

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ASI</b>	Association Suisse des infirmiers
<b>ASSM</b>	Académie Suisse des sciences médicales
<b>CII</b>	Conseil international des infirmiers
<b>CIM</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>FCSD</b>	Fondation Canadienne de Santé Digestive
<b>HEdS</b>	Haute Ecole de Santé - Genève
<b>OBSAN</b>	Observatoire Suisse de la Santé
<b>OFS</b>	Office Fédéral de la Statistique
<b>OFSP</b>	Office fédéral de santé publique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>WGO</b>	World Gastro Enterology Organisation

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Critères diagnostiques Rome III pour la constipation fonctionnelle.....	11
<b>Tableau 2</b> : Différences critères Rome III et IV.....	11
<b>Tableau 3</b> : Liste de laxatifs .....	14
<b>Tableau 4</b> : Troubles et solutions de la constipation terminale .....	16
<b>Tableau 5</b> : Récapitulatif des complications.....	17
<b>Tableau 6</b> : PICO.....	28
<b>Tableau 7</b> : Résumé des équations de recherche .....	29
<b>Tableau 8</b> : Tableau synoptique.....	43
<b>Tableau 9</b> : Récapitulatif des nouvelles thérapeutiques.....	49

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Echelle de Bristol pour l'évaluation de la consistance des selles.....	12
<b>Figure 2</b> : Pourcentage de personnes souffrant de troubles physiques à Genève.....	13
<b>Figure 3</b> : Diagramme de flux .....	31

## TABLE DES MATIERES

Déclaration.....	II
Remerciements.....	III
Résumé.....	IV
Liste des abréviations.....	V
Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	V
Table des matières.....	6
Introduction.....	8
1. Problématique.....	9
1.1. Diagnostic.....	10
1.2. Epidémiologie et chiffres-clés.....	12
1.3. Traitements.....	14
1.4. Complications.....	16
2. Cadre théorique.....	18
2.1. Brève description.....	18
2.2. Hiérarchie des connaissances.....	19
2.3. Paradigmes.....	19
2.4. Ecole des pensées.....	19
2.5. Les métaconcepts.....	20
2.6. Les concepts-clés du modèle en lien avec la théorie.....	22
3. Concepts-clés.....	24
3.1. Rôles et interventions infirmières.....	24
3.2. Prévention.....	25
3.3. Qualité de vie.....	26
3.4. Question de recherche finale.....	27
4. Méthode.....	28
4.1. Source d'information et stratégie de recherche documentaire.....	28
4.2. Diagramme de flux.....	31
5. Résultats.....	32
5.1. Tableaux comparatifs.....	32
5.2. Analyse critique des articles retenus.....	42
5.2.1. Facteurs de risque.....	44
5.2.2. Interventions infirmières.....	44
5.2.3. Communication.....	49
5.2.4. Qualité de vie.....	50
6. Discussion.....	52
6.1. Interprétation des résultats.....	52
6.2. Mise en lien avec le modèle de Myra Levine.....	57
7. Conclusion.....	60
7.1. Apports et limites du travail.....	61
7.2. Recommandations.....	62
8. Références.....	63
9. Annexes.....	67
9.1. Pyramide des niveaux de preuve et grades de recommandations.....	67
9.2. Niveaux de preuve selon articles.....	68
9.3. Échelle d'évaluation CAS (Constipation Assesment Scale).....	69
9.4. Echelle d'évaluation du risque de constipation.....	70
9.5. Interventions en fonction de l'évaluation du risque.....	71
9.6. Charte de management.....	72
9.7. Charte de management.....	72
9.8. Echelle d'évaluation du risque.....	73

9.9.	Ligne directrice.....	74
9.10.	Fiche de lecture n°1.....	75
9.11.	Fiche de lecture n°2.....	78

## INTRODUCTION

La constipation est un symptôme touchant toutes les populations et peut être causé par plusieurs facteurs. Selon une revue du World Gastroenterology Organisation (WGO)(Lindberg, G., Hamid, S., Malfertheiner, S., Thomsen, O., Bustos Fernandez, L., Garisch, J., ... Gonvers, J-J., 2010), il existe une prévalence entre 1% et >20% dans le monde occidental et on retrouve le même pourcentage dans d'autres continents.

De par les croyances individuelles, ce symptôme est souvent un sujet tabou et un manque d'informations existe. L'impact sur la qualité de vie des individus atteints peut être considérable dû à la notion d'inconfort qui en découle et des potentielles complications. Pour ces raisons, la constipation est rapportée par les personnes lorsque les symptômes associés sont trop gênants et des interventions à titre curatives sont mises en place pour soulager l'inconfort.

Les notions de rôle infirmier, qualité de vie et prévention ont une place très importante dans la pratique infirmière, il semble alors tout naturel que l'infirmière puisse mettre en place des interventions à titre préventives. En effet, le but étant d'éviter la survenue de constipation et, par là même, le désagrément que celle-ci peut générer en améliorant ainsi la qualité de vie du patient et l'expérience de l'hospitalisation qui s'avère être un facteur favorisant ce symptôme.

Cette revue de littérature a choisi de s'intéresser plus particulièrement à la constipation chez l'adulte hospitalisé. Elle sera axée sur l'exploration d'outils qui aideraient l'infirmier à mieux manager la constipation ainsi qu'à la prévenir, et ainsi empêcher les effets sur la qualité de vie des individus hospitalisés. Enfin la théorie de Myra Levine sera utilisée pour donner une coloration à ce travail en mettant en avant le rôle de l'infirmière, l'axe préventif et la notion de qualité de vie.

## 1. PROBLEMATIQUE

La constipation est une affection qui peut être aiguë ou chronique, selon le classement international des maladies, version 10 (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2008), elle figure dans les « maladies de l'appareil digestif », sous-section « autres troubles de l'intestin ». Actuellement, le CIM-10 est en révision, il s'agit du CIM-11, version bêta dont la dernière mise à jour a été faite le 22 juillet 2017. Il est intéressant de noter que la constipation s'inscrit dans la catégorie « signes ou constatations spécifiques du système digestif ou de l'abdomen » sous-catégorie « autres symptômes spécifiés liés au tractus gastro-intestinal inférieur ou à l'abdomen ». La constipation est donc un symptôme, décrit également comme tel par le WGO.

Causée par plusieurs facteurs, deux mécanismes physiopathologiques en sont responsables. En effet, il s'agit de la constipation de transit qui a trait au trouble de la progression du bol fécal et la constipation terminale qui correspond au trouble de l'évacuation ou dyschésie (Lindberg et al., 2010).

Afin de comprendre cette problématique, il est essentiel de connaître les fonctions principales du gros intestin qui sont le stockage et la concentration des matières non digérées, l'absorption de sels et d'eau, le malaxage et la propulsion de son contenu par le péristaltisme et la défécation. Cette dernière se déclenche par l'augmentation de pression dans le rectum dû au volume des selles. À noter que le système nerveux central peut influencer la motilité et l'activité sécrétrice du tractus gastro-intestinal (Vander et al., 2009).

Les écrits retenus pour la problématique, décrivent la constipation de différentes manières (Balian & Aoudia, 2011; Naveau, 2003; Prudhomme & Brun, 2009; Lindberg et al., 2010). Les auteurs de cette revue de littérature ont décidé de classer la constipation en trois catégories en fonction des affects qui la causent. Ainsi l'accent est mis sur la multi-causalité de ce trouble et on parlera de constipation fonctionnelle, organique ou iatrogène.

Selon le CIM-11, la constipation fonctionnelle est un dysfonctionnement du transit intestinal. Les mauvaises habitudes de vie hygiéno-diététiques, le manque d'activité physique et les troubles psychologiques en sont souvent la cause. A noter que les femmes sont plus souvent sujettes à ce trouble que les hommes (Lindberg et al. 2010). La constipation organique, comme son nom l'indique, est liée aux maladies de l'organe lui-même, notamment le syndrome de l'intestin irritable, diverticulite, cancer, occlusion ou anomalies de la sensibilité rectale, insuffisance musculaire abdominale, anomalie de relaxation du sphincter (anisme). On y inclut également les causes neurologiques, psychologiques, mécaniques, endocriniennes, métaboliques, douleurs locales et les allergies ou intolérances alimentaires.

Finalement, la constipation iatrogène est liée à la prise de médicaments potentiellement constipants. En voici une liste **non exhaustive** : Les opiacés, antidépresseurs, antiépileptiques, antihistaminiques, anti-parkinsoniens, antipsychotiques, diurétiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (Lindberg et al., 2010).

Comme précité, il est difficile d'attribuer une cause à la survenue de la constipation. En effet, il faut considérer tous les axes présentés pouvant favoriser la survenue ou l'aggravation de la constipation.

### 1.1. Diagnostic

Pour l'orientation diagnostique, il y a les aspects susmentionnés à investiguer et aussi les antécédents, habitudes de vie hygiéno-diététique, prise de médicaments, conditions de survenue de la constipation, caractéristiques de l'exonération. Les signes associés tels que des ballonnements, et l'évaluation psychologique, doivent être pris en compte également. Ceci dans le but d'essayer de déterminer s'il s'agit d'une constipation terminale ou de progression (Balian & Aoudia, 2011). Un examen clinique abdominal est recommandé ainsi que des examens complémentaires, si besoin, (coloscopie, manométrie anorectale, défécographie, temps de transit colique, examens sanguins) dans le but d'écarter une maladie sous-jacente (Naveau, 2003; Prudhomme & Brun, 2009).

La fondation de Rome (où elle a été créée ), qui est une organisation à but non lucratif qui s'engage à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de troubles gastro-intestinaux, est composée de scientifiques et de cliniciens qui ont mis sur pied des critères diagnostiques de la constipation. Ces critères sont présentés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 1** : Critères diagnostiques Rome III pour la constipation fonctionnelle

Critères généraux	Critères spécifiques
Présence pendant au moins les 3 derniers mois sur une période de 6 mois	Efforts à la défécation
Critères spécifiques présents lors d'au moins ¼ des défécations	Selles dures ou en morceaux
Critères insuffisants pour un syndrome du côlon irritable	Sensation d'exonération incomplète
Pas de selle, ou selles défaites rares	Sentiment de blocage anorectal ou d'obstruction
	Mancœuvres manuelles ou digitales nécessaires pour faciliter la défécation
	Moins de 3 défécations par semaine

Tiré de Lindberg et al, 2010, p.6-7.

Les critères de Rome III ont été publiés en 2006, une nouvelle version a été publiée en 2016 (critères de Rome IV) et voici les changements :

**Tableau 2** : Différences critères Rome III et IV

Critères de Rome III	Critères de Rome IV
Douleurs abdominales chroniques ou <b>inconfort</b> au moins <b>3 jours</b> par mois dans les 3 derniers mois associés avec au moins deux des points suivants :	Douleurs abdominales chroniques au moins <b>1 jour</b> par semaine dans les 3 derniers mois associés avec au moins 2 des points suivants :
<b>Amélioration</b> avec la défécation	En relation avec la défécation
<b>Début</b> associé avec une modification de la fréquence des selles et l'aspect des selles	Associé avec une modification de la fréquence des selles et de l'aspect



Tiré de Lacy et al., 2016

On note que la douleur est exclusivement mise en avant et qu'elle n'est pas améliorée après l'exonération. La notion de consistance de selles reste inchangée.

D'autre part, la constipation peut être caractérisée par une « fausse diarrhée » qui est l'alternance de phases de constipation et de diarrhée (Balian & Aoudia, 2011).

Selon Lindberg et al. (2010) une anamnèse et un examen physique du patient qui souffre de constipation sont préconisés. Dans leur document, l'échelle de Bristol y est indiquée. Cet outil a été réalisé à l'université de Bristol et publié la première fois en 1997. Son but est de définir le degré de constipation selon la consistance des selles, qui dépend du temps qu'elles ont passé dans le colon (Lindberg et al., 2010). En effet, étant donné que l'une des fonctions du gros intestin est l'absorption de l'eau, il est important de ne pas retenir les selles, autrement elles seront séchées et difficiles à expulser.

**Figure 1** : Echelle de Bristol pour l'évaluation de la consistance des selles

Type 1		Boules dures séparés (scybales), difficile à expulser
Type 2		Selle moulée mais faite de grumeaux apparents
Type 3		Selle moulée mais craquelée
Type 4		Selle moulée lisse et molle
Type 5		Morceaux solides mais mous, clairement séparés les uns des autres et faciles à expulser
Type 6		Selle pâteuse avec des morceaux solides non distincts
Type 7		Selles liquides

*Types 1 et 2 = constipation ; 3 et 4 = idéales ; 5-7 = diarrhéiques*

Tiré de : Lindberg et al 2010, p.7. Echelle de Bristol pour l'évaluation de la consistance des selles (reproduite avec la permission de Lewis SJ and Heaton KW, et al, Scandinavian Journal of Gastroenterology 1997;32:920–4). ©1997 Informa Healthcare

## 1.2. Epidémiologie et chiffres-clés

La constipation affecte une majeure partie de la population, 15% des personnes vivant aux Etats-Unis et au Canada. Il y a une prévalence similaire pour l'Europe (Ostaszkiwicz, Hornby, Millar, & Ockerby, 2011). D'ailleurs, selon Lindberg et al. (2010), il existe une prévalence entre 1% et >20% dans le monde occidental.

Suite à une prise de contact avec l'office fédéral de la statistique [OFS], E.K. Wües (communication personnelle, 13 mai 2016), il s'avère que dans les hôpitaux et ce depuis 1998, les diagnostics des maladies et leurs traitements sont soumis à déclaration par les médecins. Cependant, les personnes souffrant de constipation ne sont pas répertoriées dans les bases de données. Il n'y a donc pas de chiffres précis pour conclure à une prévalence hospitalière en Suisse.

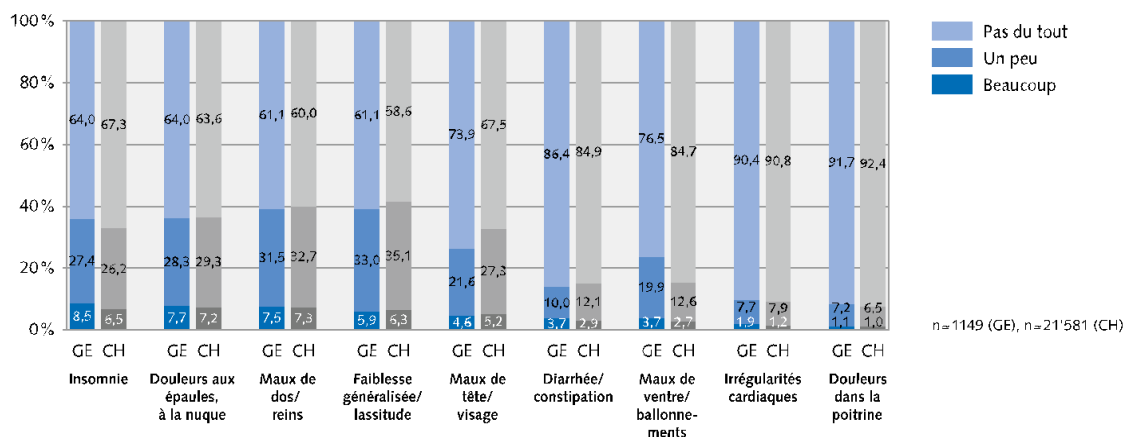


La constipation s'inscrit dans le groupe de maladies physiques. Selon le rapport n°63 « La santé dans le canton de Genève » de l'observatoire Suisse de la santé [OBSAN] en 2015 et en se basant sur l'enquête suisse de la santé de 2012 (Merçay, 2015), 20.1% des Genevois souffrent de troubles physiques qui sont : insomnie, douleurs épaules/nuque, maux de dos/reins, faiblesse généralisée/lassitude, diarrhée/constipation, maux de ventre/ballonnements, irrégularités cardiaques et douleurs dans la poitrine. Ces troubles « peuvent considérablement altérer le bien-être des personnes ». (shiri, Karppinen et al., 2010, cité par Merçay, 2015, p. 37)

**Figure 2** : Pourcentage de personnes souffrant de troubles physiques à Genève

**Troubles physiques**, selon l'intensité, canton de Genève et Suisse, 2012  
(au cours des quatre dernières semaines)

**Fig. 2.14**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

Tiré de Merçay, 2015, p. 38.

Notons que 7,4 % de la population se plaint de diarrhée/constipation/maux de ventre ou ballonnements de manière fréquente et que 22.1% se plaignent de manière moins importante.

### 1.3. Traitements

Deux conduites thérapeutiques sont proposées par les différents auteurs. D'une part, l'instauration de règles hygiéno-diététiques et des laxatifs pour traiter les symptômes.

**Tableau 3 : Liste de laxatifs**

Type de laxatif	Description	Indication	Contre-indication	Effets secondaires	Recommandation d'administration
<u>Lest (mucilages)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agiolax</li> <li>• Colosan</li> <li>• Laxasan</li> <li>• Metamucil</li> </ul>	Composé de fibres végétales qui gonflent en absorbant l'eau pour augmenter le volume des selles	- Côlon irritable - Constipation chronique	Occlusion intestinale, fécalome Maladie aiguë de l'intestin (maladie de Crohn Douleur abdominale Iléus)	Ballonnements, crampes abdominales	Effet après 1-3 jours. Boire suffisamment de liquide pour une efficacité optimale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation à court terme en cas de constipation.</li> <li>• Pour la régulation des selles à long terme</li> </ul>
<u>Lubrifiants ou émoullients</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huile de paraffine</li> <li>• Paragol</li> </ul>	A base d'huile de paraffine, lubrifiant le contenu colique. Ils retardent l'absorption de l'eau. Pas d'effet sur le péristaltisme.	-Constipation -affections qui nécessitent une facilitation de la défécation -lésion anale -hémorroïdes douloureuses	-Affection gastro-intestinales -Affection abdominale aiguë -Iléus -Grossesse -Allaitement	Suintement anal. L'utilisation abusive peut provoquer une mal-absorption des vitamines liposolubles	Effet débute 6 à 8 heures après, utilisation à long terme conseillée pour meilleurs effets. À éviter de prendre le soir en cas de reflux gastro œsophagien. (2h avant le coucher) -Durée du traitement maximum 15 j - A distance des repas
<u>Osmotiques</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Movicol</li> <li>• Transipeg</li> <li>• Fordtran</li> <li>• Pursana</li> <li>• Importal</li> </ul>	A base de lactulose, favorise la rétention d'eau dans le colon en augmentant le volume des selles. Ce qui stimule la motilité du côlon → amélioration du transport propulsif des selles	En première ou deuxième intention ou de manière occasionnelle -Traitement symptomatique de la constipation	Colopathies inflammatoires, syndrome occlusif, douleurs abdominales -Iléus -Maladie inflammatoire de l'intestin sévère (Crohn)	Légère diarrhées et selles liquides, notamment dûes à une posologie trop élevée. Diarrhée et douleurs abdominales	Attention, certains sont à base de sucre, précaution chez la personne diabétique. Ceux qui sont à base de sel, attention chez la personne hypertendue. Action 24-48h après la prise. Ne doit pas être utilisé plus de 3 mois sans prescription médicale (Movicol)

<u>Irritants</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laxoberon</li> <li>• Prontolax</li> <li>• Pursennid</li> </ul>	A base de substances qui provoquent des mouvements moteurs du côlon. En outre, ils provoquent la sécrétion de l'eau et d'électrolytes par le colon. Est activé par les bactéries du colon.	Constipation sévère. -Trouble nécessitant une évacuation facilitée des selles	Occlusion intestinale, fécalome, colopathie inflammatoire -Ne pas utiliser lors de déshydratation	Météorisme, crampes abdominales, irritation anale. L'utilisation prolongée peut provoquer une atteinte de la muqueuse gastro-colique (mélanoïdose, maladie des laxatifs, déséquilibre électrolytique) -Diarrhées	-Sans prescription médicale, traitement à court terme Peut-être aussi utilisé pendant une durée prolongée (plus d'une semaine (Pursennid)) sous contrôle médical.
<u>Suppositoires et lavement</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clyssie</li> <li>• Glycéro-clys felx</li> </ul>	Stimulent l'exonération par dégagement gazeux, induction du besoin défécatoire ou augmentation du volume des selles.	Surtout indiqué chez les patients ayant une dyschésie, en cas de trouble de l'évacuation. -Constipation terminale, évacuation intestinale avant interventions (rectoscopie)	- Hémorroïdes -Iléus ou subiléus -maladie inflammatoire ou ulcéreuse du côlon -fissures anales ou rectales	Risque de rectite en cas d'utilisation prolongée.	L'utilisation (Clyssie) doit être aussi peu fréquente que possible et ne doit pas être prolongée, au-delà d'une semaine.

Tiré de: Balian & Aoudia, 2011; Donzé & Schaad, 2017; Naveau, 2003; Prudhomme & Brun, 2009; Compendium Suisse des médicaments

D'autre part, en investiguer la cause est un point important car traiter le symptôme n'est pas suffisant. Il est préconisé d'arrêter le médicament constipant, si possible, ou d'anticiper les effets constipants par les laxatifs. Balian & Aoudia (2011), propose des solutions selon le mécanisme physiopathologique. Pour le trouble de la constipation de progression, les mesures hygiéno-diététiques sont mises en avant :

- Repas équilibrés, riches en fibres, boissons suffisantes, activité physique, aller aux toilettes, ne pas ignorer le besoin.

Et pour le trouble de la constipation terminale, selon l'étiologie du problème, plusieurs options sont proposées :

**Tableau 4** : Troubles et solutions de la constipation terminale

<b>Trouble</b>	<b>Solution</b>
Anisme : dysfonctionnement des muscles sphinctériens au cours de la défécation.	Rééducation de l'exonération par biofeedback (physiothérapie)
Troubles de la perception rectale	Suppositoires déclenchant le réflexe exonérateur ano-rectal (type glycérine ou à dégagement gazeux)
Fécalome	Lavements évacuateurs, parfois extraction manuelle

Tiré de : Balian & Aoudia, 2011

#### **1.4. Complications**

Le risque principal en ne traitant pas les signes de la constipation, mais surtout la cause, est de tendre vers un état de constipation chronique concernant la constipation fonctionnelle, qui est pourtant la plus facile à prévenir. Par ailleurs, une complication particulière est la maladie des laxatifs qui entraîne, en général, une déshydratation et un déséquilibre électrolytique. Une prise en charge psychologique est préconisée.

Ensuite, le risque de formation d'un fécalome (selles sèches) peut survenir par déshydratation ou rétention de selles dans le rectum qui va absorber l'eau (sa fonction principale) causant ainsi une occlusion, un inconfort et des douleurs (Prudhomme & Brun, 2009).

Une autre complication pouvant être grave est le syndrome occlusif dû soit à un phénomène de strangulation (ex. complication post opératoire, volvulus) soit à une occlusion (tumeur, fécalome). Ceci peut entraîner « une accumulation de liquide ou gaz en amont de l'obstacle, une distension des organes creux, un œdème pariétal, une hypovolémie par 3<sup>ème</sup> secteur (vomissements), une pullulation bactérienne dans le liquide de stase, une translocation bactérienne, un choc septique, parfois péritonite par perforation distatique colique, puis le décès » (Balian & Aoudia, 2011, p.160).

**Tableau 5 : Récapitulatif des complications**

Constipation chronique
Maladie des laxatifs
Fécalome
Syndrome occlusif
Occlusion
Péritonite
Décès

Notons que ces complications entraînent une diminution de la qualité de vie. En effet, selon un rapport spécial de la Fondation canadienne de la santé digestive (FCSD) « Comprendre la prévalence et l'impact de la constipation au Canada » en 2014, p. 20, « L'impact psychologique de la constipation en termes de stigmatisation, de honte, de silence, d'auto culpabilité et d'impuissance peut faire en sorte que les patients se sentent encore plus touchés par ce trouble qu'à cause des symptômes physiques ». Selon ce rapport, lorsque les symptômes sont soulagés, les patients constatent une amélioration de la qualité de vie.

## **2. CADRE THEORIQUE**

### **2.1. Brève description**

La théorie retenue comme ancrage est celle de Myra Levine. Elle est née en 1920 à Chicago dans l'Illinois et est décédée en 1996 à l'âge de 77 ans. Elle était l'aînée d'une fratrie. Son père avait des problèmes gastro-intestinaux et a été hospitalisé à plusieurs reprises. Elle pense que cela pourrait être la raison pour laquelle elle a eu un si grand intérêt pour les soins infirmiers.

En 1944, M. Levine reçoit son diplôme de l'école des sciences infirmières du comté de Cook. En 1949, elle obtient son baccalauréat en sciences de l'université de Chicago et fait une maîtrise en sciences infirmières de l'université de l'Etat de Wayne en 1962. C'est une femme qui a eu différents postes de travail tout au long de sa carrière, entre autres : infirmière civile au Gardiner General hospital, directrice des soins infirmiers à Drexel Home à Chicago, présidente des soins infirmiers cliniques à l'école des sciences infirmières du comté de Cook ainsi que membre du corps professionnel de l'université de Loyola. Elle a été professeur en soins infirmiers en chirurgie médicale de l'université de Chicago et membre de la Charte de l'académie américaine des sciences infirmières. Elle a également été membre de Sigma Theta Tau Internationale, où elle reçut le prix Elizabeth Russell Beford puis elle reçut un doctorat honorifique de l'université de Loyola en 1992.

Myra Levine a publié deux éditions de son livre « Introduction aux soins infirmiers cliniques ». La première édition parut en 1969 et c'est lors de la deuxième édition, en 1973, qu'elle termine sa théorie conservatoire. L'écriture a été un moyen pour elle d'enseigner les fondements des soins infirmiers qui a mis l'accent sur les soins de sorte à ce que les élèves mettent du sens à leurs actions lors de réalisation de soins. Son intention était que la pratique et la recherche soient utilisées ensemble pour établir les sciences infirmières en tant que science appliquée.

Les personnes qui ont influencé sa pensée infirmière ainsi que son modèle de conservation ont été : Florence Nightingale, Irene Beland, Feynman, Bernard, Waddington, Bates, Wolf, Selye, Gibson, Goldstein, Dubos. Ses expériences personnelles ont aussi influencé sa pensée lorsqu'elle a été hospitalisée ; elle a déclaré que « l'expérience de l'intégrité est universellement reconnue » (Levine, 1996, p39 cité par Parker & Smith, 2010, pp83-84) (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 83-84).

## **2.2. Hiérarchie des connaissances**

Le modèle de M. Levine se situe dans les modèles conceptuels. Dans la hiérarchie des connaissances, les modèles conceptuels se situent avant les théories ainsi que les indicateurs empiriques. Un modèle est plus abstrait qu'une théorie, ce qui peut conduire à des découvertes sur la science infirmière, au vu des préoccupations scientifiques. Le modèle conceptuel offre en général une perspective unique et globale de la profession infirmière grâce à son vocabulaire spécifique. De plus, il permet une augmentation des connaissances propres de la discipline infirmière liée aux recherches découlant du modèle conceptuel. Pour finir, il permet de clarifier la mission professionnelle des infirmières en complétant la conception personnelle. (Alligood & Martha Raile, 2013, traduction libre, pp. 196-214).

## **2.3. Paradigmes**

Le modèle de Myra Levine fait partie du paradigme de l'intégration qui utilise comme approche les soins de santé primaire (prévention). La philosophie de Myra Levine rejoint les infirmières sur leurs pratiques : elles voient l'être humain dans sa globalité et en interaction avec son environnement, son développement, ainsi que l'utilisation de ressources dans le but d'améliorer la qualité de vie (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010). L'être humain est vu de façon holistique, il est actif et interagit de façon dynamique et réciproque avec son environnement, il est indissociable de sa famille. Les expériences familiales sont utilisées comme outil dans la prise en soin. Dans ce paradigme, les soins infirmiers visent à maintenir l'état de santé du patient dans 3 dimensions : santé mentale, physique et sociale. Pour cela, elle va créer un plan de soins qui sera réalisé en fonction des besoins et des ressources du patient tout en tenant compte de ses perceptions (Pepin et al., 2010, p.41).

## **2.4. Ecole des pensées**

École des pensées : École des effets souhaités

L'école des effets souhaités perçoit la personne, la famille ou la communauté comme étant un système en quête d'adaptation ou d'équilibre, on peut même parler d'homéostasie ou de préservation de l'énergie. Les soins infirmiers ont pour objectif de rétablir et favoriser l'atteinte de ce but et d'apporter de la stabilité. Cette école regroupe des théoriciennes qui ont tenté de conceptualiser, dans les soins infirmiers, le résultat ou les effets souhaités en répondant à cette question « Pourquoi les infirmières font-

elles ce qu'elles font ? ». Ils sont inspirés des théories de l'adaptation et du développement, théorie générale des systèmes. S'adapter au changement et répondre aux stimuli en se servant de mécanismes d'adaptation biologiques, psychologiques ou sociaux, qu'ils soient innés ou acquis est le but du modèle. (Alligood & Martha Raile, 2013, traduction libre, pp. 196.214).

## 2.5. Les métaconcepts

*L'environnement :*

Selon M. Levine, il existe deux types d'environnements, l'environnement interne et l'environnement externe.

- I. **L'environnement interne** comprend des aspects physiologiques et physiopathologiques qui peuvent fluctuer dans le temps.
- II. **L'environnement externe** comprend trois niveaux dynamiques et constants qui influencent et peuvent remettre en question l'individu : l'environnement perceptif, l'environnement opérationnel et l'environnement conceptuel.
  - La composante perceptive prend en compte les changements métaboliques et la perception du monde que l'individu peut interpréter à travers ses cinq sens. Cette perception l'aide à chercher, à sélectionner et à tester les informations de l'environnement à la recherche de son identité tout en défendant sa sécurité et son unité.
  - La composante opérationnelle, quant à elle, comprend les éléments externes qui interagissent avec les tissus vivants et qui peuvent affecter physiquement l'individu. Ces éléments ne sont pas perceptibles pour l'individu : les virus, microbes, bactéries, les rayonnements et la pollution.
  - La composante conceptuelle comprend divers items tels que l'aspect culturel, spirituel, les valeurs, les croyances ainsi que les expériences de vie qui influencent les comportements de l'individu.

L'environnement externe va influencer sur l'environnement interne. L'environnement complète l'intégrité de la personne. (Alligood & Martha Raile, 2013, traduction libre, pp. 196-214)(Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 89).



### *La personne :*

Peut être un individu, un groupe, une famille ou une communauté. Myra Levine considère que la personne est un système capable de s'adapter aux interactions constantes avec son environnement tout en défendant son intégrité de la manière la plus économique possible pour le corps. Elle voit l'individu comme un être pensant qui est conscient du passé et orienté vers l'avenir. La personne est en perpétuelle interaction avec l'environnement interne qui est influencé, défié par l'environnement externe, c'est un système ouvert et dynamique qui complète l'individu. Ces divers facteurs remettent en question la personne et son système adaptatif (Alligood & Martha Raile, 2013, traduction libre, pp. 196-214; Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88).

### *La santé :*

La santé et la maladie sont des modèles de changement adaptatif. La santé est une réponse individuelle qui peut changer avec le temps tout en relevant les défis de notre existence (vieillesse, maladie, politique...). Il faut s'adapter pour atteindre l'équilibre entre l'offre en énergie et la demande, malgré la multitude de facteurs physiologiques et psychologiques. Ainsi, le but est de constamment maintenir, conserver et protéger l'intégrité par des réponses adaptatives aux environnements. (Alligood & Martha Raile, 2013, traduction libre, pp. 196-214 ; Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 88).

### *Les soins :*

L'individu va au contact des soins infirmiers lorsque leur modèle adaptatif n'est plus en mesure de les protéger. L'infirmière doit être capable de reconnaître l'état de santé altéré du patient ainsi que les réponses organiques (qui varient en fonction des modifications génétiques, de l'âge, du sexe et des techniques de gestion thérapeutique). Lors de changement de comportement ou un changement lors d'une tentative d'adaptation de l'environnement qui peuvent en découler. L'infirmière doit évaluer les défis physiologiques et pathologiques de l'environnement externe en faisant ressortir les facteurs de risque dans les trois niveaux perceptif, opérationnel et conceptuel.

Les soins infirmiers reposent sur le comportement unique et universel de chaque patient, tout en l'intégrant à la prise en charge. Pour respecter ses limites, sa sécurité et ses capacités. Elle proposera des interventions basées sur les principes de la conservation, en adéquation avec les besoins de chacun. Les interventions sont présentes pour

améliorer l'état de santé du patient (thérapeutique) ou pour favoriser son confort (soutien). Ceci a pour but de maintenir l'intégrité et l'énergie de la personne afin de promouvoir son système adaptatif. (Levine , 1977, p.845, cité par, Parker & Smith, 2010, p. 90). Elle doit interposer ses connaissances et des actions planifiées pour aller vers un bien-être biopsychosocial, ou au retour des activités quotidiennes compromis par la maladie. En utilisant un processus scientifique ainsi que des capacités créatives pour fournir des soins infirmiers adéquats et personnalisés. L'infirmière teste les hypothèses proposées et met en place des interventions. (Parker & Smith, 2010, p. 90). Les résultats des interventions sont évalués au travers des réponses organiques.

## **2.6. Les concepts-clés du modèle en lien avec la théorie**

Le choix s'est porté sur le modèle de Myra Levine comme pré-expliqué. Cette dernière se base sur l'adaptation et la conservation d'un équilibre. La problématique du sujet de cette revue démarque que les personnes atteintes de constipation ont une baisse de leur qualité de vie ainsi qu'une baisse d'estime de soi. Le modèle décrit la conservation comme un équilibre entre l'offre et la demande de l'énergie dans la réalité biologique.

La conservation, l'adaptation et la plénitude sont les trois concepts clés du modèle. Ce dernier, se base sur l'adaptation et la conservation d'un équilibre. (Alligood & Martha Raile, 2013, traduction libre, pp. 196-214).

- I. **La conservation** est le concept central du modèle qui vise à atteindre un équilibre entre l'offre et la demande en énergie. L'objectif est de s'adapter à l'environnement interne et externe pour atteindre la plénitude, le bien-être. Ce principe se divise en quatre catégories :
  - Tout d'abord, la conservation de l'énergie correspond à l'équilibre biologique de la personne entre l'environnement interne et l'environnement externe.
  - Ensuite, la conservation de l'intégrité structurelle dépend du système immunitaire (part de génétique) qui pourra soutenir, supporter la guérison et la réparation de la structure (corps) ainsi que le fonctionnement de l'ensemble de la personne. C'est aider la personne à promouvoir son bien-être physique par les soins tout en améliorant sa qualité de vie.
  - Puis, la conservation de l'intégrité personnelle traite de l'être holistique dans le but du maintien de l'unicité de la personne, du sens qu'elle donne à sa vie et de

la prise de conscience d'elle-même tout en l'incluant dans les soins. Pour faire le lien avec le modèle dans l'axe de la conservation personnelle et de la problématique, il faut travailler sur l'estime du patient. En effet, l'intégrité personnelle englobe le sens que donne la personne à sa vie et la réalisation de celle-ci. Lors de constipation, les patients ayant une perte d'estime de soi auront certainement de la peine à retrouver un élan de vitalité et à se réaliser pleinement.

- Finalement, la conservation de l'intégrité sociale reconnaît l'individu comme un être qui fonctionne au sein d'une société qui l'aide à établir les limites de soi. La valeur de l'individu est reconnue avec une appréciation de son environnement social (famille, communauté, groupe religieux, ethnique, système politique etc...). Il vise à ce que la personne puisse interagir avec ses pairs. (Alligood & Martha Raile, 2013). Concernant l'intégrité sociale, s'agissant d'une pathologie souvent banalisée et tabou, les personnes peuvent se sentir ballonnées, fatiguées, ressentent des douleurs abdominales et de la gêne à en parler, se mettent à l'écart. Ils ont donc une baisse de l'estime de soi.

Dans la problématique de la constipation en milieu hospitalier, les conservations importantes sont la conservation de l'intégrité personnelle et de l'intégrité sociale.

- I. **L'adaptation** est le deuxième concept important dans le modèle de M. Levine. Il s'agit des ressources internes et externes de la personne, qui vont l'aider à s'adapter aux situations. Ces ressources individuelles vont l'aider à maintenir son intégrité malgré la réalité environnementale. (Alligood & Martha Raile, 2013). L'adaptation est un processus qui dure toute la vie et qui vise la conservation, en vue de maintenir l'intégrité de l'individu en contrôlant et en économisant ses ressources. Chaque espèce, chaque individu possède des modèles uniques de réponse fixes conçues pour assurer les activités essentielles à la vie (ex : actes de la vie quotidienne). Chaque individu a une palette de réponses adaptées aux circonstances et ses réponses varient selon l'hérédité, l'âge, le genre ou les défis des expériences qu'apporte la maladie (par exemple : la réponse d'une faiblesse du muscle cardiaque est l'augmentation de la fréquence cardiaque). Donc le moment et la manifestation de la réponse organique sont uniques et propres à chaque individu.

Le concept de qualité de vie et le concept d'adaptation peuvent être mis en lien puisque ce dernier prend en compte le passé de la personne, son âge et la

maladie à laquelle elle est confrontée. Alors, la constipation aurait une définition propre à chacun et l'inconfort que celle-ci peut provoquer est subjectif et varie selon l'expérience de la personne. Ainsi, la réponse adaptative dépend de la personne et des ressources dont elle dispose. De plus, la problématique prend en compte la banalisation et le tabou (conservation de l'intégrité sociale) qui sont un des enjeux principaux.

- II. **La plénitude** est le troisième concept et l'objectif final du modèle. En effet, les processus d'adaptation continus permettent à la personne d'assurer l'intégrité et ce, grâce aux principes de la conservation. Selon Levine, la conservation est une loi essentielle et explique que les individus mettent en place des stratégies pour le maintien de l'intégrité visant à une amélioration de la qualité de vie, peu importent les circonstances. (Alligood & Martha Raile, 2013; Parker & Smith, 2010).

### **3. CONCEPTS-CLES**

#### **3.1. Rôles et interventions infirmières**

Selon Junger, A., Guex-Jeanprêtre, A., Berthou, A. (2003), les interventions des soins infirmiers sont définies par :

L'ensemble d'actions organisées en vue d'atteindre un objectif infirmier. Cet objectif s'inscrit selon l'académie suisse des sciences médicales, dans le rôle infirmier qui est de promouvoir un environnement sain, la recherche et la participation infirmière dans les politiques de santé, les systèmes de santé et l'éducation. (p.27)

L'infirmière doit : "promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance." (Code déontologique du conseil international des infirmiers pour la profession infirmière (CII), 2012, p.1). Elle doit aussi suivre des formations continues pour entretenir ses connaissances et les actualiser, cela dans le but de prodiguer des soins corrects dans les normes de sécurité tant pour elle que pour les patients.

Connaissant l'importance du rôle infirmier et en l'intégrant dans la prise en soin des personnes constipées, il est intéressant de distinguer les interventions préventives et curatives. Ainsi, les interventions préventives sont en lien avec les recommandations hygiéno-diététiques et l'administration de laxatifs. Cependant, ces mêmes interventions préventives peuvent être appliquées de manière curative lors de la survenue de la constipation. Alors, comment nuancer ces interventions et les mettre à profit du

patient afin de prévenir l'inconfort que la constipation peut provoquer ?

La composante préventive prend son sens dans cette problématique et selon le rapport de prévention et promotion de la santé en Suisse (2007), élaboré par l'Office Fédéral de Santé Publique [OFSP], ressortent les caractéristiques suivantes :

La prévention et la promotion de la santé permettent non seulement de conserver et d'améliorer la santé et la qualité de vie de l'individu, mais aussi de renforcer la productivité de la société ainsi que de conserver la capacité à travailler de la population et la productivité du secteur économique (p.1).

### **3.2. Prévention**

La prévention peut se faire à trois niveaux, elle est dite première, secondaire ou tertiaire. Selon l' [OMS] cité dans le rapport Flajolet (2001), la prévention primaire est « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population (...) » (p.1), dès l'apparition de celle-ci. Ensuite, la prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie. Le but est d'agir au début d'apparition de troubles ou de pathologies afin d'éviter leur évolution. Finalement la prévention tertiaire se caractérise par la réadaptation du patient en visant la dimension médicale, sociale et psychologique. De plus, elle vise à diminuer les effets et les conséquences d'une pathologie et/ou de son traitement. Dès lors, le rôle infirmier va de pair avec la prévention. Selon le CII nommé dans un document de l'Association Suisse des infirmières et infirmiers (ASI) « les soins infirmiers en Suisse perspective 2020 » rédigé en 2011 :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. (p. 6).

Pour compléter, selon l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) (nommé dans le même document) :

Les soins infirmiers contribuent au développement et au maintien de la santé ainsi qu'à la prévention des risques pour la santé ; ils soutiennent les personnes durant leur traitement et les aident à faire face aux effets des maladies et des thérapies y relatives, dans le but d'atteindre les meilleurs résultats possibles dans les traitements et les soins, et de maintenir la qualité de vie la meilleure possible à toutes les périodes de la vie et jusqu'à la mort. (p.6).

### 3.3. Qualité de vie

Selon l' [OMS], la qualité de vie est « une perception qu'a un individu de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1997, traduction libre, p.1).

Le sentiment de bien-être entre également en compte et comprend différents aspects, à savoir : physique, mental, social et spirituel. Ainsi, la qualité de vie serait la perception et la capacité qu'a l'individu, à vivre en équilibre avec son environnement et ses caractéristiques internes. La qualité de vie dépend de chaque individu et est en lien avec ses expériences, ses habitudes de vie actuelles et futures, ainsi que ses ambitions. (Boukar, F. (2016). Le concept de qualité de vie [Présentation PowerPoint]. Accès : [https://cyberlearn.hes-so.ch/course/view.php?id=8099.](https://cyberlearn.hes-so.ch/course/view.php?id=8099))

« La promotion de la qualité de vie est à la base de la discipline infirmière » (Debout, 2009 cité par Boukar, F. 2016, p.21)

Un élément important de la constipation est l'impact psychologique. On parle souvent de stigmatisation, de honte, de silence, de culpabilité et d'impuissance. Alors, le patient se sent plus touché par ce trouble que par les symptômes physiques. Ainsi, il est souvent trop gêné pour en parler à ses proches ou à son médecin. La constipation provoque une diminution notable de la qualité de vie avec des complications physiques et psychiques nuisant au bien-être de la personne. La qualité de vie s'améliore dès les interventions visant à soulager les symptômes.

Ainsi, l'impact sur la qualité de vie est tant au niveau social qu'économique. Les individus souffrant de constipation auront une baisse de la productivité au travail, 13% n'iraient pas au travail et à l'école. La constipation peut avoir un effet stigmatisant par la population, les individus touchés se mettent volontairement en retrait parce qu'ils n'osent pas en parler. Pour eux, la constipation est un sujet qui induit la honte, la gêne. Ces impacts psychologiques peuvent être plus forts que les symptômes physiques.

Le coût annuel des soins liés à la constipation est de 7500 dollars pour chaque individu constipé au Canada. Ces frais sont en lien avec la qualité de vie, c'est une somme pour les patients (FCSD, 2014).

Pour agir sur la qualité de vie, il faut prodiguer des actes de prévention tels que :

Conseiller une alimentation équilibrée, riche en fibre, manger des pruneaux, boire 2L d'eau par jour, avoir une activité physique régulière. Ces actions agissent sur les intestins en améliorant le péristaltisme pour certains, en les hydratant pour d'autres. (Lindberg et al. 2010). Ceci peut aider à diminuer les symptômes de constipation, ce qui

agira sur la qualité de vie du patient.

En seconde intention, il y aura des interventions curatives qui seront prodiguées avec différents traitements laxatifs, en addition à des éléments hygiéno-diététiques susmentionnés. Comme vu précédemment, il y a plusieurs laxatifs qui agissent par différents mécanismes, tous dans le but d'augmenter le volume de selles ou changer leur texture pour pouvoir les éliminer. En donnant le bon laxatif, les symptômes de constipation seraient améliorés, ce qui entraînerait une amélioration de la qualité de vie.

### **3.4. Question de recherche finale**

L'élaboration de la problématique a mis en évidence la nuance entre les actions à titre préventives et celles à titre curatives, ainsi que l'importance qu'il faut y accorder. Il a été mis en avant l'importance du rôle infirmier dans la prévention de cette problématique à l'hôpital. De plus, il serait pertinent d'attendre une amélioration de la qualité de vie par des actions préventives. Suite aux recherches effectuées, la question de recherche suivante a été définie :

Les interventions infirmières préventives, auprès des patients hospitalisés permettraient-elles de diminuer le risque de survenue de constipation et améliorer la qualité de vie de ceux-ci ?

## 4. METHODE

Afin de répondre à la question de recherche, plusieurs étapes ont été réalisées dans le but de trouver des articles scientifiques qui permettent d'éclairer la problématique. Tout d'abord, il a été nécessaire d'identifier les concepts-clés de la question de recherche et ceci a été effectué grâce à la méthode PICO. Les mots-clés principaux ont été traduits dans des termes MESH (Medical Subject Headings, termes spécifiques au domaine biomédical) puis insérés dans les différentes bases de données afin d'obtenir des articles. Ces derniers ont été sélectionnés et filtrés selon certains critères.

### 4.1. Source d'information et stratégie de recherche documentaire

Pour réaliser la recherche, les bases de données utilisées sont Cinahl, Pubmed ou Google Scholar afin de trouver des articles scientifiques pertinents. Les principaux concepts et résultats des recherches préliminaires ont donné lieu aux mots pour créer le PICO et ensuite les traduire en MESH terms pour la recherche.

Par ailleurs, les MESH terms trouvés ont été introduits par combinaison dans les différentes bases de données dans le but d'obtenir une spécificité et diversité d'articles. Ci-dessous les mots-clés du PICO et la traduction en MESH terms.

**Tableau 6 : PICO**

	<b>P</b> <b>Population</b>	<b>P</b> <b>Pathologie</b>	<b>I</b> <b>Intervention</b>	<b>C</b> <b>Comparaison</b>	<b>O</b> <b>Outcome</b>
<b>Mots-clés</b>	Adultes hospitalisés	Constipation	Intervention préventive	Hôpital	Qualité de vie
<b>Terme MeSH</b>	Adult	Constipation	Early intervention	Hospitalization	Quality of life
<b>Termes MeSH supplémentaires</b>	Constipation in adult	Constipation, fecal impaction, diagnosis, guidelines	Prevention, laxatives, nursing care, nursing, opiates, therapeutic use, roles, nurse's		Ethics, prevalence

Les différentes combinaisons (tableau 7) de recherches avec les MESH terms et les opérateurs booléens suivants : [AND], [OR], [NOT], ont été introduits dans les bases de données Pubmed et Cinhal en janvier 2017, dans le but d'obtenir les articles scientifiques correspondant à la question de recherche. Etant donné que parfois les résultats comprenaient un grand nombre d'articles, afin d'en obtenir les plus pertinents, un filtre a



été appliqué retenant les articles des années 2006 à 2016. En outre, d'autres combinaisons de recherches ont donné des résultats qui n'ont pas nécessité l'utilisation de filtres (2006-2016, Europe, all adult, Exclude Medline Records). Par ailleurs, sur la base de données Cinahl, un filtre excluant les articles trouvés sur Pubmed a été introduit. Les résultats ont été choisis selon la pertinence du titre et de l'abstract par rapport à la question de recherche. Après lecture, les critères d'exclusion étaient les suivants : L'âge de la population, c'est à dire les enfants et les personnes âgées, le titre qui ne correspondait à la question de recherche, Extrahospitalier et la non concordance entre la question de recherche et les résultats.

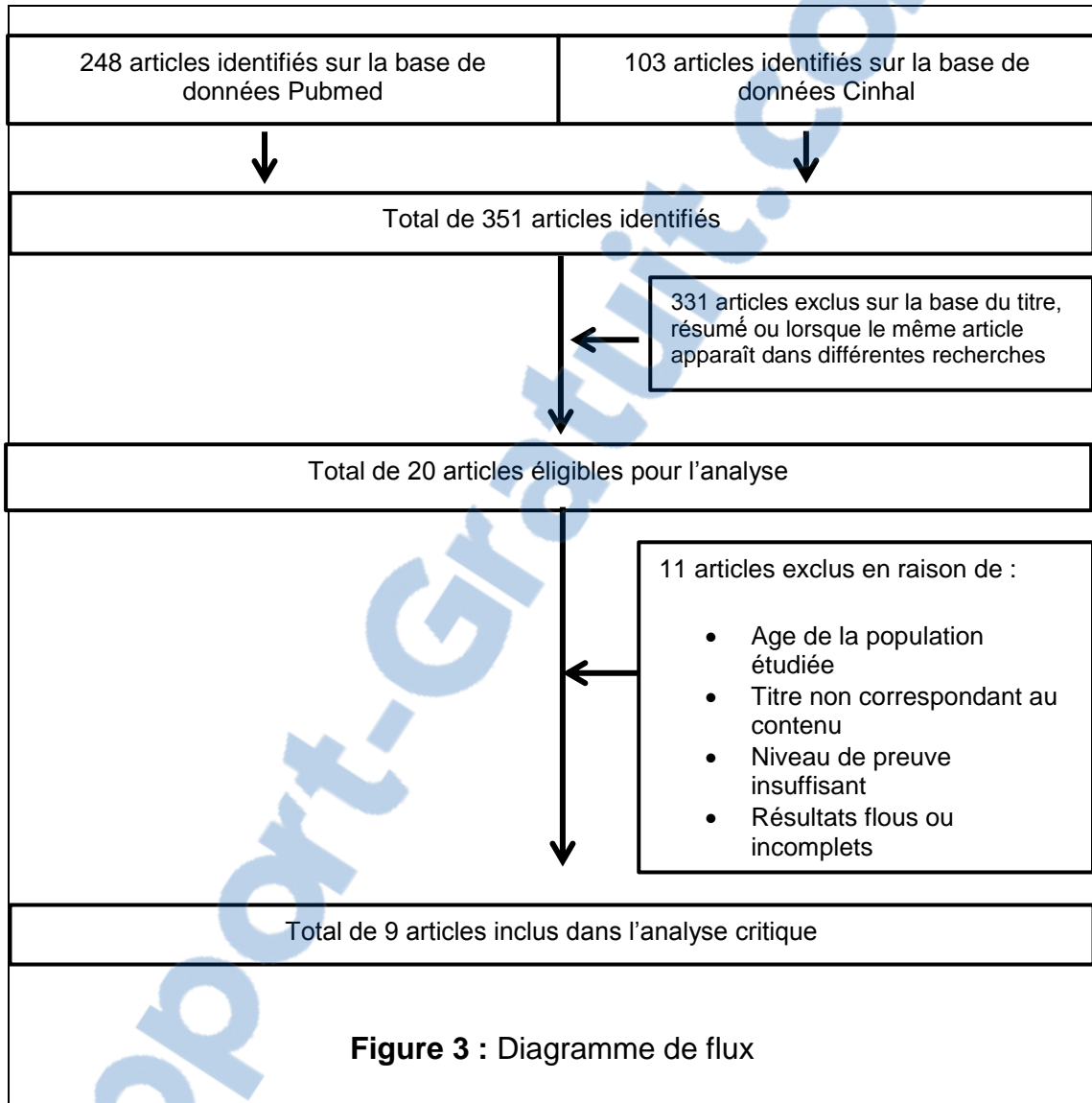
**Tableau 7 : Résumé des équations de recherche**

<b>Bases de données et date</b>	<b>Equation</b>	<b>Filtres</b>	<b>Résultats</b>
Pubmed, Janvier 2017	Laxatives AND nursing care AND constipation	2006-2016	5 résultats dont 1 article retenu
Pubmed, Janvier 2017	Nurse OR nursing care OR nursing AND constipation	2006-2016	89 résultats dont 0 retenu
Pubmed, Janvier 2017	Constipation AND nursing care	2006-2016	38 résultats dont 0 retenu
Cinahl, Janvier 2017	Constipation in adults AND nursing care	2006-2016, Europe, all adult, Exclude Medline Records	20 résultats dont 0 retenu
Cinahl, Janvier 2017	Constipation in adults AND quality of life	2006-2016, Europe, all adults, Exclude Medline Records	15 résultats dont 2 retenus
Cinahl, Janvier 2017	constipation in adults AND early intervention AND prevention	2006-2016, Europe, all adults, Exclude Medline Records	1 résultat dont 0 retenu
Cinahl, Janvier 2017	Constipation prevention AND quality of life	2006-2016, Europe, all adults, Exclude Medline Records	11 résultats dont 2 articles retenus
Cinahl, Janvier 2017	Constipation intervention AND quality of life AND nursing care	2006-2016, Europe, all adults, Exclude Medline Records	19 résultats dont 1 article retenu

Cinahl, Janvier 2017	Constipation AND ethics AND nursing care	2006-2016	1 résultat dont 1 article retenu
Pubmed, Janvier 2017	Constipation AND laxatives AND opiates	2006-2016	48 résultats dont 1 article retenu
Pubmed, Janvier 2017	Constipation AND prevalence AND hospitalization	2006-2016	4 résultats dont 1 article retenu
Pubmed, Janvier 2017	Constipation OR fecal impaction OR therapeutic use AND roles, nurse's		57 résultats dont 2 articles retenus
Pubmed, Janvier 2017	Constipation AND diagnosis AND laxatives and guidelines	2006-2016	7 résultats dont 1 article retenu
Cinahl, Janvier 2017	constipation AND therapeutic use AND quality of life	Exclude medline records	51 résultats dont 2 articles retenus

## 4.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 6 ci-dessous.



## **5. RESULTATS**

Suite à l'identification de 9 articles grâce à la méthode décrite, ceux-ci ont été lus et synthétisés sous forme de tableaux comparatifs et synoptiques afin de mettre en avant les thématiques principales retenues. La sélection d'articles a permis de répondre partiellement à la problématique « Les interventions infirmières préventives auprès des patients hospitalisés permettraient-elles de diminuer le risque de constipation et améliorer la qualité de vie de ceux-ci ? » et inclut :

- 3 revues de littérature
- 1 étude de cohorte
- 1 étude de corrélation transverse
- 1 étude qualitative
- 1 essai contrôlé randomisé
- 1 étude comparative
- 1 article de revue qualitatif

La pyramide des preuves et les grades de recommandations (annexe 1) ont permis de classer les articles par niveau de preuve (annexe 2).

### **5.1. Tableaux comparatifs**

Des tableaux résumant les résultats ont été réalisés. Ils sont présentés ci-dessous et organisés par date de publication du plus récent au plus ancien.

**Tableau 1 : Management of opioid constipation**

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Prichard, D., Norton, C., Bharucha, A.D. (2016)	<p>Patients traités par opioïdes pour des douleurs.</p> <p>Revue de littérature composée de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 single trial</li> <li>3 études cohorte</li> <li>3 études rct</li> <li>2 essais cliniques</li> <li>1 étude pilote</li> </ul>	<p>L'auteur traite de la constipation induite par les opioïdes et propose des thérapies pouvant optimiser l'utilisation des opioïdes combinés avec des laxatifs ce qui permettrait de prévenir la constipation.</p>	<p>Recensement d'études</p> <p>L'article se divise en 4 grandes parties :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mécanisme d'action des opioïdes : 3 récepteurs dans l'action médicamenteuse des opioïdes : <math>\mu</math>, <math>\delta</math> et <math>\kappa</math> et distribués dans le système nerveux central, le système nerveux périphérique et le système nerveux entérique.</li> </ol> <p>L'antalgie va stimuler les récepteurs <math>\mu</math> présents dans le système nerveux entérique également, c'est pour cela qu'il y a des effets secondaires de type gastro-intestinaux</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Evaluation et investigation des symptômes : Utilisation des critères de Rome et investiguer maladies sous-jacentes</li> <li>3. Prévention : prophylaxie</li> <li>4. Management : traitements alternatifs</li> </ol>	<p>Les études incluses montrent dans l'ensemble qu'environ 40% des patients traités par opioïdes sont constipés.</p> <p>Il est important de communiquer avec le patient sur cet effet secondaire, parce que pas tous les patients se plaignent du problème. Dans ce sens, il faut se renseigner sur les habitudes de la personne.</p> <p>Combiner les laxatifs et les antalgiques.</p> <p>Proposition de 5 manières de manager la constipation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Administration de lubiprostone ou prucaloride</li> <li>○ Administration de Naloxone</li> <li>○ Administration de naloxegol</li> <li>○ Administration de methylnaltrexone</li> </ul> <p>→ Lorsque la réponse aux laxatifs n'est pas satisfaisante.</p> <p>Recherches nécessaires</p>	<p>L'auteur se réfère aux limites des études qu'il a traitées</p> <p>Cet article est intéressant parce qu'il propose des pistes dans l'administration médicamenteuse pour palier à l'effet secondaire des opioïdes et une manière de manager la constipation.</p>

**Tableau 2 :** Opioid induced constipation

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Bishal Gyawali et al. (2015)	Revue de littérature, parue dans un article de Scandinavian Journal of Gastroenterology	Pouvoir mettre à jour de nouvelles options et stratégies pour traiter la constipation induite par les opioïdes. L'article fournit des recommandations et aide à mieux comprendre le mécanisme de la constipation induite ainsi que les traitements à utiliser pour ce trouble.	Recensement d'études	<p>La totalité des études concluent à la recommandation d'utilisation de laxatifs stimulants. Si le symptôme persiste malgré l'adaptation de la dose, un adoucisseur de selles peut être utilisé.</p> <p>Il existe également diverses stratégies pour traiter la constipation induite en diminuant la dose d'opioïde et en remplaçant ce dernier par un adjuvant antalgique. Comme autre stratégie, il existe des antagonistes des opioïdes « PAMORA » (antagoniste des récepteurs mu-opioïdes à action périphérique).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alvimopan, Linaclotide</li> <li>• Lubiprostone, Naloxegol</li> <li>• Methylnaltrexone</li> <li>• Naltrexone</li> <li>• Tapentadol</li> <li>• Oxycodone - Naloxone</li> </ul> <p>→ Recherche nécessaire. En dernier recours, le lavement salin puis l'extraction manuelle.</p>	Il n'y a pas de limite clairement énoncée, sauf dans la recherche où il a été révélé que les preuves pour l'utilisation des différents traitements sont faibles car il y a peu d'essais cliniques qui démontrent leur efficacité dans la constipation induite par les opioïdes.

**Tableau 3 :** Constipation – prevalence and incidence among medical patients acutely admitted to hospital with a medical condition

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Noiesen E, et al. (2013)	<p>Etude de cohorte réalisée au Danemark</p> <p>820 adultes ont été admis dans l'étude, 447 ont été exclus, dû à l'incapacité de donner un consentement écrit, ou manque d'envie. Ce sont les critères d'exclusion principaux.</p> <p>373 Adultes ont participé. 230 étaient des femmes et 143 des hommes.</p> <p>L'âge moyen était de 69 ans</p>	<p>Examiner les conséquences de l'hospitalisation au niveau de la constipation.</p>	<p>Utilisation de l'échelle CAS (Constipation assesement scale) pour évaluer la fonction intestinale à l'admission de chaque patient, après 3 jours d'hospitalisation.</p> <p>Ensuite, une deuxième étape a été faite avec les patients qui avaient un score entre 0-1 après 3 jours d'hospitalisation.</p>	<p>39% des patients ont présenté des symptômes de constipation à l'admission avec un score égal ou supérieur à 2. 32% des patients avaient entre 2-6 indiquant un degré de constipation moyen, 7% avaient entre 7-12 indiquant une constipation sévère et 227 patients (61%) ne présentaient aucun signe de constipation avec un score entre 0-1.</p> <p>Les patients avec un score égal ou supérieur à 2 prenaient des laxatifs alors que les patients avec un score entre 0-1 n'en prenaient pas.</p> <p>Parmi les patients qui n'avaient pas les symptômes à l'admission, 43% ont développé les symptômes pendant les trois premiers jours de leur séjour à l'hôpital. Trois jours après l'admission, 107 des patients avec un résultat entre 0-1, lors de l'admission, étaient toujours hospitalisés, 79% (84) d'entre eux ont participé à la 2ème partie de l'étude et 21% ont été exclus. Le taux d'incidence était de 143 nouveaux cas pour 1000 patients-jours.</p>	<p>Peu d'information sur la 2ème étape de l'étude. Manque d'information sur les interventions infirmières utilisées chez les patients avec un score bas.</p> <p>Les résultats sont basés sur ce que les patients ont rapporté, ainsi les patients n'ayant pas rapporté de symptômes n'ont pas été évalués.</p> <p>L'embarras des patients est considéré comme un biais également.</p>

**Tableau 4 :** Elimination intestinale à l'hôpital. Réflexion éthique sur sa prise en charge par les soignants

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Berger V et al, (2010)	<p>180 soignants dont des médecins, infirmiers, aides-soignants et étudiants en 3<sup>ème</sup> année de soins infirmiers.</p> <p>Étude menée dans un hôpital français.</p> <p>Etude qualitative</p>	« Vérifier l'hypothèse : l'élimination intestinale est un tabou partagé par les soignants, entraînant une prise en charge technique de ce besoin fondamental »	<p><u>Méthode :</u> 4 entretiens semi-directifs auprès de 2 médecins et 2 infirmiers dans le but de créer un questionnaire.</p> <p><u>Instrument de mesure :</u> Un questionnaire de 12 questions fermées et 4 questions ouvertes a été distribué en 2 parties :</p> <p>Les soignants diplômés ont reçu le questionnaire le même jour par les chefs de services ou les cadres infirmiers.</p> <p>Les étudiants ont reçu le questionnaire par les chercheurs. Les étudiants ont été choisis de manière aléatoire.</p>	<p>Les résultats ont confirmé l'hypothèse de départ.</p> <p>Les sentiments de honte et de dévalorisation font que les soignants ne sont pas dans une démarche de prendre soin de l'autre.</p> <p>Les soignants s'occupant le plus des problèmes intestinaux sont les étudiants et les aides-soignants, alors que les infirmiers et les médecins se préoccupent plus du diagnostic. De ce fait, il n'y a pas d'intervention préventive.</p>	<p>Seulement 72% des questionnaires ont été récoltés.</p> <p>Le manque d'informations sur l'ancienneté/expérience des soignants</p>



**Tableau 5** : Functional constipation : implications for nursing interventions

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Zhou L. et al, (2009)	Adultes sans antécédents intestinaux  Étude de corrélation transverse  70 personnes ont participé à l'étude	Le but de l'étude est d'explorer la relation entre la dépression/anxiété et la survenue de constipation. Des recommandations des interventions pour faire avancer les soins sont proposés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 personnes en bonne santé ont été choisies comme témoins avec un âge moyen de 48 ans.</li> <li>• 50 personnes avec une constipation fonctionnelle ont été choisies comme patients. Ils ne devaient pas avoir une maladie inflammatoire de l'intestin, de chirurgie anorectale ou de tumeur anorectale.</li> <li>• Mesure tension anorectale : La mesure de repos moyenne et la pression maximale de compression et de défécation ont été mesurées chez les patients ayant une constipation fonctionnelle et chez les patients sains.</li> <li>• Ensuite, ils ont participé à des tests d'état psychologique avec 2 échelles : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auto évaluation anxiété/dépression (SAS et SDS)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Une corrélation entre la dépression/anxiété et la constipation est bel et bien démontrée.</p> <p>Alors il est important d'introduire un soin psychiatrique dans la prise en soin infirmière</p> <p>Proposition d'interventions :</p> <p>Formation du personnel, évaluation qualité de vie et recommandations hygiéno-diététiques.</p> <p>Les résultats ont montré que chez les patients atteints de constipation fonctionnelle, les scores des tests d'état psychologique étaient plus élevés.</p>	<p>Seulement 70 personnes ont participé.</p> <p>Un manque d'examen de l'intestin (le manomètre n'explique pas les symptômes de la constipation).</p> <p>Les résultats ne sont pas concrètement expliqués.</p> <p>Ils ont utilisé une échelle de constipation mais il n'y a aucune information à ce sujet.</p>

**Tableau 6 :** Effects of abdominal massage in management of constipation — A randomized controlled trial

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Kristina Lämäs et al. (2009)	Un essai contrôlé randomisé en Suède sur un échantillon de 60 personnes souffrant de constipation a été constitué	Cette étude permet d'étudier les effets du massage abdominal sur les voies gastro-intestinales et d'observer si le massage peut diminuer la consommation de laxatifs.	<p><b>Méthode :</b> Les participants devaient être constipés selon les critères de Rome II, comprendre et s'exprimer en suédois. Le placement s'est fait par tirage au sort et un médecin ou praticien approuvait leur participation. Les méthodes de mesure comprenaient la régression linéaire, le test de Wilcoxon pour évaluer la taille et la consistance des selles, le « Mann Whithney U-test » pour évaluer la consommation de laxatifs et l'échelle de Bristol.</p> <p><b>Intervention :</b> Le groupe intervention devait continuer la thérapie qu'ils avaient avant de rejoindre l'étude et a reçu un massage abdominal de 15 minutes du lundi au vendredi durant 8 semaines. Les participants avaient reçu l'ordre de diminuer les laxatifs lorsque qu'ils ressentaient une amélioration du tractus gastro-intestinale. Le groupe témoins avait exclusivement les traitements pris antérieurement à l'étude (agents gonflants, laxatifs osmotiques, stimulants, lavements, suppléments à base de plantes ou une alimentation riche en fibre)</p> <p><b>Instrument de mesure :</b> Une échelle d'évaluation des symptômes intestinaux, le GSRS, a été utilisé à trois reprises sous forme de questionnaire divisé en 5 chapitres : douleurs abdominales, reflux, indigestion, diarrhée et constipation.</p>	<p>Le massage abdominal a considérablement diminué la gravité des symptômes en particulier la douleur abdominale et l'augmentation du péristaltisme par rapport au groupe témoin.</p> <p>Le massage est un traitement "retard", il faut au minimum 3 à 4 semaines pour en voir les effets. Il doit être considéré comme un traitement à long terme.</p> <p>Le massage n'a pas permis une diminution de la consommation de laxatifs. Le massage pourrait donc être un complément mais pas un substitut au laxatif.</p>	<p>86,6% des participants ont terminé l'étude. La moyenne d'âge est de 63,7 ans.</p> <p>Le recueil de données a été complété seulement à 3 reprises durant l'essai. Il y a ainsi un risque pour que le nombre de mouvements intestinaux ait été sous-estimé.</p> <p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir faire des recommandations car les études antérieures ont des défauts méthodologiques.</p> <p>Durant l'étude, le groupe d'intervention n'a pas significativement réduit la dose de laxatif.</p> <p>Les facteurs influençants sont : le nombre de semaines, la durée des séances de massage et la pression exercée durant le massage abdominal.</p> <p>La relation de confiance est aussi importante entre le thérapeute et le patient. En effet, le massage peut se révéler inefficace si le patient ne se sent pas à l'aise.</p>

**Tableau 7:** A new look at constipation management in the community

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Marian Emly et Patsy Rochest el. (2006)	Une revue de littérature, parue dans le British Journal of Community Nursing.	Cet article montre le cheminement d'une ligne directrice clinique fondée sur des preuves, en se basant sur le travail original de l'Université de Bradford Division de la Réhabilitation Études. Avec un ensemble de recommandations et de stratégies afin de réévaluer les pratiques actuelles, en suggérant une alternative en combinant des interventions infirmières et des traitements alternatifs (réflexologie, aromathérapie, massage abdominal, biofeedback) dans les soins primaires de la constipation. Cette ligne directrice décrit les facteurs prédisposant et les personnes considérées à risque. Il est suggéré que les programmes holistiques en vue d'une gestion individualisée conduisent à une amélioration de la qualité de vie tout en réduisant l'utilisation de laxatif.	<p><b>Méthode :</b> Les documents identifiés ont été évalués de manière critique par deux Membres du groupe en utilisant indépendamment l'échelle d'Oxford pour une pratique fondée sur des preuves.</p> <p><b>Instrument de mesure :</b> Ont été utilisés pour créer cette ligne directrice des essais contrôlés randomisés, des examens systématiques, des études descriptives et cohorte.</p>	<p>Cette lignes directrice clinique fondée sur des preuves a le potentiel de changer et d'améliorer la pratique. Elle pourrait être utilisée comme une aide pour les raisonnements cliniques et pour la prise de décisions.</p> <p>Ceci permettra d'accroître l'efficacité clinique et d'éviter la poly médication et d'améliorer la gestion holistique du patient.</p> <p>Elle se décline en différents points :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de personnes à risque</li> <li>• Laxatifs / Médication</li> <li>• Facteurs prédisposants</li> <li>• Facteurs hygiéno-diététiques</li> <li>• Education et management</li> <li>• Autres stratégies</li> </ul>	<p>Il n'y a pas clairement de limites énoncées, cependant l'auteur nous informe que de nombreux auteurs ont développé des guides en dirigeant les lecteurs vers un laxatif en particulier et que la plupart des documents manquaient souvent de référence.</p> <p>Ils soulignent le besoin de faire de recherches quantitatives supplémentaires et qu'il est nécessaire de disposer de preuves plus solides dans de nombreux domaines.</p>

**Tableau 8 :** Article en deux parties : Recherche dans le management de la constipation dans la prise en soin de longue durée

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Casteldine, G., Grainier, M., Wood, N., Dilley, C. (2007)	24 personnes de tous âges souffrant de maladies chroniques variées sélectionnées dans 9 maisons de santé. Article en deux parties : Etude comparative menée par le Sussex Health Care (SHC) et l'University of Central England	Le but de la première partie de l'article est d'étudier et améliorer la prise en soin des personnes souffrant de constipation. Dans la deuxième partie, les auteurs mettent en avant que la compréhension par l'éducation du personnel soignant concernant cette problématique aide à améliorer la prise en soin.	Développement de questionnaires (avec des questions ouvertes et fermées) pour le personnel soignant et les patients (distribués avant et après la séance d'information. Les comparaisons ont été faites en fonction de l'expérience et la formation du personnel). Questions du personnel : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comment définissez-vous la constipation ?</li> <li>2. Quelle est la différence avec des selles normales ?</li> <li>3. Comment savez-vous qu'un patient est constipé ?</li> <li>4. Que faites-vous lorsqu'un patient est constipé ?</li> <li>5. Quels sont les facteurs les plus importants dans le management de la constipation ?</li> <li>6. Est-ce que la consistance des selles indique une constipation ?</li> <li>7. Faites-vous des traces écrites ?</li> </ol> D'autre part, l'échelle de risque de constipation de Eton a été adaptée et utilisée comme prédicteur de constipation. Séance d'information pour le staff d'une représentante d'une compagnie pharmaceutique, introduction à l'utilisation de l'échelle de Bistol, définition et méthodes pour prévenir la constipation. Développement d'une charte de management (basé sur une charte du Royal College of Physicians). → Ces deux outils sont sensés maximiser le potentiel de prévention. Standardisation de laxatifs dans les 9 maisons pour simplifier les comparaisons	Grande variation dans l'administration de laxatifs dans deux maisons de santé ont montré une diminution de leur utilisation et une a montré une augmentation. Concernant le questionnaire (Q1 – Q5) du personnel, le taux de réponses correctes avait augmenté après l'intervention. Mais sur les autres questions, il n'y a pas eu de différence significative. L'expérience et la durée d'emplois du professionnel ne semble pas affecter les réponses du questionnaire. Concernant le questionnaire des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19% d'entre eux signalent à un moment donné qu'ils sont constipés</li> <li>• 45% des patients ont indiqué avoir vécu un problème de constipation</li> <li>• 28% ont indiqué que la constipation est un problème continu</li> <li>• 34% ne savent pas réellement quels sont les symptômes de la constipation</li> <li>• 90% ont dit que les professionnels s'occupent de manière adéquate du problème</li> </ul> L'éducation et les séances pour mettre à jour les connaissances et changer la pratique sont essentielles. A long terme, dans ces maisons de santé, il a été rapporté que ces outils ont aidé à améliorer l'élimination intestinale,	Pas d'information précise sur les maladies des personnes. Pas d'information précise sur les questionnaires développés. Pas de résultat informant sur l'amélioration de la qualité de vie. Pas d'information précise sur la durée de l'étude.

**Tableau 9 : The nurse's role in managing constipation**

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'article	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / commentaires
Day A. (2001)	Article de revue qualitatif Contrôlé en double aveugle	Discussion qui traite du rôle de l'infirmier dans le management de la constipation sur une approche préventive, les outils à disposition, leur pertinence d'utilisation et l'importance des EBN.	Recensement d'études et articles de revues	<p>Pistes de réflexion et des interventions infirmières préventives de la survenue de la constipation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Audit clinique</li> <li>- Développement de la communication sur la thématique (conseils lifestyle)</li> <li>- Mise à jour de l'anatomie et physiologie du tractus intestinal</li> <li>- Recueil de données et outils               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Echelle de Bistol / Cirières de Rome</li> <li>o Charte de management</li> <li>o Echelle d'évaluation du risque de constipation</li> <li>o Examen clinique</li> </ul> </li> <li>- Utilisation de laxatifs</li> <li>- L'utilisation des outils proposés peuvent être utilisés pour démontrer l'amélioration des symptômes de constipation lorsque l'infirmier est dans une action proactive. En effet, les actions préventives entreprises par les infirmiers ont déjà montré un résultat positif.</li> </ul>	Cet article a été retenu malgré la date car il présente des pistes de prise en charge infirmière, des propositions d'alternative aux laxatifs et des pistes quant aux causes potentielles de la constipation.

## **5.2. Analyse critique des articles retenus**

Les concepts évalués ainsi que les résultats trouvés dans les articles et l'analyse de ceux-ci ont permis de mettre en évidence 4 thématiques principales :

- Facteurs de risque
- Interventions infirmières
- Communication
- Qualité de vie

Un tableau synoptique a été réalisé mettant en évidence les 4 thèmes et les concepts identifiés dans les articles pour chaque thème, afin d'offrir une vision globale au lecteur.

**Tableau 8 : Tableau synoptique**

Thèmes	Concepts	Prichard et al. (2016)	Gyawaldi et al. (2015)	Noiesen et al. (2013)	Berger et al. (2010)	Zhou et al. (2009)	Lämas et al. (2009)	Emly M. (2006)	Castledine et al. (2007)	Day A. (2001)
Facteurs de risque	Traitements	✓	✓							
	Douleur	✓	✓							
	Hospitalisation			✓	✓					
	Composante psychologique			✓		✓			✓	
Interventions infirmières	Laxatifs	✓	✓					✓		✓
	Outils d'évaluation			✓				✓	✓	✓
	Examen clinique								✓	✓
	Prévention	✓		✓				✓	✓	✓
	Recueil de données								✓	✓
	Massage						✓			
Communication	Tabou	✓			✓					✓
	Actualisation des connaissances				✓				✓	
	Relation de confiance		✓			✓	✓			✓
Qualité de vie		✓	✓	✓		✓		✓	✓	

### **5.2.1. Facteurs de risque**

Ce thème est présent dans 6 articles (Prichard et al., 2016 ; Gyawaldi et al., 2015 ; Noiesen et al., 2013 ; Berger et al., 2010 ; Zhou et al., 2009 ; Castledine et al., 2007) divisé en 4 concepts, que voici : hospitalisation, traitements (opioïdes), douleur et composante psychologique.

L'étude de Noiesen et al., 2013, a mis en avant, grâce à une échelle d'évaluation de la constipation « CAS » (annexe 3), qu'en moyenne après 3 jours d'hospitalisation 43% des patients ont manifesté des signes de constipation. D'autre part, le facteur stress dû à l'hospitalisation peut augmenter et ainsi provoquer ou aggraver l'état de constipation (Berger, Durand, & Grocq, 2010).

Les revues de littératures de Prichard, Norton, & Bharucha (2016) et Gyawali et al. (2015) relèvent un facteur de risque propre à l'hospitalisation, l'utilisation des opioïdes. D'après Prichard et al. (2016), les études montrent que 40% des patients traités par opioïdes sont constipés. De plus, la constipation est l'effet secondaire rapporté le plus souvent par les patients, ceci peut influencer la non-adhésion aux traitements antalgiques due à la douleur provoquée par la constipation induite. En effet, les patients préfèrent endurer la douleur plutôt que l'inconfort de la constipation.

En ce qui concerne la composante psychologique, dans l'étude de corrélation transverse de Zhou, Lin, Lin, Wang, & Zhang, (2010), le lien entre l'anxiété et la survenue de la constipation a été investigué. Grâce à l'aide d'outils de mesures (manomètre ano-rectal) et des échelles d'auto évaluation psychologique (Échelle de dépression (SDS)), (Self-Rating Anxiety Scale (SAS)), il a été mis en avant que l'anxiété et la dépression sont plus élevées chez les patients que chez les cas témoins de l'étude. Alors, une corrélation existe entre l'anxiété/dépression et la constipation. Ces derniers sont des facteurs de risque de la constipation fonctionnelle et les interventions infirmières sont centrales dans la prise en soin.

### **5.2.2. Interventions infirmières**

Ce thème est présent dans 7 articles (Prichard et al., 2016 ; Gyawaldi et al., 2015 ; Noiesen et al., 2013; Låmas et al., 2009 ; Emly et al., 2006 ; Castledine et al., 2007 ; Day., 2001) divisé en 5 concepts, que voici : Examen clinique, outils, recueil de données, prévention, laxatifs et massages.



L'étude comparative de Castledine, Grainger, Wood, & Dilley, (2007), est une étude en deux parties. La première partie met en avant que des compétences développées pour évaluer les facteurs qui contribuent à la survenue de la constipation, ce grâce à des outils et à la création d'un plan de soin, permettent de manager ce symptôme. La dignité de la personne à risque est à considérer par des actions préventives personnalisées. A cet effet, les recommandations hygiéno-diététiques ne sont pas spécifiques mais sont des facteurs corrigibles.

Une fois la cause identifiée, des interventions peuvent être mises en place pour diminuer les symptômes ou les prévenir.

La 2<sup>ème</sup> partie de cette étude propose trois outils afin d'aider le personnel soignant à manager la constipation selon le risque :

- Évaluation du risque de constipation en différents points : Antécédents, médicaments, mobilité, accès aux toilettes, alimentation, âge/genre, boissons. Cette échelle score le risque entre 10 et 40 points (annexe 4).
- Interventions proposées selon le risque : Se réfèrent toujours à l'échelle de Bristol et aux points de l'échelle d'évaluation susmentionnée (annexe 5).
- Un tableau du management de la constipation : Algorithme d'utilisation de laxatifs/ action sur facteurs de risque corrigibles (annexe 6).

La revue qualitative contrôlée en double aveugle de Day, (2001), traite du rôle infirmier dans le management de la constipation ainsi que de l'examen clinique dans le but d'une approche préventive avec l'utilisation d'outils à disposition ainsi que de l'importance d'utiliser des EBN. Elle propose plusieurs pistes de réflexion sur les interventions infirmières à type préventif, en se servant des audits cliniques pour évaluer l'efficacité desdites interventions, les justifier, leur donner un sens et les valoriser. De plus, des conseils hygiéno-diététiques, un recueil de données avec plusieurs échelles et outils tels que : Echelle de Bristol, critères de Rome, Charte de management (annexe 7), échelle d'évaluation du risque de constipation avec 9 items scorée de 1 à 9 (annexe 8) et des examens cliniques y sont présentés. L'utilisation de ces outils démontreraient l'amélioration des symptômes de constipation lorsque l'infirmière est dans une démarche proactive.

L'échelle CAS est un autre outil étudié par Noiesen et al., (2013), qui permet d'évaluer la fonction intestinale et le degré de constipation en 8 items. Cette échelle a des points communs avec l'échelle présentée par Day, (2001) qui comprend 9 items.

Par ailleurs, les résultats de l'étude de Noiesen et al., (2013) démontrent la pertinence de l'utilisation de cette échelle, un score entre 0-1 signifie pas de constipation et à partir

de 2 jusqu'à 12 on considère la personne constipée. En effet, 43% des patients admis dans l'étude présentaient un score de constipation.

Zhou et al., (2009), quant à lui, a utilisé 2 échelles pour mesurer l'état psychologique. Il s'agit de : Auto-évaluation Échelle de dépression (SDS), Self-Rating Anxiety Scale (SAS). Ces échelles permettent d'évaluer l'anxiété et la dépression des patients. Les résultats de l'étude ont permis de faire une corrélation entre l'anxiété, la dépression et la constipation.

Emly & Rochester, (2006), a créé une ligne directrice (annexe 9) pour aider à l'amélioration de la pratique et du raisonnement clinique, en prenant en compte les facteurs de risques, la sphère hygiéno-diététique, les facteurs prédisposants, et les patients à risque. D'autres stratégies de management (de manière holistique) et les traitements pouvant induire la constipation tout en faisant un recueil de données y sont également recommandés. Cette ligne directrice sert à mieux comprendre l'état de santé du patient, dans le but de pouvoir prendre des décisions de manière individualisée.

La prévention est un concept qui est mis en avant dans plusieurs articles : Prichard et al., 2016 ; Noiesen et al., 2013 ; Emly et al., 2006 ; Castledine et al., 2007 ; Day et al., 2001. Les auteurs convergent sur une prophylaxie de la constipation dans le but de diminuer la prévalence de cette dernière, d'éviter une polymédication des laxatifs, car cela a un certain coût et les effets secondaires peuvent être, à long terme, néfastes.

Emly & Rochester, (2006), proposent dans leur guideline un ensemble de recommandations et de combinaisons avec des traitements alternatifs dans les soins primaires de la constipation. En effet, d'autres stratégies de management d'un point de vue holistique comme par exemple la réflexologie, l'aromathérapie et, pour finir, le massage y sont proposés.

D'après un essai contrôlé randomisé sur un échantillon de 60 personnes, Lämås, Lindholm, Stenlund, Engström, & Jacobsson, (2009), ont voulu étudier les effets du massage abdominal sur le tractus intestinal et observer si cela diminuerait également la consommation de laxatifs. Le massage a permis de diminuer considérablement la gravité des symptômes, notamment la douleur abdominale et a permis d'augmenter le péristaltisme favorisant l'exonération. Le massage pourrait être un complément aux traitements mais pas un substitut aux laxatifs car, durant l'étude, le massage n'a pas permis la diminution d'administration de ces derniers.

Les laxatifs sont abordés dans les articles brièvement et des alternatives aux laxatifs y sont également proposées : Day, (2001); Emly & Rochester, (2006); Gyawali et al., (2015); Lämås et al., (2009); Prichard et al., (2016)

Une brève description de chaque laxatif et mécanisme d'action, comme présenté dans la section problématique de cette revue de littérature, y est exposée par Day, (2001). Emly et Rochester, (2006) dit que la stratégie habituelle pour le traitement de la constipation sont les laxatifs. Toutefois, l'utilisation de ces derniers sont associés à des effets secondaires nocifs qui peuvent aggraver la situation de base. Plus inquiétant encore, selon Watanabe et al, (2004) cité par Emly et Rochester, (2006) l'utilisation à long terme de laxatifs stimulants aurai des effets cancérigènes.

Bien que Prichard et al., (2016) ainsi que Gyawali et al., (2015) discutent surtout des effets des opioïdes, les alternatives proposées pour traiter la constipation s'avèrent intéressantes. A part les agents osmotiques, stimulants et lavements (en cas d'absence de selle durant 2 jours), lorsque ces traitements ne sont pas efficaces, il y a d'autres options qui ont été investiguées comme d'autres molécules laxatives ou les antagonistes d'opioïdes.

Gyawali et al., (2015) défend qu'il existe diverses stratégies et options disponibles pour traiter la constipation induite par les opioïdes. Les laxatifs dits classiques (laxatifs de lest, à base de fibre, laxatifs osmotique adoucisseurs de selle, les laxatifs stimulants) ne ciblent pas le mécanisme sous-jacent des opioïdes, qui est l'activation des mu-récepteurs (présents dans le système nerveux central mais aussi dans le tractus gastro-intestinal) et de ce fait inhibent le péristaltisme.

Néanmoins, il est recommandé d'utiliser des laxatifs stimulants dans une première approche. Lorsque le symptôme persiste, la dose devrait être augmentée ou un adoucisseur de selles mis en place. Si la constipation n'est pas soulagée il y a la possibilité de diminuer la dose d'opioïdes et d'ajouter un adjuvant antalgiques (type paracétamol ou anti-inflammatoire). Les derniers recours, si la constipation est toujours présente, sont le lavement salin puis l'extraction manuelle.

Quant aux antagonistes des opioïdes, appelés PAMORA, nommés dans la revue de Gyawali et al., (2015) et Prichard et al., (2016), ils sont efficaces dans le traitement contre la constipation induite. Mais certains de ces médicaments sont délétères, car ils bloquent les récepteurs mu-opioïdes au niveau périphérique et central. Ceci a pour effet d'arrêter l'effet antalgique car ces molécules passent la barrière hémato-encéphalique (nolaxone). A cet effet, le naloxegol a été développé. Il agit de manière périphérique. Dans une étude de 1352 patients, il a été 10% à 15% plus efficace que le placebo

(Prichard et al., 2016). Ce traitement pourrait être une bonne solution, mais 2/3 des patients de l'étude ont reporté des effets secondaires (douleurs abdominales 19%, diarrhée 9%, nausées 9%, flatulences 6%). Pourtant, il a été approuvé par des agences régulatrices de l'Union Européenne, chez les patients qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux laxatifs simples (ceux qui sont déjà commercialisés). Cependant plus de recherche est nécessaire (Prichard et al., 2016).

Gyawali et al., (2015) décrit l'alvimopan comme étant un PAMORA oral qui a été approuvé aux Etats-Unis mais pour une utilisation à court terme. Les patients ont montré une amélioration des symptômes du dysfonctionnement intestinal de 40,4%. Cependant, le risque d'infarctus du myocarde semble être augmenté lorsque ce médicament est utilisé à long terme. L'alvimopan n'a pas encore été approuvé pour la constipation induite par les opioïdes.

Methylnaltrexone est une molécule considérée comme antagoniste des opioïdes qui restaure la fonction gastro-intestinal, car il agit également sur les récepteurs mu-périphériques. Ce traitement a aidé à la diminution de la dose des opioïdes mais à des doses supra thérapeutiques. D'autres patients ont présenté une perforation intestinale pendant qu'ils étaient sous Methylnaltrexone, mais la corrélation entre les deux n'a pas été démontrée. De la recherche est nécessaire à ce sujet (Prichard et al., 2016).

Linaclotide est considéré comme un laxatif, car il a comme effet d'augmenter la sécrétion de liquide au niveau intestinal, ce qui favorise l'accélération du transit. Un événement défavorable dans deux essais contrôlés randomisé a conduit à l'arrêt du traitement : la diarrhée. Lubiprostone, qui a le même mécanisme d'action que Linaclotide, a été testé lors d'une étude en double aveugle, contrôlé par placebo en 48 heures. 60% des patients ont pu constater une amélioration significative des selles ainsi que de leur consistance, de la douleur abdominale, des nausées et de la diarrhée. D'ailleurs, le purcalopride, solution proposée par Prichard et al., (2016) aurait la capacité de faire augmenter la survenue de selles spontanées. Ces médicaments ont été comparés à des placébos mais la plus-value par rapport aux laxatifs normaux est encore inconnue.

**Tableau 9 : Récapitulatif des nouvelles thérapeutiques**

<b>Antagonistes</b>	<b>Laxatifs</b>
Nolaxone	Lubiprostone
Naloxegol	Prucaloide
Methylnaltrexone	Linaclotide
Alvimopan	
Naltrexone	
Tapentadol	

### **5.2.3. Communication**

La communication est un thème qui se retrouve dans les articles de Berger et al., (2010); Castledine et al., (2007); Day, (2001); Gyawali et al., (2015); Lämås et al., (2016); Zhou et al., (2010); les sous-catégories traitées sont le tabou, la mise à jour des connaissances et la relation de confiance

Dans son étude, Castledine et al., (2007), a créé un questionnaire avec des questions ouvertes et fermées pour le personnel soignant mais aussi pour les patients. Le but étant d'évaluer la plus-value d'un cours avec mise à niveau du personnel soignant et les connaissances des patients sur la constipation. Chez la plupart des personnes, le taux de réponses corrects a été augmenté après l'intervention.

Berger et al., (2010), a utilisé une méthodologie similaire à Castledine et al., (2007), la différence étant que le questionnaire était adressé uniquement au personnel soignant. La révélation des résultats du questionnaire a provoqué une prise de conscience de la part des soignants concernant la prise en soins de la constipation. Le manque de formation concernant l'élimination intestinale mis en avant pourrait en être la cause.

Cependant, 80 sur 180 personnes ont répondu avoir reçu une formation sur la prise en charge de l'élimination intestinale, ces derniers sont récemment diplômés en comparaison à ceux qui n'auraient pas reçu de formation concernant ce sujet. Certaines difficultés ont été mises en avant quant à la prise en soins :

- La gêne que la thématique peut susciter chez les patients ainsi que la dévalorisation rapportée par les professionnels (26 personnes).
- Ce soin est tabou et n'est pas intéressant (22 personnes).
- Pour 32 soignants, la difficulté à prendre en soins les patients souffrant de constipation est dû au fait que les patients sont gênés d'en parler, il y a donc une sous-estimation de la nécessité de la prise en soin.

Day, (2001); Gyawali et al., (2015), mettent en avant l'importance de la compétence communicationnelle dans la formation médicale et autres professionnels de la santé afin de lever le tabou autour de la thématique de la constipation. En effet, d'après ces auteurs, parler avec les patients est le moyen le plus efficace et rentable pour diagnostiquer la constipation. L'anamnèse ne suffit pas, mais il faut prendre en compte l'embarras que le sujet peut susciter chez le patient. Il faut discuter des effets secondaires avant d'administrer les opioïdes pour que le patient soit conscient et puisse prévenir les premiers symptômes ainsi que connaître le fonctionnement des différents laxatifs. D'ailleurs, Castledine et al., (2007) suggère dans la première partie de son article l'enseignement des symptômes de la constipation. Selon Emly & Rochester, (2006) l'éducation thérapeutique pourrait être bénéfique pour que le patient devienne pro-acteur dans sa prise en soin.

Zhou et al., (2010), suggère dans son article la favorisation de soin psychologique pour diminuer l'anxiété chez les patients. Ces soins sont des entretiens infirmiers, la communication pour pouvoir verbaliser les émotions induites par l'hospitalisation.

Selon Lämås et al., (2009), le message est une interaction intime, on entre dans la sphère privée du patient. Ce serait contraire à l'éthique de pratiquer un massage à une personne qui ne se sent pas à l'aise dans la situation, il faut créer de bonnes conditions afin de favoriser une relation de confiance et potentialiser l'effet du massage. La relation de confiance fait partie du soin et des effets thérapeutiques du massage.

#### **5.2.4. Qualité de vie**

Les articles de Prichard et al., 2016 ; Gyawaldi et al., 2015 ; Noiesen et al.,2013 ; Berger et al.,2010; Zhou et al., 2009 ; Emly et al., 2006 ; Castledine et al., 2007, nomment brièvement ce concept.

La prévention de la constipation induite par les opioïdes a été testée dans une étude au Japon sur 619 personnes hospitalisées qui ont reporté une diminution d'incidence de la constipation. L'intervention a été justifiée par l'impact des opioïdes sur la qualité de vie. Dans cette étude, la qualité de vie n'a pas été évaluée. Une revue systématique de 15 essais contrôlés randomisés placebo sur les opioïdes reporte que les effets secondaires les plus communs sont à 41% la constipation, 32% les nausées et 29% les somnolences.(Prichard et al., 2016).

Selon Gyawali et al., (2015), ce symptôme peut influencer la non-adhérence de la médication antalgique, alors le contrôle inadéquat de la douleur, qu'elle soit induite par la constipation ou non, peut amener à une diminution de la qualité de vie incluant une détresse psychologique due à l'embarras et une dépression. D'ailleurs, « les scores

d'anxiété et dépression dans la constipation fonctionnelle sont plus hauts que chez les patients contrôle, tandis que la qualité de vie est plus basse ». (Chan et al (2005), traduction libre, cité par, Zhou et al., 2010)

Les autres auteurs convergent également sur la même conclusion : la constipation induit une diminution de la qualité de vie.

Rapport-Gratuit.com

## 6. DISCUSSION

Cette discussion s'articule autour de 4 thématiques qui sont : les facteurs de risque, la communication, les interventions infirmières et la qualité de vie. En effet, la recherche a permis de répondre partiellement à la question : « Les interventions infirmières préventives auprès des patients hospitalisés, permettraient-elles de diminuer le risque de survenue de constipation et d'améliorer leur qualité de vie ? » La première partie de la discussion répond partiellement à la question de recherche en l'illustrant avec les résultats et en les interprétant. La deuxième partie mettra en lien la théorie infirmière de Myra Levine avec la question de recherche.

### 6.1. Interprétation des résultats

#### Facteurs de risque

Les facteurs de risque de la constipation sont multiples et ont été décrits au début de ce travail. La recherche d'articles a permis de confirmer ceci de manière probante. En effet, deux études Berger et al., (2010); Noiesen et al., (2013) ont démontré qu'une hospitalisation pouvait induire une constipation. Ceci a été mesuré par Noiesen et al., (2013) grâce score du CAS. Après 3 jours d'hospitalisation, 43% des patients hospitalisés ont manifesté des signes de constipation, qui pourraient induire un facteur de stress et d'anxiété. Par ailleurs, selon Zhou et al., (2010), la personne en état de stress ou dépressive souffre plus souvent de constipation.

De ce fait, l'hypothèse que l'hospitalisation soit un facteur psychologique anxiogène peut-être émise. A cet effet, Castledine et al., (2007) soutient que les facteurs psychologiques sont à considérer lors d'une anamnèse pour évaluer le risque de survenue de constipation.

D'autre part, Prichard et al., (2016) soulève que 1/3 de la population occidentale souffre de douleurs chroniques et sont, pour la plupart, traitées par opioïdes. Ces derniers ont plusieurs effets secondaires et la plainte la plus courante des patients est la constipation. De plus, la constipation induite par les opioïdes ne diminue pas avec le temps, et la sévérité de ce symptôme peut limiter l'effet du traitement. Dès lors, il est possible d'affirmer que les effets secondaires ont un impact négatif sur la qualité de vie. La morphine est l'opioïde le plus souvent associé à une hausse de l'incidence d'effets secondaires de type gastro-intestinaux. La constipation est un des plus fréquents et très certainement le plus gênant.



Les opioïdes sont «la plus grande arme » selon Gyawali et al., (2015) contre le traitement de la douleur. Les ordonnances d'antidouleurs pour les personnes ont augmenté, pour 100 personnes, de 35,2% durant la période de 2000 à 2009 aux Etats-Unis.

La douleur entraînerait un stress psychologique, comme précité, permettant l'entrée dans le cercle vicieux de la constipation. Effectivement, la constipation induite par les opioïdes peut influencer la non-adhérence médicamenteuse et donc entraîner une mauvaise gestion de la douleur, ainsi l'impact sur la qualité de vie devient négatif. Détresse psychologique, dépression et embarras incitent les patients à arrêter leur traitement antalgique, car ils préfèrent endurer la douleur plutôt que de souffrir de constipation. De ce fait, une prophylaxie active centrée sur la constipation est importante « *la main qui prescrit l'opioïde doit aussi prescrire le laxatif* » (Gyawali et al., 2015, p .2). Dans la guideline proposée par Emly & Rochester, (2006), et comme mentionné dans cette revue de littérature, certains médicaments peuvent induire une constipation. C'est pourquoi ils devraient être réévalués (test des médicaments et une dose de traitement optimal pour une gestion intestinale continue), car ils sont essentiels pour la santé de l'individu.

### **Communication**

Inintéressant, honteux, tabou, embarras et dégoûtant sont les termes qui sont mis en évidence dans les différents articles lorsque les patients et le personnel soignant sont interrogés sur la constipation. De ce fait, il s'agit d'un soin qui est dévalorisé et dont on ne s'en préoccupe que lorsque les symptômes deviennent trop gênants pour les patients. Dans ce cas de figure, l'infirmière est dans une approche réactive, et non proactive, de la prise en soin.

Par ailleurs, grâce au questionnaire de Berger et al., (2010), il y a une prise de conscience quant au manque de connaissances en lien avec la constipation, de la part du personnel soignant. Malgré l'évolution du rôle infirmier par l'amélioration de la formation de base et ses compétences, la prise en soin du symptôme repose toujours sur un manque de connaissances.

L'étude de Castledine et al., (2007), montre, qu'après une courte formation continue sur l'échelle de Bristol, la définition et les méthodes de prévention de la constipation ainsi que sur les traitements, il y a une influence significative sur l'utilisation de laxatifs. De plus, il y a une amélioration de la prise en soin des personnes à risque de constipation, ou qui en souffrent déjà, et ce, grâce à la mise à jour des connaissances du personnel.

Selon Zhou et al., (2010), pour diminuer les facteurs de stress qui peuvent induire la constipation, il serait bénéfique d'avoir une relation de confiance entre l'infirmière et le

patient. Ceci l'aiderait à communiquer davantage avec l'infirmière. Donc, la communication est un des points principaux pour gérer la constipation et les autres effets secondaires.

La constipation induite n'est généralement pas signalée par les patients car c'est un concept qui est propre à chacun, à leurs propres croyances. Ainsi, la définition peut varier entre ce que rapporte la clinique sur ce phénomène et la perception des patients. L'embarras des patients devrait être reconnu par le corps médical. Ce dernier devrait parler au patient, l'informer des effets secondaires afin qu'il soit proactif dans les soins en sachant à quoi s'attendre et quelles informations il devrait partager avec le corps médical dès son arrivée.

Avant de prescrire un opioïde ou un laxatif, l'anamnèse seule ne suffit pas, il devrait y avoir une évaluation minutieuse et approfondie des habitudes intestinales avant l'hospitalisation pour pouvoir la manager au mieux.

Il est évident que la constipation est un sujet tabou, difficile à aborder et le manque de connaissances, tant de la part du patient que celle du soignant, rend la prise en soin compliquée. Alors, peut-être faudrait-il mettre en place des formations continues pour le personnel soignant afin qu'il réalise l'influence de cette problématique sur la qualité de vie des patients qui sont hospitalisés. Tout en gardant à l'esprit qu'il peut s'agir de patients qui sont constipés chroniques ou qui peuvent devenir constipés en cours d'hospitalisation, en raison des facteurs de risque susmentionnés. De ce fait, la communication entre les patients et les soignants est primordiale pour tenter de lever le tabou autour de cette thématique. Ainsi, la prise en soin personnalisée grâce à des interventions préventives spécifiques pourrait améliorer la qualité de vie des patients.

### **Interventions**

Dans l'ensemble des articles, il est recommandé d'inclure dans le recueil de données les habitudes d'exonération de la personne. Par exemple, Prichard et al., (2016) et Day, (2001) proposent dans leurs articles un questionnaire basé sur les recommandations de Rome III, afin d'évaluer un éventuel risque de constipation. Pour compléter le recueil de données, un examen clinique abdominal est également recommandé, en gardant à l'esprit que la constipation peut survenir lors de maladies sous-jacentes, donc des investigations complémentaires pourraient être nécessaires.

La guideline/ aide-mémoire développé par Emly & Rochester, (2006), pour aider aux décisions dans la prise en soin, est très intéressant car il englobe plusieurs aspects qui pourraient être rapportés à la pratique hospitalière et aiderait à justifier les actions entreprises par les infirmières pour soulager les patients.

Différents outils d'évaluation sont proposés par Castledine et al., (2007) et Day, (2001) afin d'identifier les patients à risque de constipation ou d'évaluer leur état. Ceci permettrait de donner du sens et de planifier des actions infirmières préventives. D'une part, des échelles d'évaluation de risque en tenant compte de différents items et d'autre part des chartes de management, type guideline, pour accompagner ces échelles.

Noiesen et al., (2013) tout comme Emly & Rochester, (2006), utilise dans son étude l'échelle du CAS avec 8 items qui ont permis de montrer qu'après 3 jours d'hospitalisation, 43% des personnes étaient constipées.

Soulignons l'importance des outils pour faciliter le management et la prise en soin préventive de la constipation. De plus, Noiesen et al., (2013), porte une attention particulière sur la nécessité d'interventions préventives pour la constipation avant et/ou pendant l'hospitalisation. En outre, les patients ne reportent pas qu'ils sont constipés, par peur d'aborder le sujet avec le personnel soignant. Ceci ne favorise pas les soins préventifs et les soignants considèrent les laxatifs comme un acte curatif et non comme un acte préventif.

Comme précité, il y a des facteurs de risques et des facteurs favorisant la constipation. Les soignants, en règle générale, agissent au moment de la plainte, donc en prenant des actions curatives qui sont généralement les recommandations hygiéno-diététiques et les laxatifs. Cependant, serait-il pertinent d'introduire ces actions curatives de façon préventive ? De plus, ce qui a été mentionné dans la section « outils d'évaluations » pourrait être un complément d'aide à la mise en place de ces actions préventives.

Concernant les laxatifs, il n'est pas clairement explicité que leur administration de manière préventive pourrait diminuer la survenue des symptômes de constipation. Ces thérapies, sont souvent proposées lors de chartes de management ou lorsque des signes de constipation sont détectés. De ce fait, leur effet lors d'administration préventive pourrait être un axe à investiguer. Le propos de Castledine et al., 2007 était d'améliorer la prise en soin de la constipation grâce à l'axe préventif et d'évaluer l'influence sur la diminution d'administration de laxatif. Il n'y a pas eu de données clairement probantes. Cet axe la serait donc vraiment à explorer.

D'autre part, Prichard et al., (2016) et Gyawali et al., (2015) proposent des alternatives différentes lorsque le patient reçoit des opioïdes. En dehors des antagonistes des opioïdes, 3 autres molécules sont nommées : Lubiprostone, Prucaloïde et Linaclotide, qui agissent tous les trois comme un laxatif. Toutefois, leur effet en lien avec les opioïdes n'est pas prouvé de manière significative. Est-ce que ces molécules pourraient être utilisées chez le patient hospitalisé à risque de constipation ou constipé lorsque les opioïdes, dits simples, ne fonctionnent pas ?

Selon Lämås et al., (2009), le mécanisme du massage abdominal n'est pas entièrement compris mais on sait qu'il affecte positivement la constipation. Le massage augmente l'activité vagale et la motilité gastrique, et diminue la douleur.

Le massage pourrait stimuler le système parasympathique, ce qui augmente la motilité du muscle et la sécrétion digestive, détendant les sphincters dans le canal gastro-intestinal. Cependant, l'auteur n'a pas pu démontrer avec son étude que le massage abdominal pouvait diminuer la consommation de laxatif et préconise qu'on utilise le massage comme complément et non comme substitut.

Sachant qu'il y a de nombreux facteurs de risque qui induisent une constipation tel que le stress, on pourrait suggérer que le massage abdominal devienne une intervention en soi. Comme nous le savons, il ne procure pas d'effets secondaires et permet un sentiment de détente. Il faut aussi tenir compte du fait que la constipation peut être causée par une maladie sous-jacente, dès lors un diagnostic est essentiel avant d'instaurer le massage pour ne pas péjorer la situation. A cet effet, l'auteur ne précise pas dans son étude s'il faut une formation particulière pour prodiguer des massages. Les auteurs de cette revue pensent qu'il faut accorder une attention particulière en cas de maladies abdominales.

Les deux derniers thèmes abordés, à savoir la communication et les interventions, sont deux axes qui semblent être très importants. En effet, améliorer la communication et lever le tabou en ajoutant les interventions infirmières (charte, questionnaires) serait une manière d'aborder l'axe préventif. Ce dernier semble être la meilleure option, afin d'éviter l'inconfort au patient et des actions infirmières supplémentaires. Il est cohérent de penser qu'un lien existe entre la prévention et l'amélioration de la qualité de vie par la mise en place d'interventions préventives.

## **Qualité de vie**

Pour maintenir une bonne qualité de vie, il faut que le patient soit capable de mettre en évidence les symptômes de la maladie, qu'il prodigue des auto-soins en toute confiance dans le but de gérer la constipation (Zhou et al., 2010).

Concernant le reste des auteurs (Castledine et al., 2007; Emly & Rochester, 2006; Gyawali et al., 2015; Noiesen et al., 2014; Prichard et al., 2016), les symptômes diminuent la qualité de vie, donc pour améliorer cette-dernière il faudrait pouvoir les gérer.

Comme discuté précédemment dans le thème intervention, si les outils étaient utilisés à but préventif et non curatif, tout en prenant en compte les facteurs de risque ainsi que les facteurs de communication, ceci permettrait d'améliorer la qualité de vie.

La plupart des auteurs nomment la qualité de vie à un moment donné dans leurs articles, en en déplorant la diminution. Cependant, le concept n'est pas directement évalué et les besoins du patient sont peu mis en avant. Il convient de s'interroger sur les raisons qui font que ce concept ne soit pas évalué. Il n'est donc pas possible de conclure à une amélioration de la qualité de vie mais les interventions préventives pourraient avoir un effet bénéfique sur d'autres paramètres évalués dans les outils. Il est tout de même sensé de s'atteler à l'utilisation de ces outils.

## **6.2. Mise en lien avec le modèle de Myra Levine**

La conservation est le concept central du modèle de Myra Levine. Son objectif est de garder un équilibre entre l'offre et la demande en énergie, pour permettre à la personne de s'adapter pour atteindre la plénitude. L'adaptation est le deuxième concept du modèle. C'est un processus qui fluctue avec l'âge, le genre, ou les défis rencontrés. L'individu va mettre en place un système adaptatif, afin de conserver son intégrité et son énergie tout en utilisant ses ressources. En économisant l'énergie, il pourra répondre à ses besoins tout en maintenant son unité. Le dernier concept et l'objectif final est la plénitude. Grâce aux principes de conservation et aux processus d'adaptation continue, la personne assure son intégrité en mettant en place des stratégies afin de maintenir sa qualité de vie.

La personne et son environnement interne sont en constante interaction avec l'environnement externe, ils vont s'influencer en permanence. Ceci peut être mis en lien avec les facteurs de risques de la constipation. En effet, ces derniers remettent en question la personne et son système adaptatif, en touchant aux trois niveaux de

l'environnement externe que sont la composante perceptive, opérationnelle et conceptuelle.

En ce qui concerne la composante perceptive, l'hospitalisation oblige le patient à utiliser ses 5 sens pour pouvoir s'adapter. Son identité va être bouleversée, cela va tendre vers un déséquilibre parce que son système adaptatif n'est plus efficace. La constipation sera un changement métabolique qui peut rendre la personne anxieuse et, inversement, l'anxiété ainsi que les facteurs psychologiques peuvent mener à une constipation.

La composante opérationnelle est un des éléments externes qui n'est pas perceptible par la personne. En effet, la prise d'opiacés ou autres médicaments potentiellement constipants, par exemple, va avoir un impact sur le tractus digestif. Le patient ne va pas ressentir que son péristaltisme sera diminué. Ce qu'il pourra rapporter seront les effets secondaires grâce aux symptômes comme la constipation, la douleur, les ballonnements.

La composante conceptuelle relève des aspects culturels, croyances, ainsi que d'expériences de vie et chaque personne perçoit la constipation de manière différente ce qui peut entraîner des tabous.

Le système adaptatif va palier le déséquilibre en énergie (tractus intestinal, péristaltisme inefficace...) jusqu'à un certain niveau. Dès que le système adaptatif n'est plus en mesure de protéger cet équilibre, l'individu ira au contact des soins infirmiers et se plaindra de douleurs.

L'infirmière, en utilisant la philosophie de Myra Levine, sera attentive à l'environnement tant interne qu'externe du patient. Les soins seront individualisés car elle saura que le système adaptatif est singulier à la personne et changeant. De plus, entre l'environnement interne et externe, il y a une dynamique constante. Selon le même principe, elle saura que les ressources et les besoins du patient sont uniques et peuvent fluctuer avec le temps. Elle proposera des interventions basées sur la conservation et les besoins du patient. L'infirmière doit évaluer les défis psychologiques et pathologiques de l'environnement externe, en faisant ressortir les facteurs de risque dans les trois niveaux, perceptif, opérationnel et conceptuel. Les interventions sont présentes pour améliorer l'état de santé du patient, dans le but de maintenir l'intégrité et l'énergie de la personne, afin de promouvoir son système adaptatif et sa qualité de vie et aboutir à la plénitude.

Tous les thèmes de la discussion s'influencent comme les énergies selon Levine. La communication est importante, car elle va jouer un rôle dans le système adaptatif ainsi que sur les environnements interne et externe de la personne. L'individu fait partie intégrante de la prise en soins, il faut respecter ses limites et ses expériences vécues

ainsi que ses ressources. On peut supposer que les interventions préventives visant à la conservation de l'énergie servent à améliorer la qualité de vie.

Les interventions infirmières se basent sur les réponses organiques, l'expérience et les connaissances. Le but étant de sublimer la prise en soin pour aboutir à un bien-être bio-psycho-social en créant des interventions personnalisées. De plus, le rôle propre infirmier permet aux infirmières d'évaluer l'efficacité de leurs actions, de les justifier et les valoriser afin d'y donner un sens et pouvoir se remettre en question. L'analyse des facteurs de risques et des déficits en énergie de la personne, permettraient aux infirmières d'agir en amont, c'est-à-dire avant que la constipation ne se déclare (p.ex : faire marcher la personne, expliquer les effets secondaires possibles des opiacés pour que le patient soit proactif, faire des entretiens infirmiers sur les habitudes de transit...). L'objectif des soins infirmiers, selon Levine, est d'atteindre la plénitude en assurant l'intégrité du patient et d'améliorer sa qualité de vie quelles que soient les circonstances. Les concepts utilisés par la théoricienne ainsi que ceux utilisés par les auteurs de cette revue mettent également en avant la plénitude par des actions préventives, afin de préserver l'énergie et l'intégrité du patient grâce aux principes de la conservation.

D'autre part, Myra Levine prône la compréhension des gestes que les infirmiers exécutent et le sens qui leur sont donnés. Peut-être qu'une infirmière qui suit le modèle de conservation sera plus attentive au type de constipation dont est atteint le patient, et ses causes. De cette manière, l'accent sera mis sur les ressources de la personne, ses limites, afin de lui proposer des interventions adaptées qui préserveront son intégrité.

## 7. CONCLUSION

Cette revue de littérature a permis de mettre en avant certains éléments de réponse à la question de recherche concernant les interventions infirmières préventives sur la qualité de vie des patients hospitalisés.

Au terme de ce travail, répondre totalement à la question de recherche n'a pas été possible, car les résultats des articles analysés n'ont pas mis en évidence d'effet significatif sur la qualité de vie. Par ailleurs, malgré un manque d'études faites sur le sujet, il en ressort que l'hospitalisation, certains traitements, la non-adhérence médicamenteuse, l'anxiété et la dépression, les mesures hygiéno-diététiques, la communication et le tabou lié à la constipation sont des paramètres qui ont été évalués dans les différents articles. Ces paramètres sont considérés comme des facteurs de risque pouvant favoriser la survenue de la constipation ou l'aggravation de celle-ci.

L'utilisation d'outils d'évaluation, qui ont été présentés dans les articles, ont permis de montrer l'importance de leur implémentation dans les soins pour une meilleure évaluation de l'état du patient. Ces derniers permettraient d'améliorer la gestion des symptômes lors d'hospitalisation et, par là même, de diminuer la sensation d'inconfort dû à la constipation.

Cela laisse à supposer que les interventions préventives mises en place par les infirmiers seraient à considérer et ce, grâce à l'utilisation d'outils.

Enfin, le modèle de Myra Levine a permis de s'interroger sur l'implication du soignant et du patient dans les soins et de mettre en avant l'importance du rôle de chacun. En effet, les expériences personnelles, les ressources et les capacités influencent également la prise en soin adéquate de ce symptôme.



## 7.1. Apports et limites du travail

Cette revue de littérature a permis d'approfondir les connaissances sur le thème de la constipation et ses effets sur la qualité de vie en milieu hospitalier. En effet, durant la formation de base, peu de cours y sont consacrés. D'autre part, cela a été un grand étonnement que d'apprendre et réaliser que parler de selles est tabou, voire banalisé et que le décès peut être associé aux complications.

Travailler à 3 faits autant partie des apports que des limites. En effet, cela a permis l'entraide tout au long du travail, cependant, les opinions ne convergeaient pas toujours. Pourtant, nous nous sommes basées sur les documents de consensus pour la réalisation de cette revue.

Une autre limite identifiée a été la barrière de la langue. De ce fait, la subtilité de la langue anglaise n'a certainement pas été complètement saisie, nous avons toutefois tenté de respecter le sens des textes rédigés par les auteurs.

Lors de la réalisation de la problématique, les résultats de recherches trop précises selon les domaines (gériatrie, pédiatrie, soins palliatifs, chirurgie) ont été un frein pour trouver des articles pertinents et de haut niveau de preuve. Effectivement, le but était de pouvoir appliquer, dans n'importe quel domaine hospitalier, les résultats de la recherche.

Bien qu'aucun article étudiant spécifiquement le rôle de l'infirmière en lien avec la constipation n'ait été trouvé, des liens ont pu être créés grâce à la théorie de Levine, mais ne peuvent être considérés que comme des hypothèses.

Finalement, les recherches pour la problématique ont mis en avant certains concepts-clés tels que la prévention, la qualité de vie et les interventions infirmières.

Le concept de prévention a été mis en avant dans la plupart des articles, suivi des interventions infirmières de manière indirecte. La qualité de vie est le concept qui a été le plus absent et le moins analysé dans les articles trouvés. Ceci a clairement été une limite pour pouvoir répondre correctement à la question de recherche. La nature fluctuante et subjective de ce concept explique peut-être sa rareté dans les articles.

## 7.2. Recommandations

Les articles ont mis en évidence de nombreuses interventions, qui peuvent être prodiguées de manière préventive ou curative. Celles-ci peuvent être des pistes à suivre dans la pratique infirmière. En effet, après avoir lu plusieurs articles, il en résulte un manque principalement dans la recherche au niveau de l'utilisation des laxatifs, la pratique, les interventions et la notion de qualité de vie.

Les guidelines peuvent être un moyen pour le personnel soignant d'avoir une ligne conductrice et d'améliorer la prise en soin. Il serait aussi intéressant de créer une guideline pour les laxatifs, car de nombreux soignants ne connaissant pas ou peu le type de laxatif à utiliser la durée d'utilisation. Cela permettrait de savoir quel laxatif est à utiliser pour quel type de constipation.

Il serait judicieux de mettre en place des formations continues auprès des soignants, des médecins que des aides-soignants et des infirmiers, au vu du manque de connaissances manifeste dans les articles. Par ailleurs, lors de la formation Bachelor infirmier, il n'y a pas de cours sur la constipation. Il serait donc pertinent d'en proposer un sur les laxatifs, la physiopathologie, les surveillances ainsi que la prévention.

L'utilisation d'échelle de qualité de vie auprès des patients atteints de constipation serait intéressante à mettre en place pour la recherche, en la combinant avec les interventions préventives (outils d'évaluation et scores, etc.). Ceci dans le but d'avoir une évaluation directe de ces interventions sur la qualité de vie.

Finalement, une recherche est nécessaire en lien avec les interventions infirmières préventives, pour d'une part évaluer leur efficacité sur le soulagement des symptômes et d'autre part évaluer leur efficacité sur l'amélioration de la qualité de vie.

## 8. REFERENCES

- Alligood, & Martha Raile. (2013). *Nursing theory: utilization & application* (Fifth edition). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letriliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.
- Association Suisse des infirmières et infirmiers. (2011). Les soins infirmiers en Suisse perspective 2020 : *Document de positionnement de l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)*.  
Accès [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf)
- Balian, A., & Aoudia, J. (2011). *Hépatogastro-entérologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Berger, V., Durand, L., & Grocq, M. (2010). Élimination intestinale à l'hôpital. Réflexion éthique sur sa prise en charge par les soignants. *Recherche en soins infirmiers*, 103(4), 67-77. <https://doi.org/10.3917/rsi.103.0067>
- Castledine, G., Grainger, M., Wood, N., & Dilley, C. (2007). Researching the management of constipation in long-term care: Part 1. *British Journal of Nursing*, 16(18), 1 128-1131. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.18.27506>
- Centre Cochrane Français. (2011). Définir le meilleur type d'étude. Accès <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/d%C3%A9finir-le-meilleur-type-d%C3%A9tude>
- Conseil International des Infirmiers. (2012). Code déontologique du CII pour la profession infirmière.  
Accès [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_french.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf)
- Conseil International des Infirmiers. (2013). Le domaine de la pratique des soins infirmiers : *Prise de position*.  
Accès [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/B07\\_Domaine\\_pratique\\_soins-Fr.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B07_Domaine_pratique_soins-Fr.pdf)
- Day, A. (2001). The nurse's role in managing constipation. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 16(8), 41-44.
- Donzé, J., & Schaad, N. (2017). *Brevimed: bréviaire clinique des médicaments*.
- Emly, M., & Rochester, P. (2006). A new look at constipation management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 11(8), 326-332.  
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2006.11.8.21664>



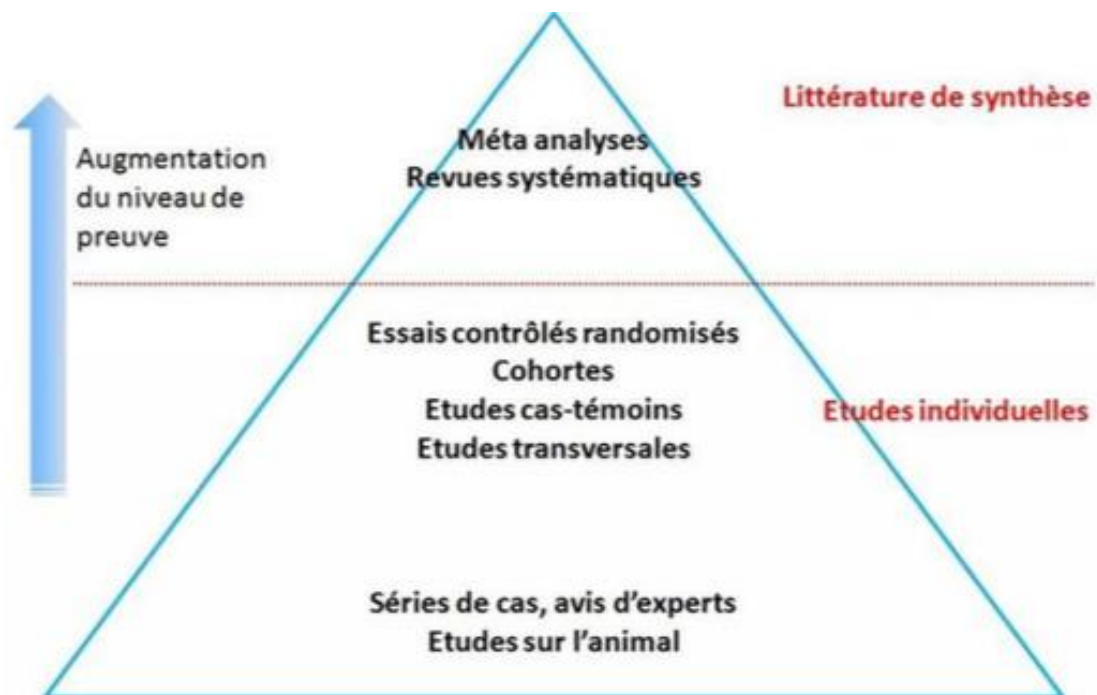
- Fondation Canadienne de la santé digestive. (2014.). Comprendre la prévalence et l'impact de la constipation au Canada. Accès [http://www.cdhf.ca/bank/document\\_fr/76understanding-the-prevalence-and-impact-of-constipation-in-canada.pdf](http://www.cdhf.ca/bank/document_fr/76understanding-the-prevalence-and-impact-of-constipation-in-canada.pdf)
- Fondimare, A. (2004). Construire une analyse comparative de logiciels de gestion de bibliothèque adaptée aux besoins de l'Institut français du pétrole. (Mémoire). *Conservatoire national des arts nationales et métiers* (France). Accès <http://bdid-intd.cnam.fr/memoires/2004/FONDIMARE.pdf>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière éducation.
- Grainger, M., Castledine, G., Wood, N., & Dilley, C. (2007). Researching the management of constipation in long-term care. Part 2. *British Journal of Nursing*, 16(19), 1212-1217. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.19.27361>
- Gyawali, B., Hayashi, N., Tsukuura, H., Honda, K., Shimokata, T., & Ando, Y. (2015). Opioid-induced constipation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 50(11), 1331-1338. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1054423>
- Haute autorité de santé. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Accès [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
- Junger, A., Guex-Jeanprêtre, A., Berthou, A. (2003). Définition du concept de phénomène de soins infirmiers dans le projet de NURSING data. Accès <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:n29nABsIUtwJ:www.medical-informatics.ch/index.php/smiojs/article/viewFile/41/23+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch>
- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393-1407.e5. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>
- Lämås, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engström, B., & Jacobsson, C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation—A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 759-767. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.007>
- Lepetit, C. (2012). *Prise en charge des troubles du transit en chirurgie orthopédique*. Travail projet qualité des soins, Formation post-diplôme d'infirmière clinicienne. Service des formations spécialisées des HUG, Genève.

- Lindberg, G., Hamid, S., Malfertheiner, S., Thomsen, O., Bustos Fernandez, L., Garisch J., Thomson, A., Goh, K-L., Tandon, R., Fedali, S., Wong, B., Khan, A., Krabshuis, J., Le Mair, A., Gonvers, J-J. (2010). Constipation : une approche globale, *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*.  
Accès <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-french-2010.pdf>
- Merçay, C. (2015). *La santé dans le canton de Genève: résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2012 et de l'exploitation d'autres banques de données*. Observatoire Suisse de la santé. Accès [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_63\\_rapport\\_ge.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_63_rapport_ge.pdf)
- Naveau, S. (2003). *Hépto-gastro-entérologie*. Paris: Masson.
- Noiesen, E., Trosborg, I., Bager, L., Herning, M., Lyngby, C., & Konradsen, H. (2014). Constipation - prevalence and incidence among medical patients acutely admitted to hospital with a medical condition. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2295-2302. <https://doi.org/10.1111/jocn.12511>
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2007). *Rapport « Prévention et promotion de la santé-Rapport répondant aux postulats Humbel Näf (05.3161) et CSSS-CE (05.3230) »*.
- Organisation Mondiale de la santé. (2008). CIM-10 classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Accès <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/K59.0>
- Organisation Mondiale de la santé. (2017). CIM-11(Version Beta) classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Accès <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/>
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (Éd.). (2010). *Nursing theories and nursing practice* (3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Prichard, D., Norton, C., & Bharucha, A. E. (2016). Management of opioid-induced constipation. *British Journal of Nursing*, 25(10), S4-S11.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.10.S4>
- Prudhomme, C., & Brun, M.-F. (2009). *Appareil digestif*. Paris: Maloine.
- Rapport flajolet OMS Flajolet, A. (2001). Rapport Flajolet, Annexe 1, la prévention : définitions et comparaisons. *Ministère des Affaires Sociales et de la Santé*. Accès <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

- Université d'Ottawa. (2007). Rédiger une revue de littérature. *Centre d'aide à la rédaction des travaux universitaires*.  
Accès [www.sass.uottawa.ca/redaction](http://www.sass.uottawa.ca/redaction)
- Vander, A. J., Sherman, J. H., Luciano, D. S., Widmaier, E. P., Raff, H., Strang, K. T., ... Pradel, J.-L. (2009). *Physiologie humaine les mécanismes du fonctionnement de l'organisme*. Montréal (Québec); Paris: Chenelière éducation ; Maloine.
- White, H., Sabarwal, S., De Hoop, T. (2014). Essais contrôlés randomisés (ECR). *Fonds des nations unies pour l'enfance*. Accès <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/MB7FR.pdf>
- Zhou, L., Lin, Z., Lin, L., Wang, M., & Zhang, H. (2010). Functional constipation: implications for nursing interventions: Functional constipation: implications for nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1838-1843.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03246.x>

## 9. ANNEXES

### 9.1. Pyramide des niveaux de preuve et grades de recommandations



Tiré de : Centre Cochrane Français, 2011

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Tiré de : Haute autorité de santé, 2013

## 9.2. Niveaux de preuve selon articles

Type d'étude, niveau de preuve et grade de recommandation	Définitions
Revue de littérature Niveau 4 (C)	« Offre un survol ainsi qu'une évaluation critique d'un ensemble d'ouvrages liés à un sujet ou problème de recherche. » Université d'Ottawa, 2007
Étude quantitative Niveau 4 (C)	« Les questions cherchant à décrire des comportements ou des populations sont des recherches descriptives quantitatives. » Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). p.11
Étude comparative Niveau 2 (B)	« L'étude comparative peut être définie comme un outil d'aide à la décision qui repose sur un travail de collecte, d'analyse et de comparaison d'informations avec une finalité donnée. » (Fondimare, 2004, p. 13)
Étude de cohorte Niveau 2 (B)	« L'étude de cohorte est une étude longitudinale (i.e. suivi au cours du temps) visant à déterminer l'effet de l'exposition à un facteur de risque ». (Ludwig, C. (2015). Les plans (devis) expérimentaux et les biais [Présentation PowerPoint]. Accès : <a href="http://cyberlearn.hes-so.ch/course/v(iew.php?id=7426.)">http://cyberlearn.hes-so.ch/course/v(iew.php?id=7426.)</a> )
Étude de corrélation Niveau 4 (C)	« Les questions cherchant à examiner des relations (explorer, expliquer et prédire) sont des recherches descriptives corrélationnelles. » Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). p.12
Essai contrôle randomisé Niveau 2 (B)	« L'essai contrôlé randomisé est une méthode suivie dans le cadre de l'évaluation d'impact. A partir d'une population admissible, cette méthode permet de sélectionner de façon aléatoire le groupe expérimental qui bénéficiera d'une intervention programmatique ou politique et le groupe contrôle servira de point de comparaison. » (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, septembre, 2014, p.1)
Revue qualitative Niveau 4 (C)	« Ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. » Aubin-Auger, 2008, p.143



### 9.3. Échelle d'évaluation CAS (Constipation Assesment Scale)

Item	Pas de problème	Quelques problèmes	Problème sévère
Petit volume de selles	0	1	2
Mouvements intestinaux moins fréquents	0	1	2
Inhabilité à faire passer les selles	0	1	2
Distension abdominale ou ballonnements	0	1	2
Changement dans la quantité de gaz qui passe dans le rectum	0	1	2
Plénitude rectale ou pression	0	1	2
Selles liquides	0	1	2
Douleur rectale avec mouvements intestinaux	0	1	2

Un rang de 0 pour pas de constipation à 16 pour la constipation la plus sévère a été créé  
 0-2 = pas de constipation, 2-7 = un certain degré de constipation, 7-16 = constipation sévère

Tiré de Noiesen et al., traduction libre, 2013

## 9.4. Echelle d'évaluation du risque de constipation

### Constipation risk assessment

Tick the scores in each table, several scores may be used. Add scores together and record in the box.

**Service users name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

Medical condition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spinal cord conditions (injury, disease or congenital)	5				
Parkinson's disease	5				
Multiple sclerosis	5				
Rheumatoid arthritis	5				
Diabetes	4				
Stroke	4				
Breathlessness	4				
Impaired cognition/dementia	4				
Cancer	3				
Postoperative	3				
Clinical depression	3				
Haemorrhoids, anal fissure, rectocele, local anal or rectal pathology	2				

Current medication		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5+ drugs taken regularly	5				
Opioids	5				
NSAIDs	1				
Anticholinergics	1				
Tricyclic antidepressants	1				
Diuretics	1				
Calcium channel blockers	1				
Iron supplements	1				
No drugs	0				

Nutritional intake		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI less than 20 or greater than 30. Score =	5				
Difficulty in swallowing	5				
Unable to chew/poor-fitting dentures	3				
Needs to be fed	3				
Three balanced meals a day	0				

Age and gender		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Male	0				
Female	3				
80 + years	5				
65 – 79 years	4				
50 – 64 years	3				
18 – 49 years	0				

Mobility (Tick one only)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedbound	5				
Wheelchair bound	5				
Chair bound – transfers with assistance	4				
Walks with aids	3				
Walks short distances unaided	1				
Walks around freely	0				

Toileting facilities		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unable to sit on toilet	5				
Commode by bed in care home	4				
Supervised use of lavatory/ commode	4				
Raised toilet seat (without footstool)	3				
Independent use of lavatory	0				

Fluids		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(See below for calculation table)					
Not achieved	5				
Achieved	0				

**Fluid requirement calculation**

30ml fluid per 1 kg of body weight

Minimum fluid intake = weight in kg \_\_\_\_\_ x 30ml = \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ = Estimated actual fluid intake

Risk predictor	
40 + High Risk	
30 + Medium Risk	
20 + At risk	
10 + Monitor	

Date	Score	Signature

This form is based on The Eton Scale

Figure 1. The Sussex Health Care Constipation Risk Assessment, adapted from the Eton Scale Risk Assessment for Constipation (Kyle et al, 2005).

Tiré de Castledine et al., 2007

## 9.5. Interventions en fonction de l'évaluation du risque

Figure 3. Sussex Health Care evidence-based interventions tool for the management of constipation.

### Management of constipation: interventions

#### 10+ Monitor

Check Bristol Stool Chart. If Figure 1 or 2 then:

- Maintain a healthy diet, 5 portions of fruit and vegetables
- Encourage a good fluid intake (see Constipation Risk Assessment)
- Encourage mobility and exercise, and participate in movement and music
- 6 monthly medication review
- Observe for any change in bowel habits, see the Bristol Stool Chart
- Document any change on bowel chart and report to the nurse in charge

#### 20+ At Risk

Check Bristol Stool Chart. If Figure 1 or 2 then:

- Maintain a healthy diet, 5 portions of fruit and vegetables
- Encourage a good fluid intake (see Constipation Risk Assessment)
- Participate in music, movement and walking in the home
- Encourage mobility and exercise with physiotherapy assessment
- 6 monthly medication review
- Observe for change in bowel habits, see Bristol Stool Chart
- Document any changes on bowel chart and report to the nurse in charge

#### 30+ Medium Risk

Check Bristol Stool Chart. If Figure 1 or 2 then:

- Maintain a healthy diet and encourage supplements i.e. linseed if required also continue 5 portions of fruit and vegetables
- Encourage a good fluid intake (see Constipation Risk Assessment). May need help with feeding
- Participate in music, movement and walking in the home
- Encourage mobility and exercise with physiotherapy assessment
- 6 monthly review of medication but review earlier if indicated
- Changes in bowel habits noted may need an aperient, see Bristol Bowel Chart
- Observe closely for bowel changes and document on bowel chart report details to the nurse in charge
- Document all changes and treatment

#### 40+ High Risk

Check Bristol Stool Chart. If figure 1 or 2 then:

- Maintain a healthy diet may need to be fed and use supplements if required, 5 portions of fruit and vegetables
- Encourage a good fluid intake (see Constipation Risk Assessment) and help service user to maintain this, use of fluid chart
- If unable to get out of bed encourage passive movement to help with exercise
- Review medication and actively look at risk medications as listed with GP
- Complete daily bowel chart using the Bristol Stool Chart and report to nurse in charge
- Document all changes and treatment

Please use medication lists provided when service user requires further help with aperients, enemas or suppositories.

Tiré de Castledine et al., 2007

## 9.6. Charte de management

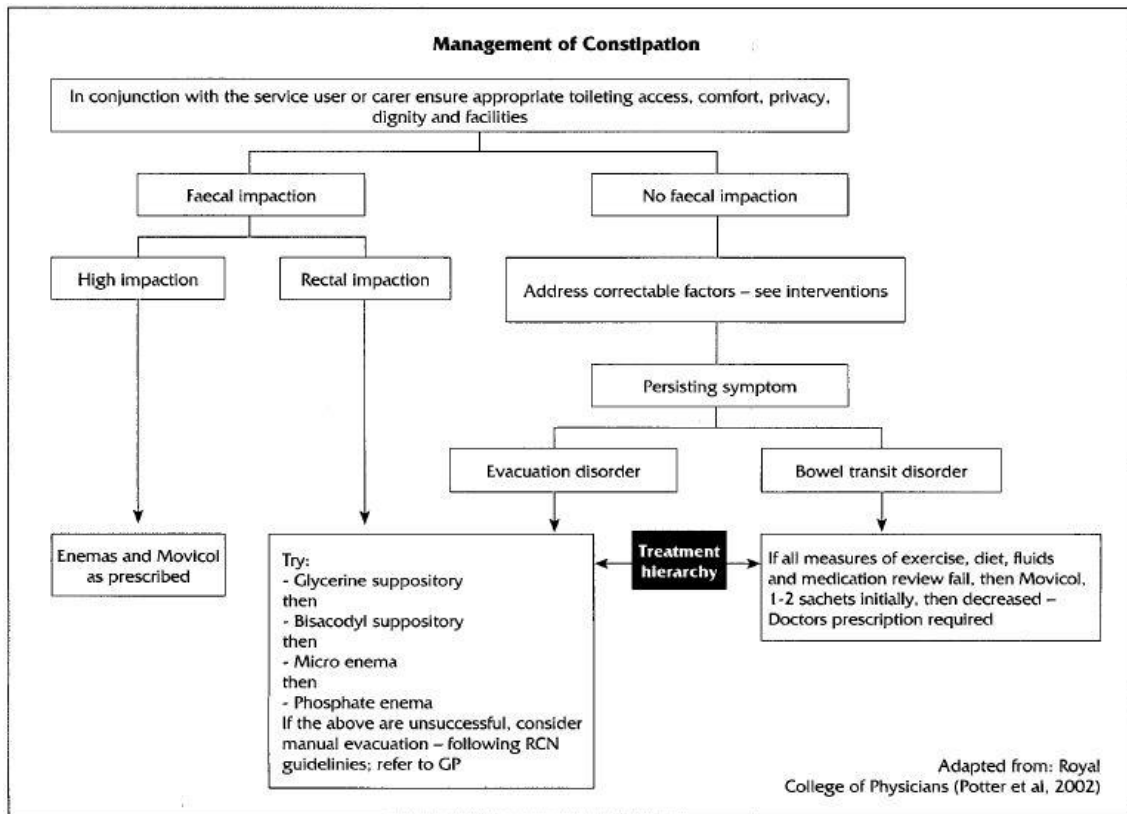
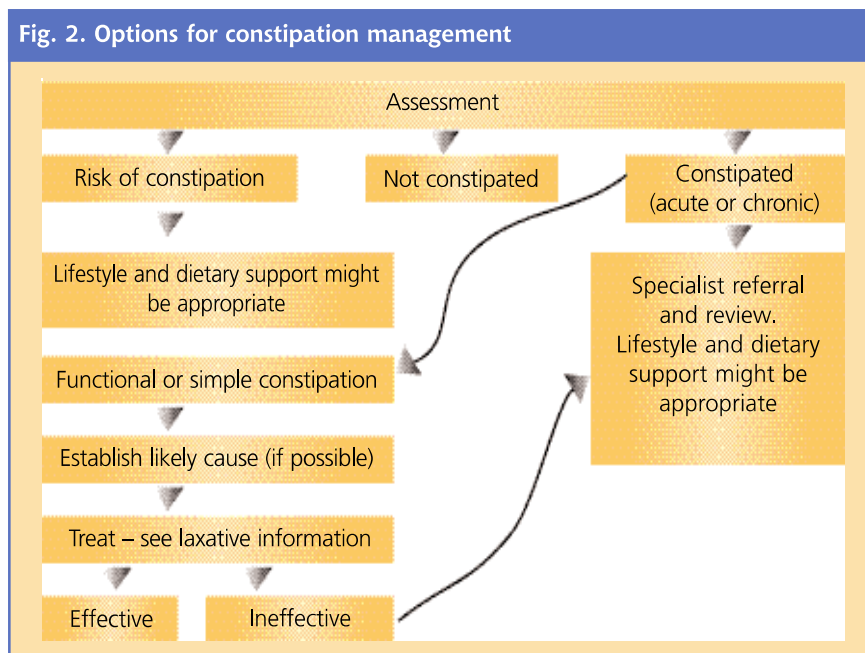


Figure 2. Sussex Health Care management of constipation flow chart, adapted from the Royal College of Physician's flow chart for bowel management (Potter et al, 2002).

Tiré de Castledine et al., 2007

## 9.7. Charte de management



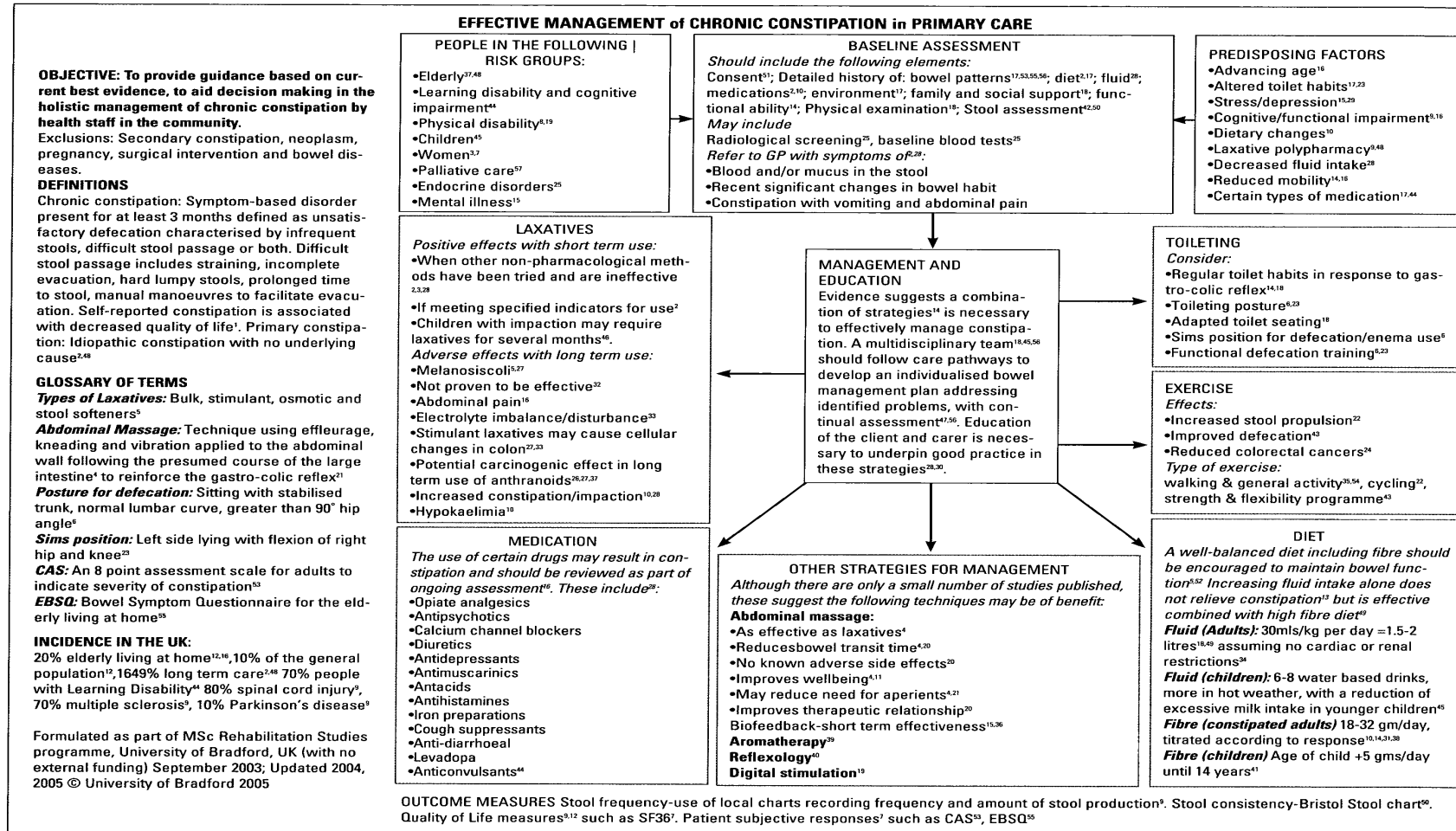
Tiré de Day, 2001

## 9.8. Echelle d'évaluation du risque

Box 1. Potential causes of constipation		
Category	Score	Symptoms
Primary self-induced		Reduced bulk or ignoring the call to stool Environmental – poor facilities, mood
Secondary idiopathic		Slow transit time constipation, diverticular disease, irritable bowel syndrome
General immobility		Dehydration, inadequate diet, anorectal abnormalities
Psychiatric		Depression, dementia
Metabolic		Hypercalcaemia, hypokalaemia, hyponatraemia
Gut lesions		Idiopathic megacolon, intestinal obstruction, carcinoma, aganglioneosis, Hirschsprung's disease, laxative-induced
Neurological		Paraplegia, spinal cord lesions, Parkinson's disease, multiple sclerosis, cerebral tumours
Endocrine		Panhypopituitarism, hyperparathyroidism, hypothyroidism, diabetes
Surgery and/or immobility		Narcotics, reduced dietary/fluid intake, stress, environmental/hygiene/lack of privacy: – bedpan/commode – prone evacuation – nurse calling/ hospital schedule
<p><b>Score:</b> Low 1-3; Medium 4-6; High 7-9 Adapted from Whiteside (1999)</p>		

Tiré de Day, 2001

## 9.9. Ligne directrice



Tiré de Emlý et Rochester, 2006

## 9.10. Fiche de lecture n°1

Day, A. (2001). The nurse's role in managing constipation. *Nursing standard (Royal College of nursing (Great Britain))* : 1987, 16(8), 41-44.  
<http://dx.doi.org/10.7748/ns2001.11.16.8.41.c3116>

### **Démarche descriptive :**

#### **Le contexte de réalisation et de publication de l'étude**

Identité des auteurs : Cet article est écrit par Angela Day, infirmière de formation

Le nom et type de revue : Il s'agit d'un article de revue contrôlé en double aveugle par des pairs. Dans la revue « Nursing standard » qui appartient aux publications du Royal College of Nursing (RCNi) au Royaume Uni. Les publications s'adressent aux infirmiers, aux autres professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants. Elle publie des analyses, des revues de pairs, articles cliniques et résultats de recherche dans le but de fournir des soins de qualité. Le RCNi a été fondé en 1987.

Le lieu de l'étude : Cet article a été réalisé au Royaume-Uni

Les objectifs pratiques : Sont tout de suite explicités dans le résumé : « discussion sur le besoin d'une vérification clinique pour s'assurer que les infirmières utilisent les options les plus efficaces pour manager et prévenir la constipation et examinent les options de traitement existant actuellement » (Page 1, Traduction libre).

#### **L'objet de l'article et le cadre théorique**

Objet de la recherche : Donner des pistes de réflexion dans le but de rendre les actions infirmières proactives et non pas réactives lorsqu'il s'agit de constipation.

Question de recherche : Comment les infirmières peuvent-elles, commencer à manager de manière active la constipation ?

Hypothèse de travail : Malgré les suggestions existantes dans la pratique, un plan d'action et des indicateurs signifiants peuvent aider à donner du sens à ces actions, faire en sorte à ce que l'on s'engage dans cette problématique et par conséquent, que l'on gagne du temps.

Cadre théorique de la recherche : il n'y a pas de cadre théorique dans cette revue

Principaux concepts et/ou notions utilisés : L'auteur met en avant le fait que dans les différentes théories infirmières, la « rubrique » élimination existe. Egalement, les différents canaux de communication pour aborder la thématique perçue comme « sale » par certains soignants mais aussi les patients. L'auteur propose aussi un schéma d'action pour analyser et planifier des actions selon l'état du patient. Finalement, elle propose une échelle de risque de constipation dans le but d'adapter les actions. Ces outils sont proposés avec l'objectif de développer des statistiques qui pourraient prouver le bien fondé des actions préventives. Elle met donc en avant le rôle propre infirmier.

### **Méthodologie de la recherche**

Outil pour la récolte de données : L'auteur utilise des références scientifiques

Population de l'étude : La personne adulte.

Type d'analyse : Il s'agit d'une recherche qualitative.

### **Présentation des résultats**

Principaux résultats de la recherche : Dans cet article de revue il n'y a pas de résultat concret mais, il y a une proposition d'utilisation d'outils dans le but d'analyser l'efficacité des actions infirmières préventives sur la constipation.

Conclusions générales : Il s'agit d'une révision du rôle propre infirmier dans le management de la constipation et sa prévention chez le patient adulte. Les connaissances et recommandations sur le sujet ont déjà fait leurs preuves. Il s'agirait d'appliquer ces recommandations de bonnes pratiques et avoir des résultats positifs par rapport aux actions entreprises.

Particularité ou originalité de l'étude : L'étude met en évidence l'importance du rôle propre infirmier sur une thématique encore taboue.

### **Ethique**

Aborder le sujet de la constipation est vécu comme quelque chose de sale par le soignant et le patient. L'étude propose des pistes de réflexion sur la communication à mettre en place.



## **Démarche interprétative**

### **Apports de l'article :**

L'article permet de prendre conscience de l'importance du rôle infirmier dans un domaine tabou et difficilement abordable parce qu'il est gênant. On trouve également des outils qui peuvent être utilisés dans la pratique infirmière, comme l'échelle ou le schéma d'action.

### Limites

L'auteur n'aborde à aucun moment dans l'article les limites de sa recherche, si ce n'est le manque de recherche avancée.

### Pistes de réflexion :

L'auteur incite le professionnel de santé, mais surtout l'infirmier, à réfléchir sur son rôle propre et les actions qui peuvent être entreprises pour éviter la survenue de la constipation. Qu'il s'agisse de médicaments ou simplement d'alimentation, elle propose une communication ouverte sur le sujet ainsi que le partage de connaissances pour évoluer dans la prévention de la constipation.

Chacune de ces recommandations pourra faire l'objet de recherches futures. Cela pourrait évaluer si une meilleure gestion de la constipation serait susceptible d'améliorer la qualité de vie des patients comme elle le propose dans la conclusion.

Remarque : peut-on réellement faire une recherche sur un sujet aussi tabou ?

## 9.11. Fiche de lecture n°2

Eline Noiesen., Ingelise Trosborg., Louise Bager., Margrethe Herning., Christel Lyngby et Hanne Konradsen (2013)

Constipation- prevalence and incidence among medical patients actutely admitted to hospital with a medical condition. ( N°23). 2295-2302

DOI : 10.1111/jocn.12511

### Démarche descriptive

#### **Le contexte de réalisation et de publication de l'étude**

##### Identité des auteurs :

Cet article a été écrit par 6 auteurs pour le Journal of Clinical Nursing :

Eline Noiesen, Ingelise Trosborg, Louise Bager, Margrethe Herning, Christel Lyngby and Hanne Konradsen

Le nom et type de revue : Le journal se nomme « Recherche en soins infirmiers ». Il existe depuis 1985, son but est de publier des articles de recherche, de réflexion épistémologique ou de méthodologie. Il favorise le développement des connaissances des soignants sur différents points : La promotion de la santé, la prévention des maladies et le confort durant la maladie et en fin de vie, ainsi que le développement professionnel.

Le lieu de l'étude : L'étude a été menée dans un hôpital Universitaire dans la région de Copenhague

#### **L'objet de l'article et le cadre théorique**

##### Objet de la recherche :

Le but de la recherche est : « Examiner la prévalence et l'incidence des symptômes de la constipation rapportés par les patients hospitalisés lors de séjours de courte durée ». L'étude relève le besoin de développer des guidelines pour traiter la constipation et des mesures préventives pour assurer que les patients ne deviennent pas constipés durant leur hospitalisation.

De plus,

- Elle met en lumière une condition clinique qui est souvent ignorée.
- Etant donné que le temps d'hospitalisation tend à être court, la constipation peut ne pas être découverte lors de l'hospitalisation. Alors, le patient peut soit rentrer à la maison avec les symptômes, soit être transféré à une autre unité et déjà présenter les symptômes.
- Elle met en avant l'importance de la coopération entre les professionnels pour le traitement de la constipation avant, pendant et après l'hospitalisation.

Question de recherche : Il n'y a pas de question clairement formulée, mais les auteurs font une recherche sur constipation-prévalence et incidence parmi les patients admis de manière aiguë à l'hôpital avec une affection médicale.

Hypothèse de travail : Il n'y a pas d'hypothèse clairement formulée ou insinuée.

Cadre théorique de la recherche : Il n'y a pas de cadre théorique dans cette recherche

### **Méthodologie de la recherche :**

#### Outil de récolte de données :

Pour cette étude, il y avait 820 patients durant la période de l'étude. Celle-ci a été faite durant 7 semaines, d'octobre à novembre 2015. L'échelle utilisée pour l'étude est le CAS (l'échelle d'évaluation de la constipation), elle sert à évaluer la fonction intestinale des différents patients. L'échelle se compose de 8 items qui ont été créés sur la base d'une recherche documentaire, elle est considérée comme universelle. Les 8 items sont : distension abdominale ou ballonnements, changement de la quantité des gaz, selles moins fréquentes, écoulement de selles liquides, plénitude rectale ou pression, douleurs rectales avec selles, petit volume de selles et incapacité d'exonération. Chacune de ces caractéristiques est calculée sur 3 points : aucun problème (0 point), un problème (1 point), problème grave (2 points). Un score de 2 ou plus indique un début de constipation, 7 ou plus équivaut à une constipation sévère.

Pour l'étude, l'échelle a dû être traduite en danois. L'autorisation a été obtenue par l'auteur original. Le groupe de chercheurs a traduit l'étude, qui a ensuite été vérifiée par l'auteur original et une équipe de professionnels de la santé pour que la traduction soit validée.

### Population de l'étude :

Pour être éligibles, les patients devaient être capable de signer le consentement, devaient comprendre le danois, devaient être hospitalisé depuis le début dans l'hôpital et non être transférés d'un autre hôpital, ne devaient pas avoir de maladie inflammatoire de l'intestin, ne pas avoir de colostomie ou iléostomie. Ils devaient être hospitalisés.

### Type d'étude : Etude de cohorte

## **Présentation des résultats**

### Principaux résultats de la recherche :

Sur 820 patients admis au départ, 373 ont participé à l'étude et 447 ont été exclus selon les critères mentionnés ci-dessus. Les raisons principales d'exclusion : 30% étaient dans l'incapacité de donner un consentement écrit, 18% étaient peu disposés à participer. Sur les 373 patients participants, 38% étaient des hommes et 62% des femmes. Au total, 39% des patients avaient un score égal ou supérieur à 2, 32% avaient entre 2-6 indiquant un degré de constipation, 7% avaient entre 7-12 indiquant une constipation sévère. 227 patients (61%) ne présentaient aucun signe de constipation avec un score entre 0-1. Les patients avec un score égal ou supérieur à 2 prenaient des laxatifs, alors que les patients avec un score entre 0-1 n'en prenaient pas. Le score CAS moyen, à l'admission était de 1,493. Trois jours après l'admission, 107 des patients avec un résultat entre 0-1 étaient toujours hospitalisés, 79% d'entre eux ont participé à la 2ème partie de l'étude et 21% ont en été exclus. Le score du CAS moyen 3 jours après l'admission, était de 2,40. 43 % des patients après 3 jours d'hospitalisations ont manifesté des signes de constipation.

### Conclusion générale :

Selon les auteurs, il serait pertinent d'élaborer des directives cliniques concernant les traitements de la constipation. Les patients ne demandent pas forcément de laxatifs de peur d'aborder le sujet. « Les résultats de cette étude indiquent que les professionnels de la santé négligent souvent le problème de la constipation et ne peuvent donc pas répondre aux questions de leurs patients. » (Journal of clinical Nursing n° 23, p.6). Cette étude est la première à identifier le problème de la constipation lors d'hospitalisation, la prévalence de 39% indique que la constipation est une affection commune et probablement négligée (p.4). L'utilisation des laxatifs n'est pas considérée comme un acte préventif à l'admission, mais comme une intervention infirmière (p.6) « L'attention devrait être accordée à la nécessité d'interventions qui peuvent prévenir la constipation avant et / ou après l'hospitalisation » traduction libre p.7

Limites : Peu d'informations sur la 2ème étape de l'étude. Manque d'information sur les interventions infirmières utilisées chez les patients avec un score bas. Une analyse supplémentaire devrait être faite, car certains des patients de l'étude provenaient de maisons médicales. Il faudrait faire des recherches supplémentaires car le niveau de preuve de l'étude est bas.

Les résultats sont basés sur ce que les patients ont rapporté, ainsi, les patients n'ayant pas rapporté de symptômes n'ont pas été évalués.

L'embarras des patients est considéré comme un biais également.

### Recommandations pour la recherche :

L'étude met en avant la pertinence de développer des lignes directrices concernant les traitements ainsi que les mesures préventives. Ceci dans le but de diminuer la prévalence de constipation à l'hôpital.

### Ethique :

L'autorisation a été obtenue auprès de la Direction danoise de la protection des données «Agence». Le comité d'éthique de la région de Copenhague a approuvé l'étude.