mesurer les actions lors de la prise en charge des résidents avec l'incontinence urinaire.

L'évaluation est une exigence importante pour les soins des résidents présentant une incontinence urinaire. Par conséquent, il vaut la peine de faire l'effort d'augmenter les connaissances des infirmiers sur l'évaluation de l'incontinence par le biais de la formation continue.

Les attitudes devraient également être influencées positivement par la coopération avec des infirmiers ou des conseillers en continence ou des infirmiers en pratique avancée permettant d'une part des discussions spécifiques à la situation et d'autre part l'éducation des infirmiers. De cette façon, la pratique infirmière pourrait être améliorée, notamment en ce qui concerne «l'évaluation et l'information» et «l'habitude d'ingestion hydrique et d'excrétion».

Grille de lecture critique [traduction libre]

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Saxer, S., de Bie, R. A., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. <i>Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing</i> , 36(5), 539-544. doi: 10.1097/WON.0b013e3181b35ff1.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	La population n'est pas précisée dans le titre de l'article. Les concepts (connaissances, croyances, attitudes et pratique autodéclarée) et le problème sont nommés, mais le titre ne précise pas que c'est les liens entre les différents concepts que les chercheurs vont étudier en détail.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est divisé en sous chapitres comprenant le contexte, la méthode, l'instrument, les résultats et la conclusion. La discussion n'est pas présente.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est explicité dans l'introduction de l'article scientifique. Il s'agit de l'incontinence urinaire qui est un problème répandu chez les personnes âgées et qui est associée à d'importantes conséquences psychosociales, physiques et économiques. Environ 60% des résidents des foyers médicalisés souffrent d'incontinence urinaire.

Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les chercheurs se sont basés sur diverses études qui ont évalué les connaissances, les attitudes et la pratique des infirmiers lors de la gestion de l'incontinence urinaire dans différents milieux de soins. Ils se sont notamment basés sur des recherches de Handerson et Kachka.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Modèle de Handerson et Kashka
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>Buts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cette étude a étudié la relation entre les connaissances, les croyances, les attitudes et la pratique liée à la continence. 2. L'échantillon de la recherche de Henderson était petit et les répondants travaillaient dans différents contextes et ils occupaient différentes positions, c'est pour cela que les chercheurs ont effectué cette étude. <p>Les hypothèses et la question de recherche ne sont pas mentionnées.</p>
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis est mentionné dans la partie méthode de l'article scientifique. Il s'agit d'une étude transversale.
Population, Échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population comprend des infirmiers et des aides-soignants travaillant en EMS. Elle est décrite dans la partie méthode de l'article scientifique.
	L'échantillon est-il décrit de	X			L'échantillon comprenait 315

	façon détaillée ?				<p>participants englobant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 199 infirmiers - 116 infirmiers auxiliaires <p>Il est décrit dans le résumé et dans le chapitre méthode de l'article.</p>
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	<p>L'échantillon représente environ le tiers des infirmiers et des infirmiers auxiliaires de ces foyers. Cependant, le calcul statistique de la taille de l'échantillon n'est pas nommé.</p>
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			<p>C'est un questionnaire divisé en trois parties :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'instrument de mesure des connaissances et des pratiques 2. La version allemande de l'échelle des attitudes et de croyances de Henderson 3. Les données démographiques
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			<p>L'instrument de collecte de données en lien avec les variables à mesurer, à savoir les connaissances, les pratiques, les attitudes et les croyances des participants à l'étude face à l'incontinence urinaire.</p>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			<p>La procédure de la recherche est décrite dans le chapitre procédure de l'étude.</p> <p>Les participants se sont réunis dans une salle pour remplir le questionnaire. Ce questionnaire était</p>

				<p>accompagné d'une lettre explicative. Ils ont ensuite placé le questionnaire dans une enveloppe et ils l'ont donnée à des infirmiers cliniciens spécialisés qui ont préalablement été informés de cette recherche. Puis les cliniciens ont apporté les données recueillies aux chercheurs.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X		<p>Les infirmiers et les infirmiers auxiliaires ont participé sur une base volontaire et l'anonymat des données a été maintenu.</p> <p>Les procédures de recherche ont été approuvées par le président du comité d'éthique des maisons de repos municipales de Zürich.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X		<p>Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 13.0.</p> <p>Une analyse de variance univariée (ANOVA) a été réalisée pour tester les relations entre les âges variables, l'éducation, les connaissances, les croyances et les attitudes comportementales et émotionnelles et la pratique infirmière autodéclarée concernant l'incontinence urinaire.</p> <p>Une analyse de variance univariée supplémentaire a été réalisée pour tester l'association entre les concepts de connaissance, d'attitude et de croyance</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Ils sont présentés sous forme narrative dans le chapitre résultats de cette recherche scientifique. Des tableaux et des figures sont également présents et permettent d'illustrer les résultats.</p>
Discussion	Les principaux résultats sont-ils	X		<p>Les chercheurs effectuent des comparaisons des</p>

Interprétation des résultats	interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?				résultats obtenus avec le modèle de Handerson et Kashka.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs mentionnent des études précédentes en les mettant en lien avec les résultats qu'ils ont obtenu avec la présente recherche.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont présentes dans la partie discussion de l'article scientifique : <ol style="list-style-type: none"> 1. Il est possible que d'autres facteurs existent, en dehors de ceux testés, qui influencent les sous-échelles de la pratique autodéclarée, tels que les facteurs organisationnels, la coopération en équipe et le temps limité pour les soins. 2. Il n'y avait pas de guidelines sur l'incontinence urinaire dans les homes participants. Cependant, les guidelines eux seuls n'améliorent pas les soins, les infirmiers doivent les connaître et travailler en association avec eux. 3. Les idées des infirmiers concernant leurs actions sont connues, mais pas leur comportement réel.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		La généralisation des résultats n'est pas abordée par la présente étude.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Pour améliorer les soins de l'incontinence urinaire, il est important de savoir si les connaissances, les croyances et les attitudes des infirmiers influent sur

					la pratique L'évaluation est une exigence importante pour les soins des résidents présentant une incontinence urinaire. Par conséquent, il vaut la peine de faire l'effort d'augmenter les connaissances des infirmiers sur l'évaluation de l'incontinence.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les chercheurs expliquent de d'autres recherches doivent être effectués afin de : <ul style="list-style-type: none"> - De savoir si les connaissances, les croyances et les attitudes des infirmiers influent sur la pratique - D'étudier l'association de la connaissance, de l'attitude et de la pratique. - D'étudier d'autres facteurs qui pourraient avoir un effet sur l'incontinence urinaire. - D'observer et de mesurer les actions lors de la prise en charge des résidents avec l'incontinence urinaire.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Tous les chapitres d'un article scientifique sont présents. L'article est bien construit. Il est facile à lire et à comprendre. Cependant, dans la partie discussion, il est parfois difficile de différencier les sous-chapitres afin de classer correctement les informations dans les grilles résumé et critique. Il s'agit d'un article synthétique.

Article 3
Grille de résumé [traduction libre]

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Lawhorne, L. W., Ouslander, J. G., & Parmelee, P. A. (2008). Clinical practice guidelines, process improvement teams, and performance on a quality indicator for urinary incontinence: A pilot study. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 9(7), 504-508. doi: 10.1016/j.jamda.2008.04.007.
Introduction Problème de recherche	Dans certaines institutions de soins, l'incontinence urinaire n'est pas une priorité de soins. Cependant, cette problématique est répandue dans les établissements médico-sociaux et cela a un impact négatif sur la qualité de vie des résidents qui en sont touchés. Il est scientifiquement prouvé que les programmes de miction permettent de diminuer significativement l'incontinence des résidents. Certains établissements pour les personnes âgées appliquent de manière performante cette intervention et d'autres sont moins performants.
Recension des écrits	<p>Un rapport du centre de contrôle et de prévention des maladies montre que la prévalence de l'incontinence urinaire parmi les résidents des homes a augmenté de 55% à 65% entre 1985 et 1997. Une autre étude scientifique utilisant les centres pour les services de soins (CMS) de 1999 à 2002 a établi un taux de prévalence de l'incontinence urinaire dans les établissements du sud-est des États-Unis de 65% à l'admission et de 74% après l'admission dans l'institution.</p> <p>Les effets de l'incontinence sur la qualité de vie ont été étudiées par des chercheurs qui ont utilisé une combinaison d'une approche transversale et longitudinale afin d'analyser des données recueillis entre 1994 et 1996 sur plus de 133000 résidents des EMS du Kansas, du Maine, du Mississippi, de New York et du Dakota du Sud. Les résultats démontrent une prévalence de 65% de l'incontinence urinaire et signalent que cela a un impact sur la qualité de vie des personnes atteintes même chez les résidents ayant une déficience fonctionnelle et cognitive.</p> <p>Les interventions auprès des personnes souffrant d'incontinence urinaire englobent l'utilisation de protections (84%), des programmes de miction (39%), des cathéters à demeure (3.5%) et des cathéters externes (1.2%). Malgré l'existence de preuves scientifiques solides que les programmes de miction soient</p>

	<p>efficaces pour diminuer l'incidence de l'incontinence urinaire, une étude sur les homes de Californie a révélé que la majorité des résidents incontinents ne recevaient pas les interventions prévues dans leurs plans de soins. Les raisons de l'échec de la mise en place de soins de continence efficaces sont multifactorielles et englobent des connaissances et des compétences insuffisantes sur l'incontinence urinaire en général, l'incapacité de mettre en place des guidelines sur les soins d'incontinence urinaire dans les lieux de soins, le manque de personnel soignant et une mauvaise communication entre les professionnels de la santé et les autres professionnels.</p> <p>Les recherches de l'American medical directors association foundation long term care research network (réseau de recherche AMDA-F LTC) suggèrent que l'incontinence urinaire, bien que répandue, n'est pas une priorité absolue dans les EMS. Le temps et les ressources disponibles sont beaucoup plus susceptibles d'être consacrés à d'autres problématiques telles que le délire, les chutes, les troubles du comportement, la perte de poids involontaire et la douleur. De surcroît, les obstacles à l'amélioration des soins de continence paraissent être spécifiques à une discipline. C'est-à-dire que les médecins semblent s'inquiéter des effets anticholinergiques des médicaments disponibles pour traiter l'incontinence urinaire tandis que les infirmiers travaillant dans un domaine gériatrique citent le manque de mise en pratique d'interventions comportementales efficaces et les superviseurs infirmiers ressentent que leur personnel soignant n'a pas suffisamment de temps pour évaluer et gérer l'incontinence urinaire étant donné l'existence d'autres problématiques plus urgentes.</p> <p>Comme l'incontinence urinaire est répandue et associée avec une baisse du niveau de la qualité de vie des personnes atteintes la CMS a publié des directives révisées à l'intention des enquêteurs pour l'article 483.25d (incontinence urinaire, étiquette F315) avec des informations sur le fait qu'un cathéter à demeure ne peut pas être utilisé sans justification médicale valide et qu'un résident doit recevoir un traitement afin de rétablir la continence dans la mesure du possible. Le rétablissement de la continence urinaire nécessite des actions individualisées et cohérentes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique implicite est l'adhérence aux guidelines.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Hypothèse :</p> <p>Les chercheurs ont émis l'hypothèse qu'une meilleure performance de l'indicateur de qualité sur l'utilisation des toilettes serait associée à une approche plus systémique des soins de continence englobant l'utilisation</p>

	<p>de lignes directrices sur l'incontinence urinaire ou la mise en place d'une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire.</p> <p>But :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puisque la mise en pratique de processus de soins peut avoir autant à voir avec les caractéristiques de l'établissement qu'avec les attitudes, les connaissances et les compétences du personnel soignant, les chercheurs de la présente étude ont voulu identifier les facteurs associés à la qualité des soins de continence. 2. Les auteurs de cette étude ont voulu comparer les caractéristiques d'un échantillon d'établissements de soins du réseau de recherche AMDA-F LTC qui ont une meilleure performance sur l'indicateur de qualité concernant l'utilisation des toilettes avec ceux qui ont des résultats moins performants.
Méthodes	Devis quantitatif, plus précisément une étude pilote descriptive.
Devis de recherche	
Population, échantillon et contexte	<p>Population et échantillon :</p> <p>n=34 établissements de soins du Midwest (17 établissement considérés comme performants/ 17 établissements considérés comme peu performants)</p> <p><i>Critères d'inclusion et d'exclusion :</i> personnes membres de ces 34 établissements de soins du Midwest.</p> <p>Contexte : Réseau de recherche AMDA-F LTC, Etats-Unis.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte de données :</p> <p>Des informations telles que la moyenne de l'occupation quotidienne, le taux de turnover du personnel, la performance sur d'autres indicateurs de qualité, l'utilisation des lignes directrices de pratique clinique pour l'incontinence urinaire, la présence d'une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire, le pourcentage de résidents recevant des médicaments contre l'incontinence et les coûts des produits</p>

	<p>d'incontinence (voir tableau 1) ont été recueillis au cours de cette recherche auprès des 34 établissements de soins, mais plus précisément auprès du siège social.</p> <p><i>Le directeur des soins de chaque organisme a fourni :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le rapport sur l'indicateur de qualité couvrant la durée de l'étude, soit une année 2. Des informations sur l'utilisation des guidelines pour l'incontinence urinaire 3. La présence d'une équipe d'amélioration du processus ou d'un comité d'amélioration de la qualité spécifiquement dédié à la problématique de l'incontinence urinaire. 4. La proportion de résidents qui prennent un traitement médicamenteux parce qu'ils ont un problème d'incontinence urinaire a été calculé pour chaque établissement de soins pendant une période d'un mois. Le comité d'assurance de la qualité de chaque institution mandatée par le gouvernement fédéral a travaillé avec son fournisseur de médicaments pour déterminer le nombre de résidents ayant reçu une ordonnance pour un agent anti muscarinique utilisé chez les patients qui ont la vessie hyperactive en septembre 2005 (le numérateur) divisé par le nombre total de résidents ayant reçu une ordonnance dans l'institution en septembre 2005 (le dénominateur). <p>Instrument de mesure :</p> <p>Ce n'est pas noté explicitement dans le texte, mais nous pouvons déduire que les chercheurs ont effectué une enquête qu'ils ont ensuite évaluée.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Le réseau de recherche inspiré des réseaux de recherche basés sur la pratique des soins primaire et comprenant environ 300 membres au moment où la présente étude a été réalisée, a été créé par la fondation AMDA dans l'année 2000, dans le but de promouvoir et de faciliter la recherche de base dans les institutions de soins. Les projets en réseau commencent par une question générée par un ou plusieurs membres du réseau. Cette question est ensuite envoyée au comité de pilotage du réseau. Si cet organisme détermine que la réponse à la question peut fournir des preuves utiles aux soignants de longue durée et qu'elle est susceptible d'être financée, le comité nomme un groupe de travail ayant pour objectif d'affiner la question, d'élaborer la méthodologie et de mettre en route la recherche.</p> <p>Le groupe de travail sur l'incontinence urinaire a été nommé et il a commencé le processus de recherche à la quatrième réunion annuelle du réseau de Chicago, Illinois en octobre 2004 en réponse à deux questions essentielles :</p>

1. Pourquoi l'incontinence urinaire est-elle un problème dans les établissements de soins ?
2. Pourquoi les lignes directrices de l'AMDA ne sont-elles pas utilisées de manière plus efficace et plus large ?

Les établissements participants à cette recherche scientifique appartiennent à une chaîne propriétaire qui a une approche décentralisée des soins cliniques, mais qui possède une approche centralisée de marketing et de l'achat de produits et de services. Les administrateurs et les directeurs de soins de chaque institution sont responsables du développement et de la surveillance des processus de soins de leurs homes et ils ont aussi la responsabilité de la performance sur les indicateurs de qualité englobant les chutes, les blessures, l'utilisation de médicaments, les ulcères de pression, la perte de poids et les cathéters à demeure. L'achat de produits de soins pour les résidents et les contrats avec la pharmacie et d'autres fournisseurs sont centralisés au siège social. 24 des institutions de soins sont localisées dans des petites villes et les dix autres dans les zones métropolitaines. La taille des institutions varie de 65 lits à 105 lits.

Les institutions de soins ont été classées en deux groupes, soit un groupe des établissements considérés comme performants et un autre groupe des établissements considérés comme peu performants selon le rang du percentile pour la période de un an débutant le 1^{er} juin 2005 et se terminant le 31 mai 2006. Cela a été consenti par les chercheurs de la présente étude et par les membres du groupe de travail sur l'incontinence urinaire du réseau de recherche de l'AMDA-F LTC. Les institutions ont été catégorisées en fonction de l'indicateur de qualité suivant : la prévalence de l'incontinence occasionnelle ou fréquente de la vessie ou de l'intestin sans plan de miction. L'indicateur de qualité sur l'utilisation des toilettes a été choisi parce c'est scientifiquement prouvé que l'aide à l'utilisation des toilettes diminue l'incontinence urinaire chez les résidents d'EMS avec un quart à un tiers des personnes ayant moins d'un épisode d'incontinence par jour.

Les établissements au-dessous du 55^{ème} percentile étaient considérés comme performants dans le fait d'aider les résidents à aller aux toilettes et ceux qui étaient au-dessus du 55^{ème} percentile étaient catégorisés comme peu performants. Des approches similaires ont été utilisées par d'autres chercheurs afin de catégoriser les organismes de soins concernant leur performance sur les indicateurs de qualité.

L'étude a été financée par l'entreprise pharmaceutique nommée novartis et il a été développé en utilisant les approches précédemment décrites, par le groupe de travail sur l'incontinence urinaire du réseau de recherche de l'AMDA-F LTC. Le groupe de travail et les auteurs de cette étude ont développé un protocole.

	Les auteurs de la présente étude ont supervisé la récolte et la saisie de données. Ils ont également réalisé toutes les analyses des données.
Considérations éthiques	<p>L'approbation de l'Institutional Review Board de la fondation AMDA a été demandée par les chercheurs de l'étude.</p> <p>Le consentement des chercheurs de la présente étude et des membres du groupe de travail du réseau de recherche l'AMDA-F LTC a été demandé.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> - Le t-test de student a été utilisé pour analyser les variables continues. - Le test chi-carré a été utilisé par les chercheurs pour analyser les variables discrètes. - La valeur de $p =$ ou < 0.05 a été considérée par les auteurs comme une valeur significative.
Présentation des résultats	<p>50% des institutions de soins répondaient aux critères permettant de les classer comme ayant une bonne performance. Autrement dit, cela vaut dire que leurs rapports des indicateurs de qualité démontraient que 50% des institutions se situaient en dessous du 55^{ème} percentile dans l'indicateur de qualité concernant l'utilisation des toilettes.</p> <p><i>Les taux d'occupation et de turnover et les indicateurs de qualité de performance (voir tableau 2) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas de différences significatives entre les bonnes et les moins bonnes performances en ce qui concerne la moyenne d'occupation quotidienne et le taux de turnover annuel du personnel à plein-temps. - La performance concernant d'autres indicateurs de qualité incluant la prévalence de cathéters à demeure et la prévalence des infections urinaires, n'étaient pas significativement différents entre le groupe des établissements performants et celui des peu performants. <p><i>Pratiques et processus liés à l'incontinence urinaire (voir tableau 3) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les coûts annuels par résident des produits d'incontinence, c'est-à-dire les protections, les serviettes hygiéniques, n'étaient pas différents entre les deux groupes d'établissements de soins - Les coûts pour le travail, la lessive et les produits pour la peau n'ont pas été pris en compte dans la présente étude scientifique.

	<ul style="list-style-type: none"> - La prévalence des prescriptions médicales pour l'hyperactivité vésicale n'était pas significativement différente entre les deux groupes, soit 7.9% pour les établissements considérés comme performants et 7.2% pour les peu performants - Les institutions performantes étaient plus susceptibles de signaler la présence d'une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire, soit 53% pour le groupe performant contre 18% pour le groupe peu performant ($p = 0.03$). - Les institutions performantes étaient plus susceptibles de déclarer également l'utilisation de lignes directrices de pratique clinique concernant l'incontinence urinaire associé à la présence d'une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire, soit 47% pour le groupe performant contre 6% pour le groupe peu performant ($p = 0.007$).
Discussion Interprétation des résultats	<p>Cette étude pilote a trouvé qu'une meilleure performance concernant l'utilisation des toilettes est associé avec la présence d'une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire. Il existe une association encore plus forte lorsque l'établissement déclare utiliser un guideline pour faire face à l'incontinence urinaire avec une équipe d'amélioration des processus. Ces résultats impliquent qu'une meilleure performance de l'indicateur de qualité sur l'utilisation des toilettes est associée avec une approche plus systématique des soins de continence.</p> <p>Les résultats d'autres recherches scientifiques démontrent des associations similaires entre des approches systématiques de soins et des meilleurs résultats de soins concernant la douleur, les ulcères de pression et l'incontinence urinaire.</p> <p>Des meilleures connaissances du personnel soignant sur l'évaluation et le traitement de la douleur et des niveaux plus élevés de satisfaction des résidents et de leur entourage, concernant la gestion de la douleur ont été constatées, en utilisant une approche d'équipe d'amélioration de processus. Cela afin de traiter la douleur chronique dans les établissements médico-sociaux de la Caroline du Nord.</p> <p>Un programme avec une structure précise d'amélioration de la qualité englobant des équipes d'amélioration des processus dans 29 institutions de soins du New Jersey, en Pennsylvanie et en Rhode Island ont été associés à une amélioration des processus de soins des ulcères de pression.</p> <p>Une autre recherche sur les ulcères de pression, indique que la mise en place d'un guideline concernant cette thématique, provoque une baisse de la prévalence de 6% à 0.2% dans une cohorte d'établissements de soins canadiens.</p>

L'incidence de l'incontinence urinaire a diminué chez un échantillon de résidents dans cinq établissements de soins de New York, de Virginie et de Géorgie, quand les membres du personnel multidisciplinaire ont été formés à un programme comprenant une évaluation clinique systématique, des protocoles d'utilisation des toilettes et l'administration de tolterodine chez des résidents sélectionnés qui ne répondaient pas aux programmes de miction.

La généralisation des résultats est possible grâce à trois observations :

1. Les EMS sont représentatifs des institutions de soins typiques à travers le pays, plus précisément ce sont des organismes communautaires à but lucratif sans affiliations académiques
2. La prévalence de pharmacothérapie pour traiter l'incontinence urinaire dans cette étude est cohérente avec d'autres recherches. L'analyse descriptive et transversale de la base de données entre 2002 et 2003 sur environ 30'000 résidents d'établissements de soins ont signalé que 7% à 8.7% des personnes incontinentes recevaient un traitement médicamenteux.
3. La prévalence d'équipes d'amélioration des processus de l'incontinence urinaire, soit 35% dans une cohorte de 34 homes est conforme aux résultats d'une étude nationale de 942 médecins, infirmiers praticiens, infirmiers, aides-soignants dans lesquelles la prévalence a été estimée à 32%.

Certains auteurs affirment qu'au stade actuel de développement, le système d'indicateurs de qualité de l'ensemble de données minimum est inadéquat pour différencier les établissements performants et les peu performants. D'autres chercheurs disent que ce qui est enregistré dans le plan de soins ou signalé dans l'ensemble de données minimum peut ne pas refléter ce qui est à présent effectué auprès des résidents des institutions de soins.

Dans cette étude scientifique, les chercheurs n'ont pas confirmé l'exactitude du rapport d'un programme individualisé de miction pour les résidents, c'est-à-dire les données qui ont généré l'indicateur de qualité des établissements de soins, ni confirmé la présence d'une équipe d'amélioration des processus ou l'utilisation d'un guideline traitant la thématique de l'incontinence urinaire. Néanmoins, les chefs cliniques des bureaux corporatifs ont analysé les rapports des indicateurs de qualité et les données sur les équipes d'amélioration des processus sur l'incontinence urinaire avec un des auteurs de cet article et ils ont signalé que les informations étaient conformes à leurs examens des activités des 34 institutions participant à la recherche.

	<p>Les directeurs de soins des organismes qui ont une équipe d'amélioration centralisée sur l'incontinence urinaire ont indiqué que cette problématique de soin avait été reconnue, à travers le programme d'assurance de la qualité, comme un sujet de préoccupation au même niveau que les chutes, les troubles du comportement, la douleur, la perte de poids et les ulcères de pression.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <p>1. L'échantillon de cette étude scientifique est petit.</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Implications pour les directeurs de soins des EMS :</i></p> <p>La nouvelle étiquette F et le guide des enquêteurs permettront à ces derniers de mieux comprendre et de se concentrer sur l'incontinence urinaire.</p> <p>Avec l'augmentation de l'examen minutieux de l'incontinence urinaire, les directeurs de soins peuvent prendre l'initiative d'améliorer les soins de continence dans les EMS, en encourageant un traitement plus spécifique comme l'utilisation des toilettes.</p> <p>Les directeurs de soins peuvent proposer une politique selon laquelle toutes les nouvelles admissions de personnes atteintes d'incontinence urinaire ou les résidents ayant une nouvelle incontinence urinaire recevront un essai de deux à trois jours d'assistance à l'utilisation des toilettes. La réponse et les préférences de chaque résident pour l'aide à la toilette peuvent ensuite, être documentées et utilisées pour élaborer le plan de soins individualisé des résidents. Après en utilisant les informations disponibles sur les plans de soins concernant l'utilisation des toilettes issues du rapport des indicateurs de qualité des établissements de soins et en travaillant avec l'administration des institutions dans le but de calculer les coûts des produits de continence et la prévalence des prescriptions médicales de médicaments contre l'incontinence urinaire, le directeur de soins peut choisir comment son établissement peut gérer la problématique de l'incontinence urinaire.</p> <p>Si l'établissement se situe au-dessus du 50^{ème} ou du 55^{ème} percentile de l'indicateur de qualité d'utilisation des toilettes et qu'il n'existe pas une équipe d'amélioration des processus pour l'incontinence urinaire, alors cette dernière peut être créée, avec un ensemble d'attentes explicites y compris la mise en place d'un guideline pour l'incontinence urinaire. Puisque les programmes de miction sont la pierre angulaire d'un programme de continence efficace, l'ensemble de données minimum des indicateurs de qualité concernant</p>

l'usage des toilettes peut être contrôlé chaque mois afin de suivre les progrès effectués. En même temps, l'équipe créée peut identifier les résidents incontinents qui ne répondent pas de manière positive au programme de miction et évaluer si ces personnes ont besoin d'un traitement médicamenteux ou d'autres interventions, en plus du programme instauré ou pour des soins de soutien s'ils ne sont pas coopératifs avec le programme de miction. Certaines personnes touchées par l'incontinence par impériosité vont bien réagir à un traitement médicamenteux combiné au programme de miction. De surcroît, un programme nocturne individualisé de miction doit être revu parce que ces actions peuvent perturber le sommeil des résidents et être inefficaces auprès de nombreux individus.

Les coûts des produits d'incontinence et la satisfaction des patients ainsi que de leur entourage à l'égard les soins de continence peuvent être contrôlés. Cette approche démontre aux résidents, à leur famille et aux visiteurs que l'home est déterminé à améliorer les soins de continence.

Grille de lecture critique [traduction libre]

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Lawhorne, L. W., Ouslander, J. G., & Parmelee, P. A. (2008). Clinical practice guidelines, process improvement teams, and performance on a quality indicator for urinary incontinence: A pilot study. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 9(7), 504-508. doi: 10.1016/j.jamda.2008.04.007.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le problème de recherche et les concepts (guideline, incontinence urinaire, indicateur de qualité) sont mentionnés. La population de l'article scientifique n'est pas présente. Le devis, c'est-à-dire une étude pilote est précisé.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion sont présents sous forme de résumé au début de l'article. Cela synthétise clairement l'essentiel de l'étude.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est évoqué dans la partie introduction de l'article, après le résumé de celui-ci. La problématique de l'incontinence urinaire est évoquée dans le contexte du réseau de recherche AMDA-F LTC, aux Etats-Unis.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Après le résumé de l'article scientifique, les auteurs font un résumé des connaissances sur l'incontinence urinaire. Des comparaisons avec des études antérieurement réalisées sont également effectuées.

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas de cadre de référence mentionné dans cet article scientifique.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>La question de recherche n'est pas clairement formulée.</p> <p>Une hypothèse est décrite et les objectifs de l'article sont clairement présents tout au début de l'article, après le résumé de celui-ci.</p> <p>Hypothèse :</p> <p>Les chercheurs ont émis l'hypothèse qu'une meilleure performance de l'indicateur de qualité, plus précisément l'utilisation des toilettes serait associée à une approche plus systémique des soins de continence englobant l'utilisation de lignes directrices sur l'incontinence urinaire ou la mise en place d'une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire.</p> <p>Buts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puisque la mise en pratique de processus de soins peut avoir autant à voir avec les caractéristiques de l'établissement qu'avec les attitudes, les connaissances et les compétences du personnel soignant, les chercheurs de la présente étude ont voulu identifier les facteurs associés à la qualité des soins de continence. 2. Les auteurs de cette étude ont voulu comparer les caractéristiques d'un échantillon d'établissements de soins du réseau de recherche AMDA-F LTC qui ont une meilleure performance sur l'indicateur de qualité nommé l'utilisation des toilettes avec ceux qui ont des résultats moins performants.

Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Oui, il s'agit d'une étude pilote appartenant au devis quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Au début du chapitre méthode de l'article, les chercheurs nous donnent des informations concernant la population de l'étude. La population est composée de 34 établissements de soins du Midwest du réseau de recherche AMDA-F LTC. Les critères d'inclusion et d'exclusion des EMS ne sont pas mentionnés.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Au début du chapitre méthode et du chapitre résultats, nous retrouvons des informations par rapport à l'échantillon : n=34 établissements de soins du Midwest (17 établissements considérés comme performants/ 17 établissements considérés comme peu performants)
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Le calcul statistique de la taille d'échantillon n'est pas nommé, nous ne savons pas s'il est représentatif.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?			X	Des informations telles que la moyenne de l'occupation quotidienne, le taux de turnover du personnel, la performance sur d'autres indicateurs de qualité, l'utilisation des lignes directrices de pratique clinique pour l'incontinence urinaire, la présence d'une équipe d'amélioration des processus d'incontinence urinaire, le pourcentage de résidents recevant des médicaments

					<p>contre l'incontinence et les coûts des produits d'incontinence ont été recueillis au cours de cette recherche auprès des 34 établissements de soins, plus précisément auprès du siège social.</p> <p><i>Le directeur des soins de chaque organisme a fourni :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le rapport sur l'indicateur de qualité couvrant la durée de l'étude, soit une année 2. Des informations sur l'utilisation des guidelines pour l'incontinence urinaire 3. La présence d'une équipe d'amélioration du processus ou d'un comité d'amélioration de la qualité spécifiquement dédié à la problématique de l'incontinence urinaire. 4. La proportion de résidents qui prennent un traitement médicamenteux parce qu'ils ont un problème d'incontinence urinaire a été calculé pour chaque établissement de soins pendant une période d'un mois. Le comité d'assurance de la qualité de chaque institution, mandaté par le gouvernement fédéral a travaillé avec son fournisseur de médicaments pour déterminer le nombre de résidents ayant reçu une ordonnance pour un agent anti muscarinique utilisé chez les patients qui ont la vessie hyperactive en septembre 2005 (le numérateur) divisé par le nombre total de résidents ayant reçu une ordonnance dans l'institution en septembre 2005 (le dénominateur).
--	--	--	--	--	--

					Malgré le fait que nous sachions que certaines informations ont été recueillies, nous ne savons pas exactement comment elles ont été récoltées, mais nous pouvons en déduire qu'il s'agit d'une évaluation d'une enquête. L'outil utilisé n'est pas scientifiquement validé, il a été créé pour cette évaluation par les auteurs.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?			X	Etant donné que l'instrument de mesure n'est pas clairement explicité, nous ne savons pas s'il est en lien avec les variables mesurées.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La procédure de recherche est clairement explicitée dans la partie méthode de cet article scientifique.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'approbation de l'Institutional Review Board de la fondation AMDA a été demandée par les chercheurs de l'étude. Le consentement des chercheurs de la présente étude et des membres du groupe de travail du réseau de recherche l'AMDA-F LTC a été demandé.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Le t-test de student a été utilisé pour analyser les variables continues. Le test chi-carré a été utilisé par les chercheurs pour analyser les variables discrètes. La valeur de $p \leq 0.05$ a été considérée par les auteurs comme une valeur significative. Cependant, nous n'avons pas beaucoup de détails concernant les statistiques effectuées dans cette recherche scientifique.

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Un résumé narratif des résultats est présent dans le chapitre résultats de l'article scientifique. Des tableaux facilement compréhensibles sont également présents.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Le cadre théorique n'est pas clairement mentionné dans cette étude. Il est implicite et il s'agit de l'adhérence aux guidelines.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs font référence à des études précédemment réalisés en les mettant en lien avec les résultats de la présence recherche scientifique.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Limite : 1. L'échantillon de cette étude scientifique est petit.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La généralisation des résultats trouvés dans cette recherche est possible grâce à trois observations : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les EMS sont représentatifs des institutions de soins typiques à travers le pays. 2. La prévalence de pharmacothérapie pour traiter l'incontinence urinaire dans cette étude est cohérente avec d'autres recherches. 3. La prévalence d'équipes d'amélioration des processus de l'incontinence urinaire, soit 35% dans une cohorte de 34 homes est conforme aux résultats d'une étude nationale de 942 médecins, infirmiers praticiens, infirmiers, aides-soignants dans lesquelles la prévalence a été estimée à 32%.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs font des recommandations pour les directeurs de soins des EMS, à la fin de partie discussion de l'article scientifique.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Les recommandations pour les travaux de recherche futurs ne sont pas mentionnées.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			C'est un article clair qui présente tous les chapitres d'un article de recherche scientifique, c'est-à-dire le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion. Cependant, il est synthétique. Les trois tableaux présents sont bien construits et ils sont faciles à comprendre.

Article 4
Grille de résumé [traduction libre]

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Edwards, R., Martin, F. C., Grant, R., Lowe, D., Potter, J., Husk, J., & Wagg, A. (2011). Is urinary continence considered in the assessment of older people after a fall in England and Wales? Cross-sectional clinical audit results. <i>Maturitas</i> , 69(2), 179-183. doi :10.1016/j.maturitas.2011.03.018.
Introduction Problème de recherche	L'incontinence urinaire est un facteur de risque des chutes. Il existe des guidelines pour la prise en soins de cette problématique chez les personnes âgées mais nous ne savons pas dans quelle mesure les soignants adhèrent à ces lignes directrices basées sur des preuves.
Recension des écrits	<p>Les chutes et l'incontinence urinaire sont des problématiques majeures auprès des personnes âgées. Elles sont associées à une morbidité significative et une consommation des ressources de soins de santé. Les chutes résultent d'une interaction complexe entre les facteurs intrinsèques comme l'âge, les maladies spécifiques, des troubles de la marche et de l'équilibre et les facteurs environnementaux extrinsèques.</p> <p>Des recherches effectuées auparavant ont identifié les facteurs de risque des chutes, c'est-à-dire les antécédents de chutes, la peur de tomber, l'hypotension orthostatique, la prise de médicaments sédatifs, la polymédication, la mobilité réduite, la force musculaire, les troubles de l'équilibre et de la marche, la déficience visuelle et cognitive et l'environnement. Cependant, il existe des interventions efficaces qui permettent de réduire le risque de chute.</p> <p>L'incontinence urinaire a reçu très peu d'attention de la part des chercheurs. Néanmoins, une relation entre l'incontinence urinaire, les symptômes du tractus urinaire inférieur (incluant l'incontinence urinaire, l'incontinence urinaire d'urgence et la nycturie) et les chutes a été établie. Une étude comprenant l'analyse de neuf recherches ayant comme sujet les chutes et l'incontinence urinaire chez les personnes âgées vivant en communauté ont démontré qu'il y a une augmentation de la probabilité des chutes si la personne souffrait d'incontinence urinaire d'urgence et/ou d'incontinence urinaire mixte. La probabilité des chutes est encore plus élevée chez les individus vivant dans une institution médico-sociale. Une autre recherche</p>

	<p>étudiant la relation entre les symptômes du tractus urinaire inférieur chez les hommes et les chutes a signalé que l'incidence cumulative des chutes sur une année a augmenté de 11% chez les personnes du sexe masculin présentant des symptômes modérés du tractus urinaire inférieur et de 33% chez les hommes présentant des symptômes sévères.</p> <p>En 2004, le NICE (National institute for clinical and healthcare excellence) qui englobe également le service national de santé d'Angleterre, du Pays de Galles et le nord de l'Irlande a établi des lignes directrices d'évaluation et de prévention des chutes. Dans le cadre de ce modèle d'investigation et d'intervention multifactorielle et multidisciplinaire, des recommandations concernant l'incontinence urinaire ont été formulées.</p> <p>Malheureusement, les soins d'incontinence urinaire et fécale sont souvent négligés dans la prise en charge de maladies spécifiques, malgré les conséquences de ses problèmes de soins dans la vie quotidienne des personnes qui en sont touchées. L'audit national de soins d'incontinence chez les personnes âgées a décrit des lacunes dans l'organisation des services de soins et dans l'évaluation et la prise en charge de l'incontinence urinaire chez les aînés. En 2008, un autre audit a démontré que seulement 60% des patients ayant eu un accident vasculaire cérébral souffrant d'incontinence urinaire avaient un plan de prise en charge clinique promouvant la continence.</p> <p>En 2006, l'audit national clinique des chutes et de la santé osseuse a investigué les soins reçus par les individus qui étaient tombés et qui se sont fracturés un membre.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas présent dans cet article scientifique.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Hypothèse : Le traitement des problèmes de la vessie peut théoriquement amener à une réduction des chutes. Cependant, il n'y pas d'essais d'interventions qui testent cette hypothèse-là.</p> <p>But : Étudier l'adhérence aux lignes directrices concernant l'évaluation de la fonction urinaire chez les patients ayant eu une chute provoquant des fractures.</p> <p>Dans cette étude, les chercheurs communiquent les données concernant la mesure dans laquelle les lignes directrices NICE sur l'évaluation de la continence urinaire sont suivies par les professionnels de santé.</p>

Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif : audit clinique transversal
Population, échantillon et contexte	<p>Population et échantillon :</p> <p>Échantillon : n=8826 (3184 patients avec une fracture de la hanche/ 5642 patients ayant une fracture autre qu'une fracture de la hanche)</p> <p><i>Critères d'inclusion</i> : patients âgés de 65 ans et plus ayant une fracture après une chute.</p> <p><i>Critères d'exclusion</i> : patients avec des fractures multiples, qui n'habitaient pas dans la région où se situait l'hôpital, ayant une espérance de vie de moins d'un an, si le patient était décédé trois mois après la chute, si la présentation du patient était retardée de plus de cinq jours.</p> <p>Contexte : Hôpitaux de soins aigus du Royaume-Uni (Angleterre, Pays de Galles, Irlande du Nord, îles Anglo-Normandes).</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte de données :</p> <p>Les notes cliniques ont été évaluées.</p> <p>Des orientations et des définitions ont été données permettant ainsi de répondre à chaque question.</p> <p>-<i>Définition de chute</i> : événement par lequel une personne est au sol avec ou sans perte de conscience.</p> <p>-<i>Définition de fractures autres que fracture de la hanche</i> : englobe les fractures vertébrales, du radius ulna, humérales et pelviennes.</p> <p>Méthode de collecte de données</p> <p><i>Principales mesures de résultats</i></p> <p>Les données ont été analysées pour déterminer si les patients avec des fractures de fragilité ont reçu une évaluation de la fonction urinaire, y compris l'état de continence ; si une déficience a été détectée et si des mesures ont été prises pour prévenir les chutes liées à la continence.</p>

	<p>Instrument de mesure :</p> <p><i>Pour réaliser cet audit, quatre questions étaient posées :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient a-t-il une évaluation de la fonction urinaire incluant l'état de continence ? 2. Une déficience a été détectée ? 3. Des interventions ont été entreprises pour prévenir les chutes liées à la fonction vésicale ? 4. Des références appropriées ont-elles été faites pour les problèmes de continence à partir de l'évaluation ? <p><i>Les normes pour l'évaluation de la continence ont été prises des lignes directrices de l'institut national de santé et d'excellence clinique: ces lignes directrices disent qu'une évaluation de la fonction urinaire doit impliquer de la documentation renseignant sur la présence d'une sonde vésicale à long terme, l'urgence, la fréquence de l'incontinence urinaire et aussi sur l'existence d'une nycturie. En ce qui concerne l'intervention et la référence, la documentation requise devait démontrer les étapes effectuées pour faciliter l'accès aux toilettes et faciliter la continence (comme par exemple, envoyer la personne chez l'urologue).</i></p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p><i>Les données obtenues ont été soumises à un site internet sécurisé :</i></p> <p>Cet outil de saisie de données a intégré un contrôle de routage et de cohérence. Afin qu'il y ait un accord entre les différents auditeurs, les établissements de soins ont été invités à auditer leurs cinq premiers cas en utilisant un autre auditeur. Par la suite, les auditeurs vérifiaient un résumé de leurs données électroniques sur des copies papier avant de les soumettre sous forme informatique. Des vérifications ont été faites pour s'assurer que les données étaient en grande partie consécutives et examiner les types d'exclusions à faire.</p> <p><i>Les hôpitaux qui participaient à cet audit soumettaient les données cliniques concernant la manière de prendre soins des :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -20 premiers patients consécutifs ayant fracture de la hanche suite à une chute -40 premiers patients consécutifs ayant une fracture ailleurs qu'à la hanche suite à une chute

	<p>Ces patients se présentaient dans un service de soins aigus entre le 1 octobre 2006 et le 31 décembre 2006</p> <p>Les sites ont été recrutés pour la participation à cet audit avec la confiance de soins primaires locaux afin de faciliter la collaboration entre les hôpitaux et la communauté. Pour chaque site ont été nommés des responsables de l'audit et il leur a été conseillé de former un groupe multidisciplinaire permettant de rassembler les données requises des sources de soins primaires et secondaires.</p>
Considérations éthiques	<p>Les données obtenues ont été soumises à un site internet sécurisé via un outil informatique ne permettant pas la transmission de données personnelles identifiables.</p> <p>Le consentement du patient et l'approbation de l'éthique de la recherche n'ont pas été requis pour cet audit. Cela a été recommandé par le « patient information advisory group » et l'« information governance committee of the healthcare commission ».</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les données ont été analysées en utilisant la version 15 du SPSS et STATA 8.</p> <p>Des méthodes de régression binaire ont été utilisées afin d'obtenir des ratios de risque pour lesquels les patients étaient évalués, affaiblis, traités et référés avec des intervalles de confiance de 95% ajustés aux effets de clustering des hôpitaux.</p> <p>Comme il y a des similitudes dans les styles de pratique et d'organisation dans les hôpitaux participant à l'audit, les patients traités dans un seul hôpital sont plus susceptibles de recevoir des soins similaires que les individus soignés dans de différents hôpitaux et sans les ajustements pour la similarité des clusters, l'intervalle de confiance et la valeur p peut être erronée.</p>
Présentation des résultats	<p>91% des hôpitaux ont participé à l'audit.</p> <p>La majorité des personnes des deux groupes étaient des femmes.</p> <p><i>L'âge moyen des patients</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ayant eu une fracture de la hanche était de 82 ans -Ayant eu un autre type de fracture était de 79 ans

Types de fractures

- 80% des patients avaient des fractures de la hanche
- 86% des patients avaient une fracture autre qu'à la hanche

Lieu d'habitation

- 68% des patients ayant une fracture à la hanche habitaient dans leur propre maison.
- 81% des patients ayant un autre type de fracture habitaient dans leur propre maison.

Concernant les patients qui avaient un autre type fracture qu'à la hanche (n= 5642) :

- 63% des patients avaient une fracture du radius/ulna (n=3582)
- 27% des patients avaient une fracture de l'humérus (n= 1511)
- 8% des patients avaient une fracture pelvienne (n=438)
- 3% des patients avaient une fracture vertébrale (n=190)
- 79 patients avaient plusieurs types de fractures (n=79)

Hospitalisation

- 99.8% des patients ayant eu une fracture de la hanche ont été hospitalisés.
- 34% des patients ayant eu un autre type de fracture ont été hospitalisés.

Retour à domicile après la fracture

- 96% des personnes non hospitalisées pour une fracture de la hanche ou un autre type de fracture sont retournées à domicile.

Résultats concernant l'évaluation, la détection de l'incontinence, l'intervention et l'aiguillage vers des services appropriés (voir tableau 1) :

- Les patients qui avaient une fracture de la hanche étaient trois fois plus susceptibles d'avoir une évaluation de la fonction urinaire incluant le statut de continence que ceux qui présentaient un autre type de fracture ($p = < 0.0001$).

- Les patients qui avaient une fracture de la hanche étaient plus susceptibles d'avoir une incontinence urinaire détectée que ceux qui présentaient un autre type de fracture ($p = < 0.0001$).
- Les patients qui avaient une fracture de la hanche n'étaient pas plus susceptibles de recevoir une intervention permettant de prévenir les chutes liées à l'incontinence urinaire.
- Les patients qui n'avaient pas une fracture de la hanche, mais un autre type de fracture étaient plus fréquemment envoyés à un service de continence et ils étaient plus susceptibles d'avoir une intervention.

Évaluation de la continence urinaire et détection d'un problème :

- 63% des patients ayant eu une fracture de la hanche ont reçu une évaluation concernant la continence urinaire et chez 41% de ces patients-là, un problème a été trouvé.
- 21% des patients ayant eu une fracture autre qu'à la hanche ont reçu une évaluation concernant la continence urinaire et chez 27% de ses patients-là, un problème a été trouvé.

Parmi les patients ayant une fracture autre qu'à la hanche, le type de fracture subie avait une incidence sur l'évaluation de la continence urinaire :

- 15% des patients ayant une fracture du radius ont eu une évaluation de la continence
- 23% des patients ayant une fracture de l'humérus ont eu une évaluation de la continence ($p = < 0.001$).
- 42% des patients ayant une fracture vertébrale ont eu une évaluation de la continence ($p = < 0.001$).
- 51% des patients ayant une fracture pelvienne ont eu une évaluation de la continence ($p = < 0.001$)
- 44% des patients ayant des fractures multiples ont eu une évaluation de la continence ($p = < 0.001$)

Les patients ayant une autre fracture qu'à la hanche admis à l'hôpital étaient plus susceptibles d'avoir une évaluation de la fonction urinaire. L'admission à l'hôpital était un prédicteur important pour recevoir une évaluation de la fonction urinaire, mais l'hospitalisation a démontré peu de relation avec les taux de déficience, d'intervention et d'orientation vers des services spécialisés ($p = < 0.0001$; voir tableau 2).

Les prédicteurs mesurés des patients ayant une évaluation de la continence (voir tableau 3) :

	<p>-Tous les patients admis ou pas pendant les heures standards, c'est-à-dire du lundi au vendredi, de 8h à 18h, ont été analysés, mais les différences trouvées ne sont pas statistiquement significatives</p> <p>-Le taux d'évaluation des patients avec une fracture de la hanche varie peu selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence.</p> <p>-Le taux d'évaluation des patients ayant une fracture autre qu'à la hanche varie peu selon le sexe et le lieu de résidence, mais les patients âgés ayant une fracture autre qu'à la hanche, étaient plus susceptibles d'avoir une évaluation de la continence. (âgés entre 75 et 84 ans et 85 ans et + : $p = < 0.0001$)</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>La prévalence de l'incontinence urinaire chez les personnes adultes est estimée entre 20% à 30% chez les femmes et 5% à 10% chez les hommes. Cette prévalence augmente avec l'âge et environ 60% des personnes vivant dans une institution sont supposées avoir une incontinence urinaire. Le niveau de modification de la fonction urinaire détectée chez les personnes évaluées dans cet audit, soit 41% chez les personnes ayant une fracture de la hanche et 27% chez ceux qui ont un autre type de fracture qu'à la hanche, reflète la prévalence de la population pour l'incontinence. Comme d'autres symptômes touchant les voies urinaires en plus de l'incontinence urinaire influencent le risque de chutes, c'est probable qu'ils n'aient pas été pris en compte dans le groupe des personnes ayant eu des chutes. Le taux le plus élevé de troubles de la fonction urinaire détecté parmi les patients ayant une fracture de la hanche comparés à ceux qui ont un autre type de fracture, il peut refléter une fragilité, une dépendance fonctionnelle et une déficience cognitive. Les comorbidités, la dépendance et la continence avant la chute n'ont pas été mesurés dans cet audit.</p> <p>L'audit national de chutes et de la santé des os a démontré la présence de lacunes généralisées dans les services fournis aux personnes âgées qui ont chuté et qui se sont fracturées. La moitié des patients présentant un trouble de la fonction urinaire ont reçu une intervention ou ont été orientés vers des services spécifiques. Concernant les résultats sur les soins de continence, il a été démontré qu'il existe un déficit au niveau de l'évaluation de la continence : 21% des patients qui ont subi un autre type de fracture qu'à la hanche ont reçu une évaluation de la continence contre 63% des patients ayant une fracture au niveau de la hanche. Cela est dû probablement au fait que les personnes fracturées à la hanche sont hospitalisées. Cette hypothèse est confirmée par les taux d'évaluation de la continence beaucoup plus élevés chez les patients ayant une fracture autre qu'à la hanche qui sont admis à l'hôpital. Dans le groupe des patients ayant un autre type de fracture qu'à la hanche, les personnes présentant des fractures au niveau des</p>

	<p>vertèbres ou au niveau pelvien étaient plus susceptibles de recevoir une évaluation de la continence. Ces fractures-là sont plus invalidantes et de ce fait une grande proportion de patients est hospitalisée pour une prise en charge ultérieure.</p> <p>La fréquence d'évaluation était légèrement meilleure que celle de l'audit national des soins d'incontinence pour les personnes âgées qui indiquait que l'histoire de continence était documentée chez 45% des patients incontinents hospitalisés.</p> <p>Étant donné le risque élevé de chute associé à l'incontinence urinaire, c'est inquiétant qu'une évaluation soit fréquemment négligée et même si un problème est identifié, le plus souvent, rien n'est fait pour le résoudre ou améliorer la situation.</p> <p>L'importance présumée d'une hospitalisation pour déterminer si une évaluation de la continence est réalisée a d'importantes implications pour l'organisation des soins. Seulement un tiers des patients ayant des fractures autres qu'à la hanche ont été hospitalisés et une grande partie de ses individus-là sont retournés à leur domicile. Les auditeurs disent que les évaluations et les interventions qui ne sont pas démarrés à l'hôpital devront être réalisées dans les soins primaires ou dans d'autres contextes. Cela est probablement vrai concernant les évaluations de la continence et cela est en accord avec les recommandations de bonnes pratiques dans les soins de l'incontinence.</p> <p>Il y a seulement un conseiller en continence disponible pour environ 8400 personnes atteintes d'incontinence urinaire et cela est le défi décrit dans l'audit national de la prise en charge de la continence chez les personnes âgées.</p> <p>La capacité de l'audit national des chutes et de la santé des os à identifier toutes les évaluations de continence effectuées dans les soins primaires consécutifs à la chute et à la fracture peut être mise en doute. Pendant la réalisation de l'audit, les auditeurs ont reconnu avoir eu certaines difficultés de partage d'information au niveau local avec quelques médecins généralistes qui ne souhaitaient pas que le personnel soignant communique des informations à cause du consentement patient. De plus, certaines évaluations peuvent avoir été effectuées et documentées dans des notes non accessibles aux auteurs de l'audit.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Cet audit a seulement questionné si la continence urinaire était évaluée, si un problème a été trouvé et s'il avait été traité. 2.La qualité de l'évaluation de la continence urinaire n'a pas été évaluée.

	<p>3.Cet audit ne donne pas d'informations si l'état de continence a changé à la suite d'une fracture.</p> <p>4.L'audit n'a pas évalué si la cathétérisation des patients à l'hôpital était correctement exécutée.</p> <p>5.Les données de l'audit ne permettent pas une analyse d'autres facteurs qui pourraient prédire si une évaluation de la continence a été réalisée.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il faut s'attendre à l'augmentation de la dépendance fonctionnelle des patients suite à une fracture de la hanche qui peuvent quitter l'hôpital avec une incontinence urinaire. Alors, il est important d'avoir un plan de promotion de la continence urinaire.</p> <p>L'âge, le sexe, le lieu de résidence semblent avoir peu d'impact sur la réalisation d'une évaluation de la continence bien que les patients âgés ayant une fracture autre qu'à la hanche aient été plus souvent évalués.</p> <p>Les patients qui ont reçu une évaluation ortho-gériatrique ou qui ont été soignés pour une fracture de la hanche sont plus susceptibles de recevoir une évaluation de la continence. D'autres facteurs tels que la comorbidité, la présence d'un cathéter à long terme et d'une évaluation multifactorielle des risques, la durée du séjour à l'hôpital et la destination de décharge peuvent aussi influencer le fait que les patients reçoivent ou pas une évaluation de la continence urinaire.</p> <p>Les taux d'évaluation et d'intervention pour les personnes qui chutent et qui ont des problèmes de continence urinaire sont faibles malgré l'existence de guidelines actuels.</p> <p>Les preuves épidémiologiques prouvent que l'incontinence urinaire et les symptômes des voies urinaires inférieures sont des facteurs de risque de chutes. Il reste à savoir si une intervention réussie et une gestion de la continence permettent de diminuer l'incidence des chutes. Il est donc nécessaire de réaliser une étude scientifique sur l'incontinence urinaire, les symptômes des voies urinaires basses et les chutes.</p>

Grille de lecture critique [traduction libre]

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Edwards, R., Martin, F. C., Grant, R., Lowe, D., Potter, J., Husk, J., & Wagg, A. (2011). Is urinary continence considered in the assessment of older people after a fall in England and Wales? Cross-sectional clinical audit results. <i>Maturitas</i> , 69(2), 179-183. doi :10.1016/j.maturitas.2011.03.018.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le problème de recherche est présent, le concept de chute ainsi que la population de l'étude, c'est-à-dire les patients âgés sont clairement mentionnés.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			L'objectif, le devis, le contexte, la population, la principale mesure de résultat, les résultats et la conclusion de cet audit sont présents sous forme de résumé au début de l'article. Cela synthétise clairement l'essentiel de l'audit.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est décrit dans le chapitre introduction de l'article. La problématique de l'incontinence urinaire est évoquée dans le contexte des soins aigus.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Dans l'introduction de cet audit, les auditeurs font un résumé des connaissances sur l'incontinence urinaire et les chutes. Des comparaisons avec d'autres études et audits sont également réalisés par les auteurs.

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas de cadre de référence.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>La question de recherche n'est pas clairement formulée. Une hypothèse est décrite et l'objectif de l'audit est clairement présenté.</p> <p>Hypothèse : Le traitement des problèmes de la vessie peut théoriquement amener à une réduction des chutes. Cependant, il n'y pas d'essais d'interventions qui testent cette hypothèse-là.</p> <p>But : Étudier l'adhérence aux lignes directrices concernant l'évaluation de la fonction urinaire chez les patients ayant eu des chutes entraînant des fractures.</p>
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Oui, il s'agit d'un audit clinique transversal appartenant au devis quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			<p>Dans le chapitre méthode de l'audit, nous pouvons retrouver les critères d'inclusion et d'exclusion de patients.</p> <p>La population est composée de patients âgés de 65 ans et plus, ayant une fracture à la hanche où à un autre endroit après une chute.</p>
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			<p>Au début du chapitre résultats, nous retrouvons des informations par rapport à l'échantillon :</p> <p>Patients avec une fracture de la hanche n=3184</p> <p>Patients ayant une fracture autre qu'une fracture de la</p>

					hanche n=5642 Total de patients : n=8826
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Le calcul statistique de la taille d'échantillon n'est pas nommé, nous ne savons pas s'il est représentatif.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Pour réaliser cet audit, les chercheurs ont posé 4 questions : 1.Le patient a-t-il une évaluation de la fonction urinaire incluant l'état de continence ? 2.Une déficience a été détectée ? 3.Des interventions ont été entreprises pour prévenir les chutes liées à la fonction vésicale ? 4.Des références appropriées ont-elles été faites pour les problèmes de continence à partir de l'évaluation ?
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui car ils cherchent à évaluer l'adhérence aux lignes directrices concernant l'évaluation de la fonction urinaire chez les patients ayant eu des chutes entraînant des fractures. Les présentes questions traitent de l'incontinence urinaire et des chutes.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Les auteurs expliquent dans le chapitre méthode, le déroulement de l'audit. Cependant il est difficile de comprendre comment les auditeurs ont fait pour réaliser l'audit.

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?		X		<p>Les données obtenues ont été soumises à un site internet sécurisé via un outil informatique qui ne permettait pas la transmission de données personnelles identifiables.</p> <p>Le consentement du patient et l'approbation de l'éthique de la recherche n'ont pas été requis pour cet audit. Cela a été recommandé par le « patient information advisory group » et l'« information governance committee of the healthcare commission ».</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<p>Les données ont été analysées en utilisant la version 15 du SPSS et STATA 8.</p> <p>Des méthodes de régression binaire ont été utilisées afin d'obtenir des ratios de risque pour lesquels les patients étaient évalués, affaiblis, traités et référés avec des intervalles de confiance de 95% ajustés aux effets de clustering des hôpitaux.</p> <p>Comme il y a des similitudes dans les styles de pratique et d'organisation dans les hôpitaux participant à l'audit, les patients traités dans un seul hôpital sont plus susceptibles de recevoir des soins similaires que les individus soignés dans de différents hôpitaux et sans les ajustements pour la similarité des clusters, l'intervalle de confiance et la valeur p peut être erronée.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Il y a un résumé narratif des résultats dans le chapitre résultats de l'audit.</p> <p>Les tableaux sont synthétiques et bien construits.</p>
Discussion Interprétation des	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre		X		<p>Il n'y a pas de cadre théorique mentionné dans cette étude.</p>

résultats	théorique ou conceptuel ?				
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?			X	Les auteurs font référence à des audits précédemment réalisés en les mettant en lien avec les résultats de cet audit.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont clairement présentées dans le neuvième paragraphe du chapitre discussion de cet audit : 1.Cet audit a seulement questionné si la continence urinaire était évaluée, si un problème a été trouvé et s'il avait été traité. 2.La qualité de l'évaluation de la continence urinaire n'a pas été évaluée. 3.Cet audit ne donne pas d'information si l'état de continence a changé à la suite d'une fracture. 4.L'audit n'a pas évalué si la cathétérisation des patients à l'hôpital était correctement exécutée. 5.Les données de l'audit ne permettent pas une analyse d'autres facteurs qui pourraient prédire si une évaluation de la continence a été réalisée.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les auteurs de l'audit ne décrivent pas si nous pouvons généraliser ou pas les résultats.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Il faut s'attendre à l'augmentation de la dépendance fonctionnelle des patients suite à une fracture de la hanche qui peuvent quitter l'hôpital avec une incontinence urinaire. Alors, il est important d'avoir un plan de promotion de la continence urinaire.

				<p>Les patients qui ont reçu une évaluation ortho-gériatrique ou qui ont été soignés pour une fracture de la hanche sont plus susceptibles de recevoir une évaluation de la continence. D'autres facteurs tels que la comorbidité, la présence d'un cathéter à long terme et d'une évaluation multifactorielle des risques, la durée du séjour à l'hôpital et la destination de décharge peuvent aussi influencer le fait que les patients reçoivent ou pas une évaluation de la continence urinaire.</p> <p>Les taux d'évaluation et d'intervention pour les personnes qui chutent et qui ont des problèmes de continence urinaire sont faibles malgré l'existence de guidelines actuels.</p>
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		<p>Les recommandations pour les travaux de recherche futurs sont mentionnées dans le dernier paragraphe du chapitre discussion de l'audit.</p> <p>Les preuves épidémiologiques prouvent que l'incontinence urinaire et les symptômes des voies urinaires inférieures sont des facteurs de risque de chutes. Il reste à savoir si une intervention réussie et une gestion de la continence permettent de diminuer l'incidence des chutes. Il est donc nécessaire de réaliser une étude scientifique sur l'incontinence urinaire, les symptômes des voies urinaires basses et les chutes.</p>
Questions	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé	X		C'est un article clair qui présente tous les chapitres d'un article de recherche scientifique, c'est-à-dire le résumé,

générales Présentation	pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				l'introduction, la méthode, les résultats et la discussion. Les tableaux sont clairs et faciles à comprendre. Les différents chapitres sont clairs, les tableaux bien construits et expliqués, mais l'article reste synthétique.
----------------------------------	--	--	--	--	--

Article 5
Grille de résumé [traduction libre]

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Lappen, D., Berall, A., Davignon, A., Iancovitz, L., & Karuza, J. (2016). Evaluation of a continence implementation program on a geriatric rehabilitation unit. <i>Perspectives</i> , 39(1), 24-30.
Introduction Problème de recherche	L'incontinence urinaire est une problématique de soins pouvant toucher des personnes de tout âge, mais elle est surtout présente chez les personnes âgées. Le public et les soignants croient à tort que l'incontinence est un changement attendu qui accompagne le vieillissement. Néanmoins, avec des interventions de soins spécifiques, l'incontinence urinaire peut être traitée, mieux gérée ou mieux contenue chez 100% des individus atteints incluant les personnes âgées. La miction incitée est une intervention prouvée scientifiquement comme efficace qui permet d'aider les patients à retrouver et à maintenir leur continence urinaire dans des divers milieux de soins.
Recension des écrits	<p>L'incontinence urinaire, c'est-à-dire des fuites involontaires d'urine touche environ 3.3 millions de canadiens de tout âge. La moitié des personnes souffrant d'incontinence urinaire, ce sont des patients âgés.</p> <p>Les lignes directrices sur les meilleures pratiques de l'association des infirmières et des infirmiers enregistrés de l'Ontario (RNAO) ont été réalisées à partir de données probantes solides et de haute qualité qui ont été tirées d'études réalisées antérieurement sur l'efficacité de la miction incitée. Ce guideline inclut un programme d'éducation et de mise en place afin de promouvoir des soins de continence urinaires basés sur les preuves. L'RNAO définit la miction incitée comme une technique comportementale qui permet d'aider la personne à utiliser les toilettes de manière correcte et cela à l'aide d'indices verbaux et physiques. Cette intervention est de première intention pour certains types d'incontinence urinaire tels que l'incontinence d'urgence, de stress, mixte et fonctionnelle. La miction incitée a pour but de diminuer la fréquence et la sévérité des épisodes de fuites urinaires, d'éviter la survenue de complications associées à l'incontinence urinaire et d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées.</p> <p>Malgré l'existence d'un guideline pour l'incontinence urinaire, beaucoup de patients habitant dans des</p>

	<p>établissements médicaux-sociaux continuent de souffrir d'incontinence urinaire ce qui provoque une augmentation de la fréquence des infections urinaires, des lésions cutanées, des chutes et ainsi une diminution de leur qualité de vie. Cela peut être expliqué par le fait que le personnel soignant est confronté à des multiples obstacles lorsqu'ils essaient de promouvoir la continence urinaire, notamment l'augmentation de la demande pour aller aux toilettes, la difficulté de répondre immédiatement à la demande en raison de la charge de travail et du manque d'équipement permettant de mobiliser et d'effectuer les transferts des patients.</p> <p>Appliquer les données fondées sur les preuves en pratique nécessite plusieurs approches. Il faut engager un grand éventail de parties prenantes en utilisant une approche multidisciplinaire, avoir la présence d'un chef de projet qui facilite le changement, recruter et maintenir des champions de guideline et évaluer les obstacles et les facilitateurs. Le modèle de l'lowa a été établi comme un modèle efficace permettant d'introduire les données probantes dans la pratique. Le modèle de l'lowa a été utilisé à Baycrest pour guider un processus de transfert de connaissances dans un projet.</p> <p>Baycrest health sciences est un centre universitaire axé sur la prise en soins d'une population âgée. Ce centre comprend un hôpital, une institution de soins de longue durée, un home, des programmes communautaires et de sensibilisation, ainsi que des centres de recherche. En avril 2015, ce centre a obtenu le titre d'organisation mettant en évidence les meilleures pratiques (BPSO). BPSO est un processus initial d'une durée de trois ans exigeant que les candidats aient des ressources pour améliorer les soins aux patients en utilisant des données fondées sur les preuves, ce qui est facilité par la mise en pratique des lignes directrices édictées et approuvées par l'RNAO. Le centre Baycrest a choisi le guideline nommé « Promouvoir la continence urinaire par la miction incitée » pour la mise en pratique basée sur l'incidence de l'incontinence dans leur population gériatrique. Le programme d'hospitalisation de l'unité à faible tolérance et à longue durée est conçu pour les personnes âgées qui ne remplissent pas les critères pour intégrer les programmes de réadaptation de haute intensité.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le modèle lowa a été utilisé comme la théorie d'application des connaissances permettant de guider la mise en place du guideline.</p> <p>Le modèle lowa comporte les sept étapes suivantes :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sélectionner un thème 2. Former une équipe 3. Rechercher des données probantes 4. Évaluer les données probantes 5. Élaborer une norme de pratique fondée sur des données probantes 6. Mettre en œuvre la pratique basée sur les preuves 7. Évaluation
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>But : L'objectif de cet article scientifique est d'évaluer la mise en place de lignes directrices et de stratégies de gestion de la continence, intégrées à la pratique clinique dans un service de réadaptation gériatrique. Cette évaluation permet d'informer l'unité de soins sur la mise en pratique des lignes directrices et sur les besoins du personnel.</p>
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif
Population, échantillon et contexte	<p>Population et échantillon :</p> <p>Population : le personnel (infirmiers, gestionnaire et personnel paramédical) de l'unité à faible tolérance de longue durée (LTLD) de Baycrest était une des cinq unités sélectionnées pour la mise en œuvre de la ligne directrice sur la continence.</p> <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau 3 concernant les infirmiers : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pré-test : n = 14 infirmiers ○ Post-test : n= 21 infirmiers - Tableau 4 concernant l'équipe interdisciplinaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pré-test : n= 12 membres de l'équipe ○ Post-test : n= 9 membres de l'équipe

	<p>Critères d'inclusion : patients étant dans l'unité à faible tolérance ou à longue durée/ souffrant d'incontinence urinaire</p> <p>Contexte : L'unité de réadaptation à faible tolérance / à longue durée du centre Baycrest health sciences, Canada.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte de données :</p> <p>Le personnel de l'unité a été formé à un protocole de soins de continence. Une première enquête sur les besoins a été réalisée afin de déterminer les besoins d'apprentissage et l'adoption de pratiques de soins. Une deuxième enquête a été élaboré permettant d'évaluer l'impact des stratégies mises en place. Un audit des dossiers d'admission concernant les évaluations de la continence urinaire a été mené.</p> <p>Instrument de mesure :</p> <p>Deux enquêtes englobant un pré-test et un post-test :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau 3 → questionnaire concernant les infirmiers - Tableau 4 → questionnaire concernant l'ensemble de l'équipe soignant qui enquête sur l'interprofessionnalité
Déroulement de l'étude	<p>Des nombreux patients de cette unité de soins choisis par les auteurs ont des objectifs de continence et ils travaillent pour les atteindre avec l'aide de l'équipe soignante. Le maintien ou le rétablissement de la continence et le respect de l'horaire d'aller aux toilettes ont un impact important sur la planification de la sortie pour les personnes qui retournent dans la communauté ou pour ceux qui vivent de manière autonome. Par conséquent, la création et la mise en place d'outils et de processus qui facilitent la réalisation de plans de soins et d'objectifs de continence en prenant compte des besoins de leurs patient peut améliorer le processus d'organisation de la sortie du patient.</p> <p>La mise en place des lignes directrices sur la continence urinaire dans l'unité de cet article a commencé en avril 2014 et elle a terminé en février 2015.</p> <p>Pour mettre le guideline en pratique, les chercheurs ont suivi les sept étapes du modèle d'Iowa.</p> <p><i>Etape 1</i></p> <p>Les chercheurs ont sélectionné un thème selon best practice guideline de l'RNAO sur la mise en place de</p>

lignes directrices de Baycrest visant à obtenir le statut BPSO. Le guideline sur la continence a été choisi par le personnel soignant de Baycrest comme un thème prioritaire.

Etape 2

Les chercheurs ont commencé à former une équipe en avril de l'année 2014 quand un groupe multidisciplinaire sur la continence a été créé pour la travailler sur un plan de mise en place de bonnes pratiques. Un groupe de travail sur la continence a été formé et il était dirigé par un infirmier de pratique avancée et un infirmier autorisé par le personnel qui était une stagiaire de pratique clinique avancée du programme de réadaptation.

Le groupe était composé d'infirmiers, de travailleurs de soutien personnel, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de diététiciens, d'un médecin, du directeur clinique et d'assistants sociaux du programme de réadaptation.

Etape 3

La recherche de données fondées sur les preuves a été réalisée par les membres du groupe nommés dans l'étape deux. Plusieurs ressources ont été identifiées dont le best practice guideline de l'RNAO, de la littérature sur la miction incitée et l'outil d'amélioration de la restauration et de la promotion de la continence de l'Ontario health quality council.

Etape 4

Après l'évaluation des données basées sur les preuves obtenues pendant l'étape trois du processus, le groupe de travail est arrivé à un consensus sur le guideline parlant de la miction incitée de l'RNAO. Ils ont trouvé que ces lignes directrices présentent des données probantes de haute qualité et que ces dernières se sont révélées efficaces dans des divers milieux de soins.

Etape 5

L'élaboration d'une norme fondée sur des données probantes a été facilitée par le groupe de travail qui a analysé la pertinence, la faisabilité, le sens et l'efficacité du BPG pour la pratique. Ces considérations favorisent une approche centrée sur la personne et permettent d'individualiser le protocole BPG aux besoins spécifiques des patients. En collaboration avec l'équipe clinique, le groupe de travail sur la continence a réalisé des outils de documentation qui seraient utilisés lors de la mise en place du guideline. Il s'agit plus précisément d'une évaluation infirmière de la continence à l'admission des patients, d'une carte du processus de soins de continence, d'un plan de soins de continence, d'un journal de l'intestin et de la vessie, d'objectifs pour l'organisation de la sortie et d'un programme de miction incitée.

Etape 6

Une série de réunions avec le personnel de l'unité de soins choisis par les auteurs de cet article comprenant les infirmiers, le personnel paramédical et le chef de l'unité ont été organisées afin de présenter le guideline sur la continence. Des discussions sur le thème de la continence ont eu lieu une fois par semaine dans l'horaire de jour et dans l'horaire du soir. Le personnel infirmier et paramédical ont été informés du programme de continence par les services internes de l'établissement, les colloques du personnel et par e-mail. Au cours des six semaines suivantes, l'infirmier en pratique avancée a participé à des tables rondes sur la continence et elle a fourni de l'information sur les journaux de l'intestin et de la vessie, l'évaluation de la continence, le programme de miction incitée et sur les interventions de continence. Elle a également discuté des situations de soins des patients présents dans l'unité de soins du centre de Baycrest health sciences. Des processus de formation d'un plan de soins continence ont été élaborés, avec des feed-back donnés par les infirmiers et par le directeur. A la mi-août, l'évaluation de la continence a été mise en ligne dans les dossiers médicaux électroniques pour toutes les nouvelles admissions. L'outil de documentation nommé « plan de soins de la continence » a été utilisé chez les patients appropriés, comme défini par les infirmiers qui se sont basés sur la carte du processus de soins de la continence. Ce dernier élément est un arbre décisionnel qui aide les infirmiers à déterminer les interventions et les outils de documentation nécessaires en fonction de l'état de continence du patient. Si la personne est continente, aucune autre évaluation ou intervention n'est nécessaire à moins qu'il y ait un changement de statut. L'évaluation de la continence englobe une liste de questions qui sont utilisées pour déterminer si un patient est continent, le type d'incontinence urinaire touchant la personne. Elle permet aussi d'évaluer la fonction intestinale et

l'apport hydrique et en fibres effectués par l'individu. Pour les patients incontinents, l'outil de documentation nommé « plan de soins de continence » est utilisé afin de définir les schémas de miction qui sont basés sur le journal personnel de l'intestin et de la vessie de l'individu. Une surveillance et un enregistrement des mictions de la personne a lieu aussi pendant trois jours consécutifs. Le dossier de miction est ensuite analysé en fonction des modèles de fonctionnement des intestins et de la vessie et cela permettra de définir un programme ou un schéma de mictions ou d'hygiène et aussi de voir si le patient peut être un candidat à l'intervention de miction incitée. Les feed-back entre les membres de l'équipe soignante et l'évaluation du plan de soins de continence des patients sont en cours afin de guider la planification des congés entourant les objectifs de continence des patients.

Le protocole de continence englobe une évaluation de la continence qui doit être réalisée dans les sept jours suivant l'admission du patient dans l'unité de soins, un journal du fonctionnement de l'intestin et de la vessie de trois jours est rempli pour les patients ciblés. Les habitudes intestinales et vésicales sont enregistrées et analysées puis un programme de soins de continence est mis en place.

Pour s'assurer que l'équipement approprié était disponible pour les infirmiers et pour les thérapeutes, un audit de l'équipement a été effectué. Une proposition a été soumise et des appareils de toilette ont été achetés pour l'unité de soins.

Dans le cadre de l'évaluation initiale des besoins, un pré-test a été passé par les infirmiers et l'équipe interdisciplinaire qui étaient dans l'unité six semaines après que les outils de documentation aient été introduits et avant que les lignes directrices soient formellement mises en place. Le pré-test comprenait quatorze questions qui permettaient de déterminer la sensibilisation du personnel soignant aux stratégies de soins de continence BPG et leur confiance dans la mise en pratique du guideline. Les réponses données étaient notées sur une échelle unipolaire à cinq points allant de « pas du tout » à « beaucoup ». Un post-test a été réalisé auprès des infirmiers et de l'équipe interdisciplinaire qui faisaient partie de l'unité, cinq mois après la mise en place du guideline

Etape 7

L'évaluation était basée sur les résultats des enquêtes qui ont été communiqués à l'équipe afin de favoriser l'amélioration future du protocole de soins de continence. Les feed-back qui provenait des évaluations des besoins ont été analysés et le personnel a élaboré des stratégies facilitant le changement pendant les

	tables rondes et les groupes de discussion.
Considérations éthiques	Les auteures ne mentionnent pas de considérations éthiques.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les chercheurs ont utilisé des statistiques descriptives pour analyser les données recueillies.
Présentation des résultats	<p><i>Évaluation des besoins et du suivi</i></p> <p>Données recueillies à l'étape 6 concernant l'évaluation des besoins sont présentées au tableau 1.</p> <p>Les obstacles à la mise en place des lignes directrices qui ont été identifiés dans le sondage d'évaluation des besoins sont présentés au tableau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les différents chefs d'équipe - Pas tous les mêmes infirmiers pendant une semaine pour un patient - Les soins ne sont pas toujours cohérents - La gestion du temps et de la charge de travail - Toutes les mains doivent être à bord pour accomplir la continence - Le besoin d'uniformiser la pratique - Un plan est fait mais tout le monde ne le suit pas - La communication - La disponibilité d'équipements appropriés dans des conditions prédéterminées zones <p>Selon les évaluations des besoins, les stratégies éducatives élaborées dans le cadre d'une série du « Plan-Do-Study-Act- cycles » (PDSA) englobaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Des champions de la continence » - Des études de cas utilisant des évaluations de la continence - Des formations supplémentaires sur le remplissage des journaux des habitudes intestinales et vésicales et la mise en place d'un schéma de miction incitée

- Des examens de la documentation des dossiers médicaux
- L'utilisation et l'affichage d'un tableau d'éducation et de communication sur la continence dans le bureau des soignants.

Selon les évaluations des besoins, les stratégies concernant la communication englobaient :

- Des regroupements d'équipes et des groupes de discussion soulignant l'importance de documenter les objectifs des patients sur leur admission et leur sortie et documenter les habitudes intestinales et vésicales ainsi que les changements de statuts.
- Des discussions sur la continence doivent avoir lieu régulièrement entre le personnel soignant et l'équipe multidisciplinaire
- Des suggestions ont été mises en place afin de commencer des discussions sur la continence pour les patients de l'unité de soins pendant les tournées hebdomadaires.
- Afin d'intégrer les évaluations de continence dans la pratique, les « champions d'unité » ont utilisé une planchette à pinces avec une liste des évaluations de continences mises en évidence et un rappel les jours six et sept afin que l'évaluation de la continence d'admission soit complétée et terminée.

Évaluation de l'intervention de l'incontinence

L'impact des stratégies utilisées afin de mettre en pratique le guideline sur la continence a été déterminé en comparant les réponses des infirmiers et de l'équipe interdisciplinaire sur les items de l'enquête concernant le pré-test et le post-test. Les auteurs de cette étude n'ont pas réussi à faire correspondre le pré-test et le post-test en utilisant le t-test d'échantillon indépendant.

Après la formation sur les lignes directrices sur la continence, le personnel infirmier était nettement plus conscient des stratégies de gestions de l'incontinence ($p < 0.05$).

Le personnel infirmier était plus confiant dans l'évaluation de l'état de continence et dans la création de plans de soins pour l'incontinence des patients basés sur les journaux d'habitudes intestinales et vésicales et sur les évaluations de la continence ($p < 0.05$).

Les changements significatifs dans les attitudes et la confiance ont été reflétés dans le rendement du personnel comme mesurés par le nombre d'évaluations de la continence complètes à l'admission des

	patients. L'audit d'évaluation de la continence a démontré un taux d'achèvement de 80% six mois après la mise en place du guideline, ce qui était une augmentation significative du taux d'achèvement de 2% qui était précédemment identifié.
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats obtenus dans cette étude scientifique sont conformes à la littérature sur la mise en pratique de lignes directrices et l'application de connaissances. L'adoption du guideline sur la continence était au centre des efforts de la mise en pratique et l'utilisation du modèle d'application des connaissances, c'est-à-dire le modèle Iowa était utile pour diriger tout le processus. Ce modèle a efficacement donné des informations sur les multiples stratégies de mise en pratique permettant de soutenir l'adoption de soins de continence et l'intégration des lignes directrices dans le processus de mise en pratique par l'équipe clinique de soins.</p> <p>Les stratégies ayant pour objectif d'améliorer la gestion de la continence étaient difficiles à mettre en place, mais le modèle Iowa a fourni un outil d'amélioration du processus de mise en pratique de guidelines. Ce modèle a également permis de faciliter l'engagement de personnel et il a soutenu un changement de la pratique attestée par les résultats de l'enquête d'évaluation et le taux d'achèvement de l'outil de documentation sur la continence.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'évaluation était basée sur une seule unité de soins spécialisés et donc la généralisation des résultats à d'autres services gériatriques n'est pas claire. 2. L'évaluation a trouvé un impact positif sur le personnel, mais elle n'a pas étudié les changements réels dans l'incontinence des patients ni les habitudes de miction.
Conséquences et recommandations	<p>Comme cette évaluation utilisait le modèle Iowa pour guider le déploiement de la gestion des soins de continence, les auteurs suggèrent que la prochaine étape de l'enquête examine l'impact de que les lignes directrices sur la continence auront sur les résultats des patients.</p> <p>Ce programme de mise en place de guideline a démontré le besoin du Plan-Do-Study-Act cycles afin d'assurer que l'adoption optimale des meilleures pratiques est intégrée aux processus de l'équipe clinique dans la prestation de soins aux patients.</p> <p>Les stratégies d'application de connaissances ont été utilisées afin de renforcer les capacités et inclure le personnel impliqué dans la planification, dans l'amélioration de la communication entre les équipes et dans</p>

l'uniformisation des soins.

Les résultats de la présente évaluation peuvent être utilisés pour d'autres études scientifiques dans ce domaine afin d'aider à intégrer des interventions fondées sur les preuves dans la pratique et de promouvoir les meilleurs résultats pour les patients.

Grille de lecture critique [traduction libre]

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Lappen, D., Berall, A., Davignon, A., Iancovitz, L., & Karuza, J. (2016). Evaluation of a continence implementation program on a geriatric rehabilitation unit. <i>Perspectives</i> , 39(1), 24-30.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le problème de recherche est présent, le concept également (évaluation de la mise en place d'un programme de continence). La population n'est pas mentionnée
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il a résumé l'essentiel de l'article. Même si les différents chapitres de l'article ne sont pas exactement écrits, nous pouvons y voir l'introduction, la méthode, les résultats et la conclusion de l'article scientifique.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est évoqué au début de l'introduction. La problématique de l'incontinence urinaire est évoquée dans le contexte de l'unité de réadaptation à faible tolérance et à longue durée du centre Baycrest health sciences comprenant trente-deux lits.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Une recension des écrits au lieu au début de l'article scientifique après le résumé de celui-ci jusqu'à la partie « objectif ».
Cadre théorique ou	Les principales théories et	X			Le modèle Iowa a été utilisé comme la théorie

conceptuel	concepts sont-ils définis ?				d'application des connaissances permettant de guider la mise en place du guideline sur la continence.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'article est explicité, mais pas les hypothèses ni la question de recherche. L'objectif de cet article scientifique est d'évaluer la mise en place de lignes directrices et de stratégies de gestion de la continence, intégrées à la pratique clinique dans un service de réadaptation gériatrique. Cette évaluation permet d'informer l'unité de soins sur la mise en pratique des lignes directrices et sur les besoins du personnel.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Le devis de recherche n'est pas clairement explicité dans l'article. Cependant, nous pouvons en déduire qu'il s'agit d'un article quantitatif car les données sont présentées sous forme de tableau et différentes valeurs sont données.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population de cette étude scientifique comprend les infirmiers, les gestionnaires et le personnel paramédical.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		L'échantillon n'est pas détaillé.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Le calcul statistique de la taille de l'échantillon n'est pas nommé, nous ne savons pas s'il est représentatif.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits	X			Les chercheurs ont utilisé des enquêtes afin de procéder à l'évaluation de la mise en pratique des lignes

instruments de mesure	clairement ?				directrices sur la continence urinaire.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Une première enquête sur les besoins a été réalisée afin de déterminer les besoins d'apprentissage et l'adoption de pratiques de soins. Une deuxième enquête a été élaboré permettant d'évaluer l'impact des stratégies mises en place. Un audit des dossiers d'admission concernant les évaluations de la continence urinaire a été mené.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les infirmiers ont été formés à un protocole de soins de continence puis ils ont dû passer deux enquêtes.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?		X		Les auteurs de cette étude n'ont pas mentionné les mesures prises afin de préserver les droits des participants.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Dans les tableaux trois et quatre, des moyennes sont présentées. Cependant nous ne savons pas exactement les analyses statistiques entreprises par les auteurs de cet article.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Dans la partie résultats de l'article scientifique, il y a un résumé narratif clair des résultats obtenus par les chercheurs. De plus des tableaux sont également présents et permettent de visualiser les résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Les résultats de cet article sont interprétés en fonction du modèle Iowa
	Sont-ils interprétés au regard des	X			Dans la partie discussion de cette étude scientifique, les chercheurs font quelques comparaisons avec des études

	études antérieures ?				antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p>Les deux limites de l'étude sont mentionnées et décrites dans le chapitre discussion de l'article :</p> <p>3. L'évaluation était basée sur une seule unité de soins spécialisés et donc la généralisation des résultats à d'autres services gériatriques n'est pas claire.</p> <p>4. L'évaluation a trouvé un impact positif sur le personnel, mais elle n'a pas étudié les changements réels dans l'incontinence des patients ni les habitudes de miction.</p>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les résultats de la présente évaluation peuvent être utilisés pour d'autres études scientifiques dans ce domaine afin d'aider à intégrer des interventions fondées sur les preuves dans la pratique et de promouvoir les meilleurs résultats pour les patients.
	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			<p>Ce programme de mise en place de guideline a démontré le besoin du Plan-Do-Study-Act cycles afin d'assurer que l'adoption optimale des meilleures pratiques est intégrée aux processus de l'équipe clinique dans la prestation de soins aux patients.</p> <p>Les stratégies d'application de connaissances ont été utilisées afin de renforcer les capacités et inclure le personnel impliqué dans la planification, dans l'amélioration de la communication entre les équipes et dans l'uniformisation des soins</p>
Conséquences et recommandations	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche	X			Comme cette évaluation utilisait le modèle Iowa pour guider le déploiement de la gestion des soins de continence, les auteurs suggèrent que la prochaine étape

	futurs ?				de l'enquête examine l'impact que les lignes directrices sur la continence auront sur les résultats des patients.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			C'est un article clair qui présente les chapitres d'un article de recherche scientifique, c'est-à-dire le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion.

Article 6

Grille de résumé [traduction libre]

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Nieman, F., Lagro-Janssen, T., & Winkens, R. (2008). Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. <i>Journal of evaluation in clinical practice</i> , 14(5), 807-811. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00925.x
Introduction Problème de recherche	<p>L'incontinence urinaire est un problème médical très répandu ayant un impact important sur la qualité de vie et entraînant des coûts annuels élevés.</p> <p>En raison du vieillissement de la population, une augmentation supplémentaire de l'incidence et de la prévalence ainsi que des coûts de l'incontinence urinaire est à prévoir. Cependant, sa prévalence est sous-déclarée et sous-diagnostiquée, un fait souvent non reconnu par les fournisseurs de soins de santé. Compte tenu de l'ampleur de ce problème de santé et des coûts élevés, de nombreux experts dans le domaine de la santé expriment leurs doutes quant à l'adhésion adéquate à la diffusion et mise en œuvre des lignes directrices de pratique clinique de l'incontinence urinaires dans les soins primaires.</p>

Recension des écrits	<p>La prévalence de toutes les incontinences urinaires confondues chez les jeunes femmes adultes est de 20% à 30%, passant de 30% à 40% chez les femmes d'âge moyen et de 30% à 50% chez les personnes âgées. Elle est au moins deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.</p> <p>Il existe des lignes directrices mondiales sur la pratique clinique fondées sur des données probantes pour la gestion initiale, l'évaluation et le traitement de l'incontinence urinaire avec des conseils sur le mode de vie, la rééducation de la vessie et le renforcement de la musculature du plancher pelvien, ceci pour tous les professionnels de la santé s'occupant de l'incontinence urinaire. Toutes ces lignes directrices expliquent en général les mêmes messages et les mêmes étapes de gestion. Lorsque les patients atteints d'incontinence urinaire recherchent un professionnel dans de nombreux pays européens, tels que les Pays-Bas, ils iront en premier lieu chez un médecin généraliste.</p> <p>Presque la moitié des patients présentant une incontinence urinaire aux Pays-Bas consultent un médecin généraliste. Ils obtiennent des serviettes d'incontinence sur ordonnance ce qui engendre un montant total des coûts d'environ 112 millions d'euros chaque année (258 euros par patient et par an). Les serviettes hygiéniques sont les interventions les plus coûteuses de toutes les interventions de soin pour l'incontinence urinaire. En 2003, après les coûts des tests capillaires du diabète et du matériel de stomie, les coûts pour les serviettes étaient les plus élevés des dernières années.</p> <p>Les auteurs indiquent que des recherches doivent être effectuées sur la satisfaction des patients concernant les soins qu'ils ne reçoivent pas leur médecin généraliste, ainsi que sur l'adhérence de la part de ces médecins aux lignes directrices concernant l'incontinence urinaire.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les concepts de l'adhérence et de l'incontinence urinaire sont utilisés dans cet article scientifique.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dans quelle mesure les généralistes adhèrent-ils à la GLUI ? 2. Quelles sont les raisons de la (non)adhérence aux différents éléments de la GLUI ? 3. Est-ce que l'adhésion est liée à des caractéristiques spécifiques des médecins généralistes, à des caractéristiques de patients ou à des problèmes logistiques ? <p>But: Évaluer les niveaux d'adhésion et les raisons du non-respect de la ligne directrice sur l'incontinence</p>

	urinaire du Collège des médecins généralistes néerlandais (GLUI)
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'étude transversale appartenant au devis quantitatif.
Population, échantillon et contexte	<p><i>Population</i> : médecins généralistes néerlandais</p> <p><i>Échantillon</i> : n = 949 médecins généralistes, soit 499 médecins généralistes dans le sud-est des Pays-Bas et 450 dans l'ouest des Pays-Bas.</p> <p><i>Contexte</i> : le Collège néerlandais des médecins généralistes.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte de données :</p> <p>La représentativité de l'échantillon pour la région, les heures de travail, le sexe et les années d'expérience des médecins généralistes ont été recoupées avec les données publiées des médecins généralistes néerlandais dans une enquête du système national de soins primaires.</p> <p>Le questionnaire a été envoyé par la poste à 949 médecins généralistes entre janvier 2005 et février 2006.</p> <p>Pour assurer une participation maximale, le questionnaire a été conçu pour être complété dans les 10 minutes.</p> <p>Pour l'intitulé « Questions sur les obstacles et les besoins », l'échelle de Likert en 5 points a été utilisée pour les items ayant des catégories de réponses allant du désaccord total (score 1) à l'accord complet (score 5).</p> <p>Les définitions des types d'incontinence urinaire sont conformes aux normes recommandées par la Société internationale de la continence sauf les définitions avec mention spéciale.</p> <p>L'adhésion attendue était inconnue à l'avance. Par conséquent, pour assurer une erreur-type raisonnablement petite sur l'observance à observer et pour permettre des analyses de sous-groupes sur la variable de résultat, un nombre de 300 médecins généralistes a été initialement supposé nécessaire dans l'analyse des données.</p>

	<p>Instrument de mesure :</p> <p>Questionnaire</p>
Déroulement de l'étude	<p>Dans les enquêtes précédentes, la réponse de médecins généralistes aux questionnaires était de 30% à 40%, de sorte que le nombre de généralistes s'élevait $300 \times (1 / 0,35) = 857$.</p> <p>Dans le sud-est des Pays Bas où il y avait un faible taux d'urbanisation, 499 médecins généralistes ont été choisis au hasard parmi une liste alphabétique de 895 médecins.</p> <p>Dans l'ouest des Pays-Bas où il y avait un taux d'urbanisation élevé, 450 autres médecins généralistes ont été sélectionnés à partir d'une liste d'adresses d'une compagnie d'assurance maladie régionale.</p> <p>Les auteurs de cet article ont utilisé un questionnaire adapté sur les obstructions et les besoins.</p> <p>Premièrement, une version pilote avec 15 répondants a été réalisée. Après des modifications, le questionnaire a été utilisé dans cette étude.</p> <p>Les médecins généralistes ont été interrogés sur leurs diagnostics et ils ont proposé une thérapie pour l'incontinence urinaire.</p> <p>De plus, les chercheurs ont demandé aux généralistes leur opinion sur le guideline, comme leurs connaissances, attitudes, problèmes perçus et besoins du GLUI, et les soins pour les patients avec une incontinence urinaire. Dans la dernière étape, des questions sur les caractéristiques de base des généralistes telles que le sexe, l'âge et l'expérience ont été ajoutés à la liste.</p>
Considérations éthiques	<p>Les considérations éthiques ne sont mentionnées dans cet article scientifique.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement/Analyse des données</p>	<p>Les moyennes et les écarts-types sont indiqués pour les variables.</p> <p>Les fréquences et les pourcentages sont calculés pour les données catégoriques.</p> <p>Les tests de Kolmogorov-Smirnov ont été utilisés pour étudier la normalité des distributions en variables.</p> <p>L'analyse bivariable a été réalisée dans des tableaux croisés (avec les statistiques χ^2) ou par des corrélations (r = Pearson corrélation ou ρ = coefficient de corrélation de rang de Spearman).</p>

	<p>Des tests t de Student indépendants ont été effectués sur des variables normalement distribuées et des tests de Mann Whitney sur des variables non distribuées normalement.</p> <p>Des combinaisons multivariées de données catégorielles appartenant à la même question ont été analysées par des tabulations croisées de plus haut niveau afin de trouver des modèles en réponse.</p> <p>L'analyse multivariée des groupes de variables prévues a été réalisée par analyse factorielle (analyse en composantes principales) en utilisant la suppression par liste des cas manquants.</p> <p>L'alpha de Cronbach a été utilisé pour mesurer la cohérence interne de l'échelle ou des échelles prévues en tant que facteurs.</p> <p>Les échelles finales ont été formées par sommation sur des items appartenant empiriquement à l'échelle divisée par le nombre d'items non manquants.</p> <p>Une valeur p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.</p>
Présentation des résultats	<p><i>Concernant les questionnaires :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 33% des questionnaires ont été retournés. - 6% ont été renvoyés en blanc, soit 6 questionnaires. - 28% questionnaires ont été utilisés pour l'analyse, soit 264 questionnaires. <p><i>Sur les 264 questionnaires :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% hommes (n = 158) avaient rempli le questionnaire - 21% femmes (n = 54) avaient rempli le questionnaire - 20% était de sexe inconnu (n = 52) <p>L'échantillon de 264 médecins généralistes était similaire à la population néerlandaise des médecins généralistes étudiée dans l'enquête nationale sur les soins primaires sur le genre, les années d'expérience professionnelle et les heures de travail par semaine.</p>

Anamnèse afin d'évaluer le type d'incontinence urinaire :

- Presque 99% des médecins généralistes ont indiqué qu'ils ont questionné le patient sur l'incontinence urinaire pendant l'augmentation de la pression abdominale
- 98% des généralistes ont posé des questions sur l'envie d'uriner
- 86 % des médecins ont interrogés leurs patients sur la douleur pendant la miction
- Les questions restantes dans l'anamnèse sont moins utilisées.
- Seulement 14% des généralistes considèrent le rôle de la mobilité et / ou de la dextérité par rapport à l'incontinence urinaire (voir tableau 1).

Examens supplémentaires (examen physique, examen d'urine et journal de miction) :

- Après l'anamnèse, il est recommandé aux médecins généralistes d'examiner le bas-ventre et d'effectuer chez la femme une palpation vaginale bimanuelle et / ou une palpation digitale rectale, également chez les hommes, entre autres pour l'évaluation du plancher pelvien.
- 65% des médecins généralistes ont toujours pratiqué une palpation vaginale bimanuelle.
- 31% des médecins généralistes l'ont fait en cas de problème de prolapsus, d'indication d'incontinence urinaire à l'effort, d'anamnèse peu claire, d'atrophie vaginale et de problèmes climatiques ou pour cause inconnue.
- 46% des généralistes ont déclaré n'avoir jamais effectué de palpation rectale.
- 87% des médecins ont indiqué qu'ils pratiquaient toujours un examen physique du bas-ventre ou seulement après l'anamnèse quand ils suspectent d'urine résiduelle, en cas de douleurs abdominales ou en cas d'antécédents flous.
- 70% des médecins généralistes effectuent toujours une analyse d'urine bien que la GLUI considère que l'analyse d'urine n'est pas toujours nécessaire en cas d'incontinence à l'effort claire.
- 66% des médecins généralistes ne demandent jamais aux patients de tenir un journal de miction bien que cela est conseillé dans le GLUI.

Évaluation de l'incontinence urinaire :

99% des médecins généralistes ont déclaré avoir établi un diagnostic préliminaire fiable et suffisant dans 70% (médiane, min. 20 maximum, 90%) de leurs patients à la suite des procédures de diagnostic.

Utilisation des procédures thérapeutiques :

- Pour une légère incontinence urinaire avec augmentation de la pression abdominale, un médecin généraliste sur cinq, soit 19% des médecins, préféraient attendre et voir, la moitié des médecins généralistes ayant répondu, soit 55% des médecins, ils ont donné des conseils oraux et écrits sur la rééducation de la vessie et / ou l'entraînement autonome du muscle du plancher pelvien comme traitement de premier choix (voir tableau 2).
- Plus l'incontinence urinaire avec augmentation de la pression abdominale était sévère, plus les généralistes se référaient au kinésithérapeute ou à un spécialiste et plus ils prescrivaient des médicaments.
- Comme deuxième choix pour l'incontinence urinaire modérée avec augmentation de la pression abdominale, 45 % des médecins généralistes prescrivaient des médicaments sur ordonnance, dont 31% prescrivaient des anti-muscariniques, des médicaments non indiqués pour ce type d'incontinence.
- En cas d'incontinence urinaire par impériosité et d'incontinence urinaire mixte, les généralistes n'ont pas utilisé des conseils oraux et / ou écrits sur la rééducation de la vessie et / ou l'entraînement du muscle du plancher pelvien, mais ils ont envoyé le patient chez un spécialiste et ils ont prescrit des protections et des médicaments.
- En regardant les «mesures conservatrices» utilisées comme les instructions sur la rééducation de la vessie et l'entraînement du muscle du plancher pelvien, les auteurs ont constaté que le nombre de généralistes ayant déclaré le faire, en premier ou en deuxième choix, ils l'ont fait chez les patients avec une incontinence urinaire avec augmentation de la pression abdominale légère à modérée, soit 83% des médecins, une incontinence urinaire sévère avec augmentation de la pression abdominale, soit 50% des médecins, une incontinence urinaire par impériosité, soit 22% des médecins et une incontinence urinaire mixte, soit 15% des médecins.

Problèmes perçus pour l'adhérence au guideline :

Des 56% des médecins généralistes qui étaient (fortement) d'accord ou pas d'accord avec l'item selon lequel travailler avec le GLUI était un problème, les raisons suivantes ont été identifiées :

1. Le manque de personnel (n = 62, 43%)
2. Le manque de le temps pour effectuer ces soins (n = 56; 39%)

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Le manque d'outils diagnostiques (n = 42, 29%) 4. Le manque de compétences pour donner ces soins (n = 39; 29%) 5. Le fait que les patients ignorent souvent les avantages de ces soins (n = 41, 28%) <p>En raison des fortes corrélations relativement entre les items appartenant aux problèmes rencontrés par le GLUI, les chercheurs ont effectué une analyse factorielle pour tester l'hypothèse qu'ils pourraient se référer au même problème rencontré avec le GLUI.</p> <p>Un facteur principal a été trouvé (alpha de Cronbach = 0.711) et les items ont été résumés en une échelle unidimensionnelle nommé «problèmes de travailler en accord avec la GLUI» (n = 113) avec un score moyen de 3.10 (écart-type = 0.77).</p> <p>Dans une analyse plus poussée, il s'est avéré que les médecins généralistes plus âgés ($R = -0,38$; $P < 0,001$ et $R = -0,55$; $P < 0,001$), qui travaillaient plus d'heures par semaine ($R = 0,24$; $P < 0,001$) et qui voyaient plus de patients atteints d'incontinence urinaire ($R = 0,17$, $P = 0,013$) ont connu plus de problèmes à travailler en conformité avec le GLUI.</p> <p><i>En général :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque tous les médecins généralistes ont adhéré aux lignes directrices - Les médecins généralistes suivent le GLUI partiellement. - La compliance face aux conseils de diagnostic est assez bonne - La compliance face aux conseils de traitement est faible
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de cette étude scientifique révèlent une adhésion partielle aux lignes directrices sur l'incontinence urinaire, laissant une place claire à l'amélioration.</p> <p>Avant de tirer une conclusion sur la base des recherches des auteurs de cet article, les besoins suivants doivent être pris en compte. Le taux de réponse de 28% est similaire à celle d'autres études parmi les généralistes aux Pays-Bas. Il est probable que les non-répondants au questionnaire ont moins de connaissances et moins d'intérêt pour l'incontinence urinaire, ce qui est également signalé dans d'autres études sur l'incontinence urinaire dans la pratique générale. Par conséquent, l'adhésion de la population totale de généralistes peut même être inférieure à l'adhésion rapportée dans cet article. Comme cette étude repose sur des données auto-déclarées, elles peuvent être biaisées dans une direction positive en raison de</p>

réponses socialement souhaitables. En se référant aux résultats de cette recherche, il peut même y avoir plus de raisons de s'inquiéter des soins prodigués aux patients ayant une incontinence urinaire par les médecins généralistes. Malgré le faible taux de réponse, les résultats peuvent encore être généralisés car le nombre de répondants de cette étude était représentatif des médecins généralistes aux Pays-Bas.

Presque tous les généralistes ont adhéré à la GLUI en ce qui concerne le diagnostic du type d'incontinence urinaire. La plupart des généralistes connaissent probablement déjà la mobilité réduite et la dextérité de leurs patients, mais il n'est pas clair si les généralistes sont conscients de la relation possible avec l'incontinence urinaire. Il y avait une grande conformité avec la palpation digitale bimanuelle vaginale chez les femmes, l'examen abdominal et l'analyse d'urine (> 87%). Néanmoins, la palpation digitale rectale a été réalisée beaucoup moins souvent.

Les auteurs peuvent seulement comparer les résultats obtenus par la présente étude sur le respect des lignes directrices avec une étude néerlandaise récente sur les personnes âgées présentant une incontinence urinaire. Dans cette recherche, l'adhérence aux mêmes procédures de diagnostic semblait être plus élevée. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans l'autre étude les médecins généralistes participants ont reçu une formation sur le GLUI avant l'étude et les médecins généralistes ont dû enregistrer leur performance réelle dans la pratique quotidienne. De tous les généralistes, 66% n'ont jamais demandé à leurs patients de faire un journal de miction. La mise à jour de la GLUI de 2006 dit qu'il est important de réaliser un journal contenant des informations sur la fonction vésicale.

Concernant les procédures thérapeutiques, il est remarquable que, bien que pour les cas d'incontinence urinaire avec augmentation de la pression abdominale, les généralistes semblent suivre la ligne directrice de manière adéquate, ils se tournent tout d'un coup vers quelque chose d'irrationnel comme le traitement de premier choix pour l'incontinence urinaire modérée et sévère avec augmentation de la pression abdominale, l'incontinence urinaire d'urgence et l'incontinence urinaire mixte, à savoir la prescription de médicaments ou la référence à un spécialiste. Les auteurs de cet article ne peuvent pas demander les raisons de ce changement, mais ils doivent essayer de trouver des moyens d'améliorer l'adhésion à la GLUI.

Un médecin généraliste sur quatre disait que travailler selon les lignes directrices pose problème. Les raisons les plus importantes que les chercheurs ont trouvées pour que les médecins généralistes ne travaillent pas conformément aux recommandations de la GLUI, à savoir un manque de temps, de personnel, d'outils diagnostiques et de compétences et une faible motivation des patients, sont conformes aux études sur les patients ayant une incontinence en médecine générale. Les obstacles mentionnés se

	<p>retrouvent de nombreux pays et indiquent un besoin potentiel d'initiatives locales pour la mise en œuvre de lignes directrices visant à améliorer la qualité des soins des patients ayant une incontinence urinaire dans les soins primaires et secondaires.</p> <p>En outre, de nombreux pays mettent en place des services intégrés de soins de continence pour améliorer le processus de référence entre les soins primaires et secondaires et pour offrir des opportunités de rester à jour avec les nouveaux développements importants dans la gestion des problèmes de vessie pour tous les professionnels paramédicaux.</p>
Forces et limites	Les forces et les limites de cet article ne sont pas mentionnées par les auteurs.
Conséquences et recommandations	<p><i>Recherches futures :</i></p> <p>Considérant qu'une gestion adéquate de l'incontinence urinaire par le médecin généraliste prend du temps, en particulier en cas de problèmes plus complexes comme l'incontinence urinaire de stress grave, l'incontinence urinaire d'urgence et l'incontinence urinaire mixte, ou comorbidités concurrentes, d'autres recherches devraient être axées sur les solutions permettant d'aider les médecins généralistes à surmonter les principaux obstacles à l'adhérence aux guidelines. Une des solutions peut être que les soins primaires pour l'incontinence urinaire soient fournis par des infirmiers spécialisés, mais des recherches sont nécessaires. Il ressort de la recherche que 50% des personnes atteintes d'incontinence urinaire ne cherchent pas d'aide médicale.</p> <p><i>Recommandations pour la pratique :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le réentraînement de la vessie et l'entraînement musculaire du plancher pelvien sont d'abord une thérapie de choix dans l'incontinence urinaire avec augmentation de la pression abdominale, l'incontinence urinaire d'urgence et l'incontinence urinaire mixte. 2. Un journal contenant des informations sur la fonction vésicale peut aider à clarifier le type d'incontinence urinaire. 3. Les médicaments ne sont pas un traitement de premier choix pour l'incontinence urinaire.

Grille de lecture critique [traduction libre]

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Nieman, F., Lagro-Janssen, T., & Winkens, R. (2008). Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. <i>Journal of evaluation in clinical practice</i> , 14(5), 807-811. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00925.x				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le problème de recherche est présent et les concepts également. Il s'agit de l'adhérence des médecins généralistes au guideline sur l'incontinence urinaire
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Toutes les parties sont présentes : le contexte, l'objectif de l'étude, le devis, la population, les résultats et la conclusion
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est évoqué dans la partie introduction de l'article scientifique. L'incontinence urinaire est un problème médical répandu et qui impacte sur la qualité de vie, de plus, elle engendre des coûts élevés. Avec le vieillissement de la population, la prévalence de ce problème de santé augmente, cependant, elle est sous-diagnostiquée et des questions se posent quant à l'adhérence des guideline existants.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Dans l'introduction de l'article, les auteurs font un résumé des connaissances sur l'incontinence urinaire et les guidelines existants.
Cadre théorique ou	Les principales théories et	X			Concept d'adhérence et d'incontinence urinaire

conceptuel	concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>L'objectif et les questions de recherches sont décrits à la fin du chapitre introduction de l'article scientifique.</p> <p>Questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dans quelle mesure les généralistes adhèrent-ils à la GLUI ? 2. Quelles sont les raisons de la (non)adhérence aux différents éléments de la GLUI ? 3. Est-ce que l'adhésion est liée à des caractéristiques spécifiques des médecins généralistes, à des caractéristiques de patients ou à des problèmes logistiques ? <p>But: Évaluer les niveaux d'adhésion et les raisons du non-respect de la ligne directrice sur l'incontinence urinaire du Collège des médecins généralistes néerlandais (GLUI)</p>
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une étude transversale appartenant au devis quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les chercheurs ont effectué cette recherche auprès des médecins généralistes néerlandais. Elle est définie dans la partie méthode de l'article scientifique.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Dans la partie méthode de l'article, l'échantillon est décrit de manière détaillée.

					n = 949 médecins généralistes, soit 499 médecins généralistes dans le sud-est des Pays-Bas et 450 dans l'ouest des Pays-Bas
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Dans les enquêtes précédentes, la réponse de médecins généralistes aux questionnaires était de 30% à 40%, de sorte que le nombre de généralistes s'élevait $300 \times (1 / 0,35) = 857$.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Il est nommé dans le chapitre « méthode ». Il s'agit d'un questionnaire envoyé par la poste.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Ils ont effectué un questionnaire afin d'évaluer l'adhérence des médecins généralistes aux guidelines sur l'incontinence urinaire. Mais la validité de ce questionnaire est à questionner étant donné qu'il n'y a pas plus de précision quant à sa réalisation.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La procédure de recherche est décrite dans le chapitre méthode de cette recherche scientifique. Une version d'essai a d'abord été proposée à 15 personnes. Après modification, les chercheurs ont envoyé le questionnaire à 949 médecins généralistes. Ils ont été interrogés sur leurs diagnostics et ont proposé une thérapie pour l'incontinence urinaire. De plus, les chercheurs ont demandé aux généralistes leur opinion sur la GLUI, comme leurs connaissances, attitudes, problèmes perçus et besoins le GLUI, et le soin

					<p>pour les patients avec une incontinence urinaire.</p> <p>Dans la dernière étape, des questions sur les caractéristiques de base des généralistes (sexe, âge, expérience) ont été ajoutés à la liste.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?		X		Les considérations éthiques ne sont pas mentionnées dans cet article scientifique.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<p>Les moyennes et les écarts-types sont indiqués pour les variables.</p> <p>Les fréquences et les pourcentages sont calculés pour les données catégoriques.</p> <p>Les tests de Kolmogorov-Smirnov ont été utilisés pour étudier la normalité des distributions en variables.</p> <p>L'analyse bivariée a été réalisée dans des tableaux croisés (avec les statistiques χ^2) ou par des corrélations (r = Pearson corrélation ou p = coefficient de corrélation de rang de Spearman).</p> <p>Des tests t de Student indépendants ont été effectués sur des variables normalement distribuées et des tests de Mann Whitney sur des variables non distribuées normalement.</p> <p>Des combinaisons multivariées de données catégorielles appartenant à la même question ont été analysées par des tabulations croisées de plus haut niveau afin de trouver des modèles en réponse.</p> <p>L'analyse multivariée des groupes de variables prévues a été réalisée par analyse factorielle (analyse en composantes principales) en utilisant la suppression par</p>

				<p>liste des cas manquants.</p> <p>L'alpha de Cronbach a été utilisé pour mesurer la cohérence interne de l'échelle ou des échelles prévues en tant que facteurs.</p> <p>Les échelles finales ont été formées par sommation sur des items appartenant empiriquement à l'échelle divisée par le nombre d'items non manquants.</p> <p>Une valeur P inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont présentés sous forme de texte, répartis par thème, et sous forme de tableau.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X		Il s'agit de l'adhérence
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		Les chercheurs font référence à d'autres études effectuées dans la discussion de l'article.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X	Les limites de cette recherche ne sont pas explicitées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Malgré le faible taux de réponse, les résultats de cette étude peuvent encore être généralisés car le nombre de répondants de cette étude était représentatif des médecins généralistes aux Pays-Bas.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la	X		A la fin de cet article, les auteurs ont fait un chapitre intitulé « recommandations pour la pratique »

	pratique clinique ?				<ol style="list-style-type: none"> 1. Le réentraînement de la vessie et l'entraînement musculaire du plancher pelvien sont d'abord une thérapie de choix dans l'incontinence urinaire avec augmentation de la pression abdominale, l'incontinence urinaire urgence et l'incontinence urinaire mixte. 2. Un journal contenant des informations sur la fonction vésicale peut aider à clarifier le type d'incontinence urinaire. 3. Les médicaments ne sont pas un traitement de premier choix pour l'incontinence urinaire.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			D'autres recherches devraient être axées sur les solutions permettant d'aider les médecins généralistes à surmonter les principaux obstacles pour faciliter le respect des directives (remplacement des tâches par des infirmiers spécialisés, réduction du seuil de référence et concentration des compétences dans les services de continence intégrés).
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			<p>C'est un article clair qui présente tous les chapitres d'un article de recherche scientifique, c'est-à-dire le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion. Les tableaux sont clairs et faciles à comprendre.</p> <p>Les différents chapitres sont clairs, les tableaux bien construits et expliqués, mais l'article reste synthétique.</p>

Appendice C

Les concepts clés de l'école du caring

Le caring peut être considéré comme une philosophie ou une théorie de soins. Selon l'école du caring de Watson, les infirmiers doivent tenir compte de quatre concepts centraux (Pépin et al., 2010, p.70).

Le premier fait référence à la personne ou à l'« être dans le monde qui perçoit des choses, qui vit des expériences et qui est en continuité dans le temps et dans l'espace. [...] l'âme le corps et l'esprit sont influencés par un changement de la perception de soi » (Watson, 1997, 1999a, cité dans Pépin & al., 2010, p.70).

Le deuxième inclut l'environnement qui englobe le monde physique, matériel, spirituel et existentiel de la personne (Watson, 1999a, 1979, 2008, cité dans Pépin & al. 2010).

La santé représente le troisième concept. (Watson, 1997, 1999a, cité dans Pépin & al., 2010, p.70). La santé est « l'unité et de l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit » Selon cette même théorie, le soin correspond à un échange entre deux personnes dont une s'engage dans le caring.

Finalement, les soins infirmiers ont comme finalité de soutenir la personne à trouver une harmonie entre les trois sphères faisant partie d'un individu, c'est-à-dire l'âme, le corps et l'esprit (Watson, 1997, 1999a, cité dans Pépin & al., 2010).

Appendice D

Les facteurs caratifs de Watson

9. L'échelle d'Interactions Infirmière-Patient – version 70 items – Infirmière (EIIP-70I)

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
A – L'humanisme : Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste						
1	Les considérer comme des individus à part entière, de ne pas seulement m'intéresser à leur problème de santé.	1	2	3	4	5
2	Essayer de voir les choses de leur point de vue.	1	2	3	4	5
3	Les accepter tels qu'ils sont, sans porter de jugement (ex. : ethnie, valeurs, opinions, etc.).	1	2	3	4	5
4	Leur démontrer du respect ainsi qu'à leurs proches.	1	2	3	4	5
5	Ne pas avoir une attitude choquante.	1	2	3	4	5
6	Être humain(e) et chaleureux(se) avec eux et leurs proches.	1	2	3	4	5
B – L'espoir : La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir						
7	Démontrer que je serai là pour eux s'ils en ont besoin.	1	2	3	4	5
8	Les encourager à avoir confiance en eux.	1	2	3	4	5
9	Attirer leur attention sur les aspects positifs les concernant et concernant leur état de santé.	1	2	3	4	5
10	Souligner leurs efforts.	1	2	3	4	5
11	Les encourager à garder espoir, lorsque c'est approprié.	1	2	3	4	5
12	Les aider à trouver la motivation pour améliorer leur état de santé.	1	2	3	4	5
13	Tenir compte de ce qu'ils savent sur leur situation de santé.	1	2	3	4	5
C – La sensibilité : La culture d'une sensibilité à soi et aux autres						
14	Leur demander comment ils aimeraient que les choses soient faites.	1	2	3	4	5
15	Me montrer sensible à leurs sentiments et à ceux de leur proche, par exemple l'inquiétude engendrée par l'état de santé.	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
16	Savoir choisir le bon moment pour discuter avec eux de leur condition et des étapes à venir.	1	2	3	4	5
17	Savoir exprimer de façon appropriée mes propres sentiments vis-à-vis leur situation.	1	2	3	4	5
18	Les sensibiliser à ce que vivent leurs proches quant à leur situation.	1	2	3	4	5
19	Tenir leurs proches au courant de leur état de santé (avec leur accord).	1	2	3	4	5
D – La relation : Le développement d'une relation d'aide et de confiance						
20	Les écouter attentivement quand ils parlent, ainsi que leurs proches.	1	2	3	4	5
21	Me présenter en précisant mon nom et ma fonction.	1	2	3	4	5
22	Répondre dans un délai convenable lorsqu'ils m'appellent.	1	2	3	4	5
23	Respecter mes engagements, c'est-à-dire faire ce que j'ai dit que je ferais.	1	2	3	4	5
24	Ne pas sembler pressé(e) ni occupé(e) quand je m'occupe d'eux.	1	2	3	4	5
25	Ne pas leur couper la parole.	1	2	3	4	5
26	Ne pas confronter trop brusquement leurs façons de penser et d'agir.	1	2	3	4	5
E – Les émotions : La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs						
27	Les encourager à exprimer librement ce qu'ils ressentent.	1	2	3	4	5
28	Garder mon calme quand ils sont en colère.	1	2	3	4	5
29	Les aider à comprendre les émotions qu'ils ressentent dans leur situation.	1	2	3	4	5
30	Ne pas être moins présent(e) lorsqu'ils vivent des moments difficiles.	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
31	Les aider à composer avec leurs émotions difficiles.	1	2	3	4	5
32	Leur laisser exprimer leur peine, leur tristesse, leurs peurs,...	1	2	3	4	5
F – La résolution de problème : L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prises de décision						
33	Les aider à se fixer des buts réalistes en tenant compte de leur état de santé.	1	2	3	4	5
34	Les aider à composer avec le stress découlant de leur état de santé ou de leur situation générale.	1	2	3	4	5
35	Les aider à voir les choses d'une façon différente.	1	2	3	4	5
36	Les aider à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement leurs problèmes.	1	2	3	4	5
37	Chercher à identifier avec eux les conséquences de leurs comportements.	1	2	3	4	5
38	Les renseigner, ainsi que leurs proches, sur les ressources adaptées à leurs besoins (ex. : autres professionnels, groupes d'entraide, CLSC, etc.).	1	2	3	4	5
G – L'enseignement : La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel						
39	Les aider à identifier et formuler des questions à poser au sujet de leur maladie et de leur traitement.	1	2	3	4	5
40	Vérifier s'ils ont bien compris les explications, ainsi que leurs proches.	1	2	3	4	5
41	Leur donner l'information nécessaire ou rendre l'information disponible pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées.	1	2	3	4	5
42	Leur expliquer les soins ou traitements avant de les effectuer.	1	2	3	4	5
43	Ne pas utiliser des termes ou un langage qu'eux ou leurs proches ne comprennent pas.	1	2	3	4	5
44	Leur donner l'occasion de pratiquer les soins qu'ils doivent se donner.	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
45	Respecter leur rythme pour leur donner l'information ou répondre à leurs questions.	1	2	3	4	5
46	Enseigner comment planifier l'horaire et la préparation de leurs médicaments.	1	2	3	4	5
47	Les renseigner sur les indications et les moyens de soulager ou prévenir certains effets secondaires possibles de leurs médicaments ou traitements.	1	2	3	4	5
H – L'environnement : La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction						
48	Comprendre quand ils ont besoin d'être seuls.	1	2	3	4	5
49	Poser des gestes pour assurer leur confort (ex. : leur offrir des massages au dos, les aider à changer de position, ajuster l'éclairage, suggérer des appareils spécialisés, etc.).	1	2	3	4	5
50	Remettre la pièce à l'ordre après s'être occupé(e) d'eux.	1	2	3	4	5
51	Vérifier si leurs médicaments soulagent leurs symptômes (ex. : nausées, douleurs, constipation, anxiété, etc.).	1	2	3	4	5
52	Respecter leur intimité (ex.: ne pas les découvrir inutilement).	1	2	3	4	5
53	Vérifier, avant de les laisser, s'ils ont tout ce qu'il leur faut.	1	2	3	4	5
54	Les aider à clarifier ce qu'ils aimeraient que les personnes significatives leur apportent.	1	2	3	4	5
I – L'assistance : L'assistance dans la satisfaction des besoins humains						
55	Les assister dans leurs soins quand ils ne sont pas capables de les faire par eux-mêmes.	1	2	3	4	5
56	Savoir comment donner les traitements (ex. : injections intraveineuses, pansements, etc.).	1	2	3	4	5
57	Savoir se servir de l'équipement spécialisé (ex. : pompes, moniteurs, etc.).	1	2	3	4	5
58	Faire les traitements ou donner les médicaments à l'heure prévue.	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
59	Encourager leurs proches à les soutenir (avec leur accord).	1	2	3	4	5
60	Surveiller leur état de santé de près.	1	2	3	4	5
61	Les aider à sentir qu'ils ont un certain contrôle sur leur situation.	1	2	3	4	5
62	Savoir quoi faire dans les situations où il faut agir rapidement.	1	2	3	4	5
63	Démontrer de la compétence et de l'habileté dans ma façon d'intervenir avec eux.	1	2	3	4	5
64	Tenir compte de leurs besoins de base (ex. : sommeil, élimination, hygiène, etc.).	1	2	3	4	5
J – Facteurs existentiels : La prise en compte des facteurs existentiels-phénoménologiques						
65	Les aider à se sentir bien dans leur peau.	1	2	3	4	5
66	Reconnaître que la prière, la méditation ou autres peuvent être des moyens de les apaiser et de leur redonner espoir.	1	2	3	4	5
67	Les aider à explorer ce qui est important pour eux dans la vie.	1	2	3	4	5
68	Les aider à explorer la signification qu'ils donnent à leur état de santé.	1	2	3	4	5
69	Les aider à rechercher un certain équilibre dans leur vie.	1	2	3	4	5
70	Prendre en considération leurs besoins spirituels (ex. : prière, méditation, participation à des rites, etc.).	1	2	3	4	5