

Travail de Bachelor			haute école neuchâtel berne jura  santé delémont neuchâtel
M. Charmillot P.-A.	REC3.2	Mise à jour : 29.06.2018	

Travail de Bachelor REC3.2

« Quels sont les effets des habiletés relationnelles infirmières sur l'estime de soi et l'adaptation de la femme âgée de plus de 65 ans atteinte d'incontinence urinaire dans un contexte de soins chroniques ? »

Camille Joray, Gabriela Amor Iglesias, Mansouratou Sokpolie

Soins infirmiers, BAC 15, Delémont

Table des matières

Résumé	vi
Problématique	vi
Concepts abordés	vi
Méthode	vii
Résultats.....	vii
Conclusion	vii
Mots-clés	viii
Remerciements.....	ix
1. Introduction.....	1
2. Problématique.....	5
2.1. Emergence de la question de départ	6
2.2. Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers .	7
2.3. Métaparadigme infirmier.....	8
2.3.1. Le soin	9
2.3.2. L'environnement.....	10
2.3.3. L'être humain.....	12
2.3.4. La santé.....	12
2.4. Les savoirs infirmiers.....	14

2.4.1.	Le savoir empirique	14
2.4.2.	Le savoir éthique.....	15
2.4.3.	Le savoir personnel.....	16
2.4.4.	Le savoir esthétique.....	17
2.5.	Revue exploratoire	18
2.5.1.	L'incontinence urinaire	18
2.5.2.	Quelques données chiffrées	20
2.5.3.	Conséquences psycho-sociales.....	21
2.5.4.	Les pratiques des soignants.....	24
2.5.5.	La demande d'aide des patients.....	26
2.5.6.	Rencontres professionnelles	27
2.5.7.	Rencontres avec des patientes.....	28
2.5.8.	Apports de la revue exploratoire sur la question.....	30
2.5.9.	Concepts pertinents retenus	31
2.5.10.	Les perspectives émergentes pour la pratique infirmière	32
3.	Concepts et champs disciplinaires infirmiers.....	34
3.1.	Concepts retenus	35
3.1.1.	L'accompagnement	35
3.1.2.	L'estime de soi	37

3.1.3.	L'adaptation	39
3.2.	Choix du cadre théorique.....	42
4.	Méthode	48
4.1.	Méthode PICOT et délimitation de la question de recherche.	49
4.2.	Réalisation de la question de recherche.....	51
4.3.	Les critères de sélection des articles scientifiques.....	51
4.4.	Nature des articles retenus	53
4.5.	Niveau de preuve des articles sélectionnés	54
4.6.	Analyse des articles.....	55
4.7.	Analyse finale	55
5.	Synthèse des résultats/discussion.....	58
5.1.	Synthèses des résultats des articles.....	59
5.1.1.	Evaluation et amorçage	59
5.1.2.	Empowerment	61
5.1.3.	Agir sur les habitudes de vie	62
5.1.4.	Individualité et besoins.....	63
5.1.5.	Relation de confiance et partenariat.....	64
5.1.6.	Stratégies de communication	65
5.1.7.	Evidence Based Practice	66

5.1.8.	Articles complémentaires	67
5.2.	Développement des résultats en lien avec la question PICOT	67
5.3.	Propositions pour la pratique	71
6.	Conclusion	73
6.1.	Apport du travail de Bachelor.....	74
6.2.	Limites du travail	76
6.3.	Perspectives pour la recherche.....	78
7.	Références.....	81
8.	Appendices	87
	<i>Appendice A : Entretien avec une professionnelle.....</i>	<i>88</i>
	<i>Appendice B : Entretien avec des patientes atteintes d'incontinence urinaire.....</i>	<i>95</i>
	Selon Mme C., dans un contexte d'EMS.....	95
	Selon Mme L., dans un contexte de soins à domicile.....	96
	<i>Appendice C : Recherche d'articles</i>	<i>98</i>
	<i>Appendice D : Tableau des résultats d'articles.....</i>	<i>103</i>
	<i>Appendice E : Tableau des niveaux de preuves des articles sélectionnés</i>	<i>105</i>
	<i>Appendice F : Grilles de Fortin.....</i>	<i>108</i>

Résumé

Problématique

Actuellement, l'incontinence urinaire est fréquente chez les personnes âgées et son impact sur la qualité de vie des personnes touchées est très important. De plus, la population âgée est en hausse constante de nos jours. Ceci pose donc un problème de santé publique mais aussi une problématique au niveau de la qualité de vie des personnes touchées par l'incontinence urinaire.

Les infirmiers semblent manquer de recommandations pour la prise en soin de l'incontinence urinaire : le but de notre travail est donc d'investiguer comment les habiletés relationnelles agissent sur l'estime de soi et l'adaptation des patients.

Concepts abordés

Les différents concepts abordés dans ce travail sont l'incontinence urinaire, l'accompagnement infirmier qui représente la notion d'habiletés relationnelles, l'estime de soi et l'adaptation. La théorie utilisée pour ancrer les concepts est la théorie de l'adaptation de Roy.

Méthode

Une méthode de type PICOT a été utilisée pour transcrire les concepts en mots-clés pour la recherche dans les bases de données qui sont : Pubmed ; Cinhal ; PsyInfo ; Medline ; Cochrane et JBI. La question PICOT est de type intervention et les articles recherchés sont de types qualitatifs. Onze articles ont été trouvés et analysés à l'aide de la Grille de Fortin. Leur année de publication s'apparente à une ancienneté de maximum dix ans.

Résultats

Les articles trouvés ont été analysés et ont mis en évidence plusieurs thèmes qui répondent à notre question de recherche.

Les thèmes ressortis sont l'évaluation et l'amorçage ; l'empowerment ; agir sur les habitudes de vie ; l'individualité et les besoins du patient ; la relation de confiance et le partenariat ; les stratégies de communication et finalement l'Evidence Based Practice (EBP).

Conclusion

Les résultats de notre recherche ont prouvé que l'infirmier, à travers ses habiletés relationnelles que symbolise l'accompagnement, influence l'estime de soi et l'adaptation de la femme âgée à travers son processus d'incontinence urinaire. L'action infirmière aura un impact positif ou négatif sur l'adaptation

et l'estime de soi selon la manière dont elle approche le patient. Néanmoins, les résultats comportent plusieurs limites qui ne permettent pas une fiabilité totale de la preuve scientifique. Il est donc nécessaire d'approfondir les recherches sur ce sujet afin de valider les ébauches de résultats actuellement présents dans la science infirmière.

Mots-clés

Incontinence urinaire ; estime de soi ; adaptation ; habiletés relationnelles ; personnes âgées.

Remerciements

Au terme de ce travail, nous tenons tout d'abord à remercier notre directeur de travail de Bachelor, Monsieur Pierre-Alain Charmillot, pour son implication sans faille dans le suivi de notre travail et particulièrement son soutien dans les moments difficiles. Il a toujours su nous guider, nous redonner de l'espoir et de la confiance.

Nous tenons également à remercier d'autres professeurs qui nous ont épaulées durant ce travail, en nous conseillant et nous procurant des contenus théoriques concernant l'orientation de notre travail de Bachelor, tout comme Madame Laporte, Monsieur Schirlin, Madame Schwander-Maire ou encore Monsieur Comte.

Un remerciement tout particulier à Monsieur Patrick Lapaire également qui a gentiment accepté d'examiner l'orthographe et la syntaxe de notre travail.

Nous remercions aussi notre entourage et notre famille pour leur soutien constant durant la réalisation de ce travail.

1. Introduction

Notre travail de Bachelor se présentera sous la forme d'une revue de littérature qui se basera sur une question précise située dans un contexte de soins spécifique. Il s'agira donc pour nous de mener une recherche qui répondra à notre thématique liée à une question issue de la clinique infirmière. La substance de notre étude visera à acquérir et à partager des savoirs scientifiques afin d'enrichir les pratiques et la culture de la science infirmière.

En voici la trame :

- Chapitre 1 : Introduction, brève présentation de la nature du travail de Bachelor.
- Chapitre 2 : Problématique, qui détaillera pourquoi nous avons choisi cette thématique et qui la mettra en lien avec les différents concepts infirmiers.
- Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers, qui découleront de nos recherches personnelles sur la thématique et du choix du cadre théorique.
- Chapitre 4 : Méthode, qui expliquera la façon dont nous avons ciblé la problématique en prenant en compte toutes les composantes et qui présentera les articles retenus et analysés pour répondre à notre questionnement de départ.
- Chapitre 5 : Synthèse des résultats / discussion, qui évaluera la pertinence des résultats trouvés dans chaque article.
- Chapitre 6 : Conclusion, qui présentera les apports du travail et ses perspectives.

Grâce à notre étude, nous pourrions apporter une clarification à notre savoir théorique en rapport avec la problématique qui est présente actuellement sur le terrain.

De plus, ce travail nous permettra de développer nos compétences méthodologiques afin de nous familiariser avec une démarche qui nous suivra dans notre parcours professionnel.

Les réponses apportées par l'analyse des sources scientifiques et issues de la science infirmière nous aideront à inclure des connaissances spécifiques à la problématique et donc de les intégrer pour en comprendre le sens et en mesurer les impacts. Ainsi, nous pourrions les mettre en application dans le contexte donné. Nous favoriserons l'accroissement de nos connaissances professionnelles et les utiliserons pour améliorer notre pratique et ainsi favoriser des soins de qualité en tant qu'infirmiers HES.

Afin de nous baser sur des résultats probants, nous utiliserons des sources avec une fiabilité scientifique solide et démontrée par leurs méthodes de recherches.

Dans le but de trouver des articles scientifiques probants, nous effectuerons les recherches dans les bases de données accessibles pour la science infirmière (Ovid, Medline, Cochrane, PsycInfo, etc.).

Nous nous baserons sur des critères de niveaux de preuve afin d'obtenir des résultats scientifiquement valables pour notre étude.

Nous devons mettre l'accent sur les interventions et la qualité des soins, en accord avec ces références.

Chaque article sera analysé avec précision grâce à la « Grille d'analyse d'article de Fortin » (Fortin & Gagnon, 2010) qui permettra d'en valider la fiabilité. Ainsi, nous pourrons utiliser ces données et les mobiliser.

Ces résultats probants seront déterminants pour notre réflexivité et orienteront nos hypothèses en adéquation avec la réalité du terrain professionnel.

Notre compréhension de l'utilité du travail de Bachelor réside tout d'abord dans la possibilité de mettre en place une réflexion concernant un sujet actuellement problématique dans la pratique infirmière et de réussir à mener une recherche probante le concernant. À la suite de cela, nous pourrons nous familiariser avec les bases de données et acquérir une systématique de recherche qui nous sera profitable dans notre futur exercice de la profession.

Ce degré d'expertise en matière de recherche scientifique nous permettra d'actualiser régulièrement nos pratiques professionnelles dans le but de prodiguer des soins de qualité aux patients et de mettre en place les meilleures interventions de soins possibles. Ce processus fait partie de notre rôle autonome infirmier et de notre référentiel de compétences.

Pour nous, notre travail de Bachelor aura par sa finalité même un impact enrichissant sur la pratique infirmière.

2. Problématique

2.1. Emergence de la question de départ

Le choix de notre travail s'est porté sur le sujet suivant : « Comment accompagner la question de l'incontinence chez la personne âgée ? ».

Ce choix est survenu à la suite des cours théoriques reçus lors de la formation de Bachelor en soins infirmiers ainsi qu'à nos observations effectuées lors de nos stages pratiques dans les secteurs des soins à domicile, et de la réadaptation, en EMS et en milieu hospitalier.

Le problème de l'incontinence urinaire chez la personne âgée est peu traité par les soignants en ce qui concerne les approches thérapeutiques et relationnelles (Lauzon & Adam, 1996). De plus, il est démontré par les statistiques fédérales en Suisse (OFS, 2015) que la population actuelle est majoritairement âgée et que ce phénomène va s'accroître durant les années à venir.

Nous avons envie de déconstruire la stigmatisation de l'incontinence urinaire chez la personne âgée. Par rapport à nos expériences en unité de soins chroniques, les soignants banalisent régulièrement les conséquences de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées et ne perçoivent pas les incidences du port de protections urinaires par un nombre élevé de personnes incontinentes. Or, les personnes touchées subissent souvent des impacts psychologiques importants mal reconnus par les équipes soignantes (Xu & Kane, 2013) (Gonthier, Cornuz, Pasche, Ahtari, & Jichlinski, 2008).

Nos observations dans les lieux de stage ont révélé que l'impact de l'incontinence urinaire est aussi très important chez beaucoup de personnes du point de vue de leur santé.

Néanmoins, il se trouve que dans notre société actuelle, l'incontinence est un sujet tabou, que ce soit pour les personnes touchées elles-mêmes ou leur entourage, comme pour les soignants. Être incontinent est mal vu par la société, et pire, cela est parfois vécu comme une honte pour les personnes atteintes (Gonthier et al., 2008). Nous avons remarqué que ce sujet affecte la personne souffrante dans toute sa globalité.

Il tient à cœur au groupe d'étudier les questions relatives à cette pathologie et la diversité de sa prise en compte dans les divers lieux de soins. Par rapport à nos observations, à nos constats, notre interrogation est de savoir quelle pourrait être notre contribution dans nos futurs lieux de travail pour soutenir une personne âgée confrontée à un problème d'incontinence urinaire.

2.2. Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers

Dans ce deuxième paragraphe, les notions de fondements philosophiques des sciences infirmières vont être analysées, mobilisées et résumées. Cela va permettre l'établissement de liens entre notre question de départ, les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett & Alligood, 2005) et les modes

de savoirs de la science infirmière (Carper, 1978 ; Kramer, & Chinn, 2008). L'objectif de cette réflexion est de signaler la pertinence de notre question de départ pour les soins infirmiers. Elle montrera l'ancrage de la problématique dans le domaine et son impact réel émergeant dans l'analyse des concepts.

La discipline infirmière est orientée vers les processus par lesquels tout changement positif d'un état de santé se produit, tout en prenant en compte l'interaction des personnes avec leur environnement de vie à travers des modèles comportementaux. En finalité, les principes influençant la notion de bien-être, ainsi que la manière d'être des personnes en santé ou malades sont recherchés (Donaldson, S.K., Crowley, 1978). L'intérêt central de la discipline infirmière est le soin sous toutes ses formes, envers les populations, communautés, familles et personnes qui interagissent en continu dans un environnement tout en vivant leurs expériences de santé (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010).

2.3. Métaparadigme infirmier

Comme décrit par Fawcett (Fawcett & Alligood, 2005), le métaparadigme infirmier concerne la structuration et l'organisation des phénomènes. Il vise les objets de référence de la discipline prenant la forme de quatre concepts, venant délimiter, unifier et diriger le champ disciplinaire. Par conséquent, les soignants mobilisent leurs actions à travers les bases fondamentales

intellectuelles et sociales représentant les quatre concepts qui sont le soin, l'environnement, la personne et la santé.

2.3.1. Le soin

Selon Fawcett (Fawcett, 1984 ; Fawcett & Alligood, 2005), le concept de soin fait référence au sens de la prise en soin infirmière et sa finalité, tout en intégrant les comportements entre soignant et soigné créant la relation thérapeutique. Les actions infirmières vont se concrétiser à travers des activités avec une temporalité donnée grâce à la planification d'objectifs et leurs échéanciers, les interventions et leurs évaluations.

Concernant notre question de départ, la notion d'accompagnement est la conceptualisation de la prise en soin. Elle va être tournée vers une approche psychique, émotionnelle et comportementale. À travers l'analyse d'articles scientifiquement probants, les ressources actuelles dans le domaine infirmier concernant l'incontinence urinaire vont être mises en lumière. Les interventions infirmières doivent aider la personne âgée incontinente à diminuer les impacts de la pathologie sur son psychisme par l'intégration de son environnement, l'acquisition de ressources personnelles qui vont permettre le passage d'un état de déséquilibre à un équilibre durant un temps donné (Meleis, 2010).

Nous chercherons à découvrir quels soins permettront cet équilibre : tel est l'objectif du présent travail Bachelor.

2.3.2.L'environnement

Le concept d'environnement prend en référence les interactions de l'individu avec les autres et avec son environnement physique. De plus, il prend en compte les conditions culturelles, sociétales, territoriales, nationales et économiques des individus venant influencer le processus de santé (Fawcett, 1984 ; Fawcett & Alligood, 2005).

L'environnement de la personne reprend tous les déterminants de la santé. Ils se composent de facteurs qui agissent et interagissent dans l'environnement de vie de l'individu et influencent sa santé. Pour accompagner la personne dans son vécu face à la maladie, les infirmiers¹ devront prendre en compte les ressources et les facteurs limitant le processus de santé actuel (Dahlgren & Whitehead, 1991). Dans la pathologie de l'incontinence urinaire, les personnes subissent des impacts au niveau des différents déterminants de santé. En effet, les personnes affectées doivent modifier leur mode de vie individuel avec une organisation pour la gestion des pertes mais aussi dans leurs différents réseaux sociaux ou encore dans leurs activités en communauté (Dahlgren & Whitehead, 1991). De ce fait, les infirmiers se doivent de porter soutien à ces personnes pour les accompagner au mieux dans tous les déterminants de la santé.

¹ Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Les personnes âgées entrent généralement en relation avec les soignants selon leur système d'attachement lorsque l'angoisse survient. Ainsi, les interactions entre l'infirmier et la personne âgée vont dépendre du style d'attachement du soigné, ce dernier étant un moteur ou frein à l'accompagnement infirmier face à l'incontinence urinaire. Pour répondre aux besoins physiques et psychiques des personnes, le soignant devra analyser leur type de comportement de la personne pour être en alerte et répondre aux signes donnés par celles-ci dans l'interaction (Guedeney & Guedeney, 2009).

Comme citées par Roy (Amy Sinclair, Ramsay, Sinclair, & Ramsay MRCOG, 2011 ; C Roy, 1988 ; Callista Roy, 2009), les expériences culturelles vécues par la personne vont déterminer le processus d'adaptation. Elles peuvent être facilitantes ou limitantes pour la personne âgée présentant une incontinence urinaire. En rapport avec l'incontinence urinaire, l'environnement dans lequel vit la personne peut être très important, car elle peut susciter un sentiment de honte chez la personne incontinente. En effet, en compagnie de son mari, la femme incontinente pourra éprouver un malaise à l'idée que son mari découvre çà et là des souillures, dans le lit ou sur le canapé par exemple. De plus, l'environnement inclut l'endroit dans lequel vit la personne incontinente. Les odeurs ou les taches, par exemple, peuvent être un problème pour les habitants de la maison mais aussi une source de gêne pour la personne touchée lorsqu'elle est en public, de peur que cela ne se remarque (Xu & Kane, 2013a). Ces personnes devront alors s'adapter à un changement de vie et les infirmiers seront là pour les aider à passer ce cap.

2.3.3.L'être humain

Le concept de l'Humain créé par Fawcett (Fawcett, 1984 ; Fawcett & Alligood, 2005) fait référence aux familles, aux communautés et aux cultures des personnes prises en soin.

La personne touchée par l'incontinence urinaire va être le centre de notre questionnement, tout en l'intégrant dans une vision holistique afin de l'accompagner dans ses dimensions biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles (Berquin, 2010). Nous allons travailler sur l'individualité de la personne et sur sa propre expérience. De plus, dans chaque pathologie, et notamment l'incontinence urinaire, la personne touchée doit faire appel à ses capacités d'adaptation afin d'opérer un changement vers une nouvelle vision de sa vie et d'elle-même. Notre rôle sera donc d'accompagner la personne tout au long de ce processus pour lui permettre de développer son expertise (Callista Roy, 2009).

2.3.4.La santé

Dans le concept de santé, Fawcett (Fawcett, 1984 ; Fawcett & Alligood, 2005) se réfère aux processus de vie et de mort pour l'être humain.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946, la santé est un état de bien-être physique, psychique, environnemental et social. Une personne âgée incontinente urinaire vit un déséquilibre au niveau psychique par la crainte de pertes d'urines involontaires (Gonthier et al., 2008) avec un impact sur l'image

de soi, l'estime de soi, les relations conjugales et la socialisation (Imamura, Williams, Wells, & Mcgrother, 2015).

En lien avec la question de recherche, l'impact psychique de l'incontinence urinaire dans la vie de la personne âgée doit être recherché, analysé et accompagné par les soignants afin de pouvoir guider celle-ci dans un processus de transition. Une baisse des symptômes psychiques liés au vécu, une hausse du sentiment de bien-être cité par l'individu et de nouvelles ressources d'adaptation (Schumacher, Jones, & Meleis, 1999) permettent le passage d'un état physique et psychique vers un autre. Cela se produit dans un environnement biologique, psychique et socioculturel avec une temporalité donnée. La transition est un passage entre deux périodes relativement stables et durant un certain temps (Chick & Meleis, 1986).

Selon Roy, (Bakan, G., & Akyol, 2008 ; C Roy, 1988, 2011) pour que la personne puisse s'adapter à sa nouvelle condition, elle doit intégrer les composantes de son environnement et des individus. Quand la personne prend conscience de sa situation et de son environnement, elle arrive à avoir des pensées, des sentiments lui donnant l'énergie pour s'adapter. Ainsi, les soignants doivent être des ressources dans le vécu émotionnel et le comportement de la personne âgée atteinte d'incontinence urinaire. Ils doivent accompagner la personne dans son adaptation à l'incontinence urinaire et suggérer de nouvelles habitudes de vie la concernant.

2.4. Les savoirs infirmiers

Les quatre savoirs selon Carper (Carper, 1978) qui comprennent le savoir empirique, le savoir esthétique, le savoir personnel, le savoir éthique, sont des savoirs avec lesquels les infirmiers sont amenés à travailler et à étudier et sont considérés comme les modes de savoir infirmier. Ils sont expliqués ci-dessous et ont été étudiés de façon à faire le lien avec notre sujet.

2.4.1. Le savoir empirique

Ce savoir fait référence aux connaissances scientifiques. Il est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes. Toutes les recherches scientifiques, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives, utilisent l'approche scientifique du savoir empirique. Le savoir infirmier croît sans cesse grâce aux recherches et le défi, aujourd'hui, est de transformer les pratiques infirmières en fonction de ces savoirs apportés (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017). Il explique et prédit les phénomènes liés à la discipline infirmière. Le savoir empirique est lié à ce que nous voyons, touchons et entendons (Chinn & Kramer, 2011).

Notre but, à travers ce travail de Bachelor, est d'effectuer des recherches probantes et d'acquérir des savoirs scientifiques suffisamment précis afin de développer des connaissances plus approfondies sur le sujet de l'incontinence urinaire et ses impacts. De ce fait, nous ferons des liens entre ce que l'on observe chez la personne âgée avec une incontinence urinaire et ce que l'on

va connaître à travers nos différentes recherches. Ceci nous permettra d'améliorer notre posture face à l'expérience vécue par la personne avec une incontinence urinaire. Selon nous, une pratique infirmière compétente s'enracine dans des données issues de la recherche en les contextualisant pour tenir compte de l'unicité de la personne tout en améliorant les actes infirmiers dans l'accompagnement de l'incontinence urinaire.

2.4.2. Le savoir éthique

Le savoir éthique est un processus de prise en compte des valeurs et de tout ce qui est d'ordre moral dans les diverses situations de soins. Il concerne ce qui est juste, bon, désirable et s'ancre dans des principes et des codes précis. Il vise principalement à montrer le comportement moral et éthique de l'infirmier dans sa pratique quotidienne et à l'aider à prendre des décisions face à des dilemmes éthiques, par exemple (Pepin et al., 2017).

Dans notre travail, cette approche philosophique est primordiale, car le thème de l'incontinence urinaire est un sujet qui touche à l'intégrité de la personne. La question initiale de notre travail « Comment accompagner la question de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées ? » aborde déjà, sans précision, les dimensions éthiques de l'accompagnement. L'adverbe « comment » initie un questionnement sur une juste façon d'agir avec ces personnes, dans le but, certes implicite, de favoriser ce qui est le plus désirable et bon pour la personne âgée.

Nous pouvons donc imaginer que quelles que soient nos recherches, ce travail cherchera à aboutir à un résultat moral et éthique, dans le but d'atteindre au bien-être de la personne touchée. Ce savoir aura alors une influence considérable dans la réflexion continue de notre thématique.

2.4.3. Le savoir personnel

Il prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmier dans un but de devenir un être unitaire, conscient et authentique. Il signifie qu'il doit avoir une compréhension objective de lui-même et des autres. Ce sont autant l'intellect que les intuitions qui jouent un rôle dans cette connaissance de lui-même. Il est décrit que plus l'infirmier sera imprégné de ce savoir, mieux il sera ouvert et compréhensif envers le monde qui l'entoure. Au contraire, s'il ne parvient pas à se connaître et à explorer suffisamment ses perceptions, émotions et pensées, il aura une attitude fermée et ne pourra donc pas faire preuve de compassion ni prendre efficacement en soin ses patients (Pepin et al., 2017).

Ce savoir aura toute son importance dans les différents contacts que nous pourrons établir durant ce travail. En effet, notre savoir personnel nous permettra d'acquérir suffisamment d'ouverture d'esprit et d'empathie afin de comprendre objectivement ce que les différentes personnes rencontrées auront à nous dire pour ainsi le retranscrire de façon réaliste et fiable dans ce mémoire. De plus, le volet de l'accompagnement nécessitera ce savoir, car

accompagner une personne implique de la comprendre et d'être disponible pour elle : c'est exactement à cela que fait référence ce savoir.

L'attitude infirmière en découle et va influencer l'image projetée sur le patient, notamment au travers de la communication non-verbale. Par exemple, lors d'une fuite urinaire, l'attitude non-verbale de l'infirmier peut renvoyer un message négatif au patient (Lauzon & Adam, 1996).

2.4.4. Le savoir esthétique

Il est aussi nommé « art des soins infirmiers ». Ce savoir fait référence à la signification à donner à une situation et aux ressources créatives à développer afin de rejoindre l'autre profondément et de rendre possible ou transformer une expérience. Il retranscrit toutes les expressions artistiques d'un infirmier au quotidien, par exemple, la beauté d'un geste ou l'intensité d'une interaction. Il s'agit d'embellir le soin ou la situation en trouvant des stratégies créatives (Pepin et al., 2017).

Nous aurons grand besoin de cet aspect du savoir lors de notre travail, afin d'intégrer cette dimension dans notre réflexion ; la question de recherche en tiendra compte. Le fait d'élaborer notre question de recherche demandera l'aide du savoir esthétique et de la créativité.

De plus, ce travail demandera d'exprimer une certaine créativité afin de développer, d'abord, un ensemble thématique, puis d'aiguiser des recherches dans le but de réaliser un travail complet et précis.

2.5. Revue exploratoire

Pour circonscrire notre sujet, nous avons effectué des recherches scientifiques dans les bases de données et dans la littérature. Nous nous sommes basées également sur les cours théoriques et, en vue de compléter nos observations, sur des témoignages de professionnels de santé et de patients atteints d'incontinence urinaire. Cette recherche s'est penchée tout d'abord sur l'incontinence urinaire sous son aspect clinique, puis ses données statistiques, ses conséquences psycho-sociales et enfin les pratiques des soignants pour sa prise en charge. Ceci nous permettra de poser une question de recherche.

2.5.1.L'incontinence urinaire

La miction physiologique est un réflexe qui se déclenche lorsque la vessie atteint sa capacité maximale qui est de 300ml. Elle est volontaire, sous contrôle, sans efforts, rapide et complète, dans le cas d'une miction normale. Si des contractions involontaires de la vessie viendraient à apparaître, la miction deviendrait pathologique en déclenchant l'incontinence urinaire. (Prudhomme, Jeanmougin, & Geldreich, 2010)

En présence d'une incontinence urinaire, le processus physiologique devient pathologique. Elle touche principalement les personnes âgées de 65 ans et plus et les femmes après grossesses (Gonthier et al., 2008).

Il est important de savoir qu'il y a plusieurs types d'incontinences urinaires. Premièrement, il y a l'incontinence d'effort, qui touche une grande majorité de femmes. Elle apparaît lors d'un effort, par exemple en sautant, éternuant, toussant, courant, etc. Cela crée une pression sur la vessie qui se vide et entraîne une fuite urinaire qui peut provenir d'une hypermobilité de l'urètre à la suite d'une perte de tonus du tissu vaginal, en raison d'un âge avancé. Elle peut également provenir d'une insuffisance des sphincters par dégénérescence des tissus qui entourent la vessie (Prudhomme, Jeanmougin, & Geldreich, 2012).

Ensuite, il y a l'incontinence d'urgence ou par impériosité. Celle-ci touche en moyenne trois femmes pour un homme. Cette incontinence se caractérise par le fait d'avoir une envie soudaine d'uriner et de ne pas pouvoir la contenir, avec des pertes par contractions incontrôlées ou non-inhibées de la vessie. Elle peut être provoquée par une irritation locale due à une infection urinaire, une tumeur ou encore une lithiase urinaire, mais également suite à une radiothérapie, une chimiothérapie, une carence hormonale ou une atteinte neurologique (Prudhomme et al., 2012).

Une autre incontinence connue est l'incontinence par regorgement. La vessie se vide par « trop plein ». Elle se distend par pression supérieure à celle des sphincters et relâche l'urine de manière involontaire. Chez les femmes principalement, on peut retrouver une incontinence mixte, c'est-à-dire d'effort et d'urgence. (Prudhomme et al., 2012)

2.5.2. Quelques données chiffrées

L'incontinence urinaire concerne, en Suisse pour l'année 2012, 14,2% des personnes à domicile, hommes et femmes confondus. De plus, dès 80 ans, la proportion de citoyens touchés passe à 22,4% des personnes vivant en Suisse. Les 14,2% représentent 57'220 personnes et les 22,4% équivalent à 87'193 personnes.

Selon l'Office Fédéral de la Statistique Suisse, la tranche d'âge dite de *la personne âgée* débute à l'âge de 65 ans (OFS, 2015). La population suisse vieillissant de plus en plus, la thématique de la question de départ risque d'avoir une hausse de prévalence, de plus dans le domaine infirmier. En effet, pour 2045, les prévisions démographiques concernant les personnes âgées vont être de 2,7 millions contre 1,5 millions en 2014 (OFS, 2015).

En 2017, dans le canton du Jura, sur un total de 768 personnes vivant en EMS², 614 personnes sont incontinentes urinaires. Cela représente 80% de cette population. Pour l'année 2016, l'incontinence urinaire était présente à 78% dans les EMS. Nous pouvons donc constater la hausse de sa prévalence chez les personnes institutionnalisées âgées de 65 ans à plus de 80 ans³ (EROS, 2017) (ISE, 2014).

Les propos de la Revue Médicale Suisse confirment une hausse de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes (Gonthier et al., 2008).

² Etablissements Médico-Sociaux

³ Informations fournies par EROS et ISE concernant les Données PLAISIR

Nous allons donc cibler l'incontinence urinaire de la femme âgée de plus de 65 ans.

2.5.3. Conséquences psycho-sociales

Selon une étude provenant d'un article scientifique qui a analysé les incidences de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie de résidents d'EMS, l'incontinence urinaire aurait un grand impact sur la dignité, l'autonomie et l'humeur des patients. En effet, ces patients auraient un sentiment avéré de ne plus avoir de dignité, de subir une perte d'autonomie et ils auraient une humeur moins bonne que celle des résidents non incontinents. Pour garder leur intégrité, ils accomplissent de gros efforts. Selon l'étude, ce sont les pertes d'urines qui les renvoient à une baisse de l'autonomie, car ils sont impuissants contre le phénomène. Les patients expriment donc que l'autonomie et la dignité sont leurs buts existentiels primordiaux. Ces résolutions que se fixent les résidents montrent bien l'impact qu'une incontinence urinaire peut avoir sur la personne, si elle en devient un motif principal d'intérêt. La baisse d'humeur évoquée auparavant a été mise en relation avec un risque important de dépression, ce qui appuie l'impact sur la qualité de vie. Concernant le confort global, l'étude met en relation l'incontinence urinaire et la baisse de celui-ci. Elle augmente donc le risque d'isolement, affecte les relations sociales et a un effet négatif sur la satisfaction personnelle en matière de qualité de vie. Des interviews menées auprès de femmes âgées atteintes d'incontinence ont démontré que ces personnes ressentent de la régression et se sentent

considérées comme des enfants. Elles expliquent également que l'incontinence a sérieusement affecté leur estime d'elles-mêmes et qu'elles ont la sensation de perdre leur dignité, contrôle, indépendance et pouvoir sur leur vie et dans leurs soins. Cette pathologie leur cause également beaucoup d'embarras (Xu & Kane, 2013b).

Finalement, les personnes qui demandent de l'aide sont celles qui considèrent que leur incontinence est devenue trop urgente et handicapante dans leur bien-être quotidien. Pour la plupart, ce sont des personnes qui sont motivées et souhaitent avoir un pouvoir sur leur santé (Vethanayagam et al., 2017).

Lors de la Journée Internationale de la Femme organisée par l'OMS, des femmes atteintes d'incontinence urinaire ont témoigné au sujet du tabou masquant leur maladie et comment cela peut atteindre leur corps, leur féminité et leur confort au quotidien. Après que ces femmes eurent osé parler de leurs problèmes aux professionnels de santé, leur prise en charge a pu être effectuée et actuellement, elles bénéficient d'un traitement pour l'incontinence. Elles expliquent qu'avoir révélé leur trouble à leur médecin a été une libération pour elles car le processus chirurgical et de réhabilitation mis en place a considérablement amélioré leur qualité de vie (Service de presse médecine, 2005).

Le tabou autour de l'incontinence urinaire vient principalement de la norme sociale qui demande à une femme d'être coquette et propre (Turner, 2013). De plus, comme déjà expliqué, les soignants esquivent souvent le sujet,

principalement parce qu'ils ont peur de stigmatiser la femme atteinte (Fondation d'aide aux personnes incontinentes Canada, 1998 ; Group, 2004).

L'incontinence urinaire joue également un rôle dans l'appréhension de la sexualité chez la personne âgée. En effet, on observe régulièrement chez le personnel soignant, une tendance à agir comme si les personnes incontinentes ne pouvaient plus avoir de pratiques sexuelles. Une auteure (Joxe dans Lauzon & Adam, 1996) explique que chez la femme, l'incontinence urinaire peut faire renoncer la personne à avoir des rapports sexuels ou même à y songer, tout comme dans le cas de ses menstruations quelques années auparavant (Lauzon & Adam, 1996).

De plus, la croyance selon laquelle l'incontinence urinaire est un phénomène normal chez les personnes âgées est très répandue, surtout concernant les femmes qui ont eu des enfants auparavant. La majorité des femmes vivant à domicile, entre 50 et 75%, ne consultent pas pour leur problème d'incontinence. Chez celles qui franchissent le pas, trois facteurs qui les poussent à le faire sont identifiés : d'une part, sur conseil d'un proche sujet au même problème, ensuite lorsque le médecin se préoccupe de lui-même ou enfin, lorsque la personne elle-même remarque un déclin de sa santé (Lauzon & Adam, 1996).

Pour résumer, nous pouvons donc conclure que l'incontinence urinaire, aussi banale puisse-t-elle être considérée, pose souvent un questionnement chez le patient, qui sera souvent victime de beaucoup de sentiments négatifs la concernant et qui ne sera pas toujours disposé à en discuter avec un

professionnel de santé, parfois par honte ou embarras ou encore en raison d'une mauvaise expérience. L'incontinence urinaire n'est donc pas sans conséquences, d'un point de vue psycho-social et nécessite selon nous une réflexion pointue sur les moyens d'améliorer le vécu des patients et de leur assurer une prise en charge professionnelle.

2.5.4. Les pratiques des soignants

Plusieurs études mettent en évidence aujourd'hui que très peu de soignants ont suffisamment de connaissances et d'investissement dans la pathologie de l'incontinence urinaire. En effet, selon l'étude de Colling en 1988, seulement 7% des infirmiers considéraient que l'incontinence urinaire était un problème important (Lauzon & Adam, 1996). Une étude plus récente a repris ce sujet. Il a été démontré que seulement 60% des soignants ont connaissance des facteurs favorisants, des soins et des traitements liés à l'incontinence urinaire (Gogniat, Rae, Séraphin, De Rosso, & Herrmann, 2011). Les soignants expriment le fait de ne pas avoir suffisamment de références scientifiques à disposition ni d'outils pour prendre en charge de façon efficace l'incontinence urinaire et émettent le souhait d'en obtenir davantage (Gogniat et al., 2011). Une autre étude a démontré que 80% des infirmiers tentaient d'aider les personnes incontinentes, mais que 63% se sentaient frustrés par ce type de travail et que 50% d'entre eux ne se sentaient pas toujours à l'aise avec ces patients (Lauzon & Adam, 1996).

Il a été mis en avant par une autre étude du même ouvrage que les infirmiers ne décelaient que très peu d'incontinence chez les patients et que souvent, ils ne parvenaient pas aux mêmes conclusions sur la plupart des cas. On ne consacre généralement pas ou peu d'efforts pour identifier le type d'incontinence et ses causes et on a recours dans beaucoup de cas uniquement à des solutions telles que les protections, collecteurs externes ou encore cathéter, sans investigation supplémentaire (Lauzon & Adam, 1996).

La raison de ces agissements réside dans le fait que pour les soignants qui ne souhaitent pas s'investir plus dans la question de l'incontinence, l'utilisation de protections représente un gain de temps dans la prestation de soins. De plus, ils n'ont ainsi plus besoin de répondre aux différentes demandes d'assistance de la part des patients, qui auparavant, désorganisaient leur emploi du temps (Lauzon & Adam, 1996).

Il a été retenu que les soignants sont souvent gênés ou mal à l'aise face à l'incontinence urinaire, car elle entre dans un contexte chronique et touche à l'image de soi. De ce fait, cette pathologie est souvent banalisée en raison du malaise ressenti (Lauzon & Adam, 1996). Une des études a montré que l'incontinence urinaire était le premier tabou chez les patients, dépassant le cancer et l'incontinence fécale (Elenskaia et al., 2011).

Les auteurs déduisent que les besoins des personnes incontinentes ne sont pas respectés (Lauzon & Adam, 1996).

Les personnes concernées expriment avoir une mauvaise expérience concernant l'aide venant des infirmiers lors de leurs demandes de prise en

charge de leur incontinence urinaire. Il en ressort que les professionnels ne prennent pas la responsabilité de la prise en charge de cette incontinence urinaire et orientent les patients vers des services spécialisés (Vethanayagam et al., 2017).

2.5.5. La demande d'aide des patients

Les expériences embarrassantes sont dominantes chez les personnes, ce qui amène au fait que la personne se refuse à demander de l'aide pour son incontinence urinaire. Ces personnes recensent principalement l'embarras et la honte (Vethanayagam et al., 2017).

L'incontinence est considérée comme un processus normal du vieillissement pour un certain nombre de personnes qui développent donc des stratégies d'adaptation au lieu d'aller consulter. Il y a également un manque de connaissances sur les traitements actuels existants (Vethanayagam et al., 2017).

La conclusion d'une étude nous le prouve, car elle met en avant le fait que plus de la moitié des personnes qui consultent pour un problème d'incontinence ne reçoivent pas l'assistance souhaitée. En outre, environ un quart des patients expriment ressentir une gêne de la part des soignants ou des médecins face à leur problème. Finalement, elle relève que les infirmiers ne sont pas considérés comme une source d'aide face à l'incontinence (Lauzon & Adam, 1996).

Une étude d'Evidence Based Practice (EBP), démontre qu'une pratique basée sur des preuves scientifiques peut aider les praticiens dans les soins de l'incontinence urinaire (Escobar-Aguilar, 2011).

L'American Institute of Medecine, porte son intérêt sur les bienfaits des pratiques basées sur les preuves scientifiques, comme par exemple, dans la prise de décision sur les soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques spécifiques (Escobar-Aguilar, 2011).

2.5.6. Rencontres professionnelles

Nous avons rencontré, lors de ces recherches, une physiothérapeute qui s'est spécialisée en incontinence urinaire. Elle travaille dans une institution de la région. L'entretien avec la professionnelle a appuyé les résultats que nous avons trouvés concernant l'incontinence urinaire et ses impacts psychologiques.⁴

À la suite de cette discussion, il en ressort sur le plan pratique que les patientes connaissent la plupart du temps les lieux des WC de toute la ville, voire même de toute la région dans le moindre détail car cela les rassure de savoir qu'elles ont toujours des toilettes à proximité. Il n'est pas exagéré d'affirmer que ces patientes vivent un enfer.

La rencontre avec l'experte nous a appris qu'il y a une différence entre les protections pour les règles et l'incontinence urinaire et qu'il est possible que

⁴ *Appendice A*

certaines femmes utilisent les mauvaises protections qui ne retiennent pas les odeurs, ce qui renforce leur malaise. Il faut donc toujours s'assurer que la protection utilisée par la dame incontinente soit adaptée.

La soignante spécialisée nous explique que la perception de l'image corporelle est touchée. Les patientes lui rapportent souvent beaucoup de honte, notamment face à leur mari, auprès duquel elles se sentent terriblement mal à l'aise. Selon elle, beaucoup de femmes disent également avoir l'impression de sentir mauvais en société et ne sortent plus du tout. Ces patientes renoncent aux vacances ou même aux déplacements vers une autre région.

2.5.7. Rencontres avec des patientes

Afin d'étayer l'apport théorique, dans le cadre de nos stages, nous avons demandé des entretiens à deux patientes dans le but de faire un focus sur l'incontinence urinaire en amenant des faits concrets⁵.

Une patiente a recours aux soins à domicile et l'autre réside dans un EMS. Elles ont accepté de nous parler de leur quotidien avec une incontinence urinaire et de l'impact de celle-ci. Voici les éléments principaux qui sont ressortis de nos entretiens.

⁵ *Appendice B*

Les personnes vivent des moments très angoissants, d'anxiété, d'isolement social de peur de sentir mauvais, des jugements de la part des autres. Ces patientes parlent d'impact psychologique sur l'estime de soi.

Une des patientes exprime qu'elle n'a pas eu d'autre choix que de s'adapter à ce problème d'incontinence urinaire.

Néanmoins, elles expliquent que les personnes autour d'elles sont une ressource, car elles les rassurent sur le fait que les protections portées ne se voient pas ni ne sentent pas mauvais. Les bénéficiaires de soins expriment que la protection adaptée et mise à leur disposition est une sécurité pour elle. C'est un point très important pour elles.

Il ressort de nos entretiens qu'il serait nécessaire également de contribuer à la diminution de l'anxiété de la personne soignée par une attitude calme et rassurante et en lui donnant toutes les explications simples, nécessaires et souhaitées à propos des moyens de diminuer l'incontinence ou ses conséquences (Prudhomme et al., 2010). Permettre à la personne de s'exprimer sur la perturbation entraînée par l'incontinence urinaire et l'altération éventuelle de son image corporelle serait une piste essentielle à suivre pour lui permettre de retrouver l'estime d'elle-même. Pour assurer la continuité dans le suivi de la personne, autre paramètre important pour instaurer la confiance dans la confidence, il conviendrait de pratiquer des soins infirmiers selon un plan de soins centré sur l'incontinence urinaire (Prudhomme et al., 2010).

2.5.8. Apports de la revue exploratoire sur la question

Lier la thématique avec le paradigme infirmier composé des quatre concepts et savoirs infirmiers nous a démontré la pertinence de notre question de départ. Ceci a permis d'avoir une vision plus approfondie des recherches qui devaient être effectuées. Le fait d'avoir pu mettre en relation le concept de la santé et notre thème nous a permis de nous rendre compte que l'adaptation est un objectif central pour que la santé soit maintenue au mieux. De ce fait, nous avons retenu la théorie de Callista Roy sur l'adaptation comme pertinente aux fondements de notre travail de Bachelor et qui nous permettra d'orienter notre problématique. La théorie de la transition de Meleis pourrait également répondre à une partie de nos questionnements mais la théorie de Roy apporte davantage de possibilités d'interventions sur un long terme et un temps indéterminé.

Nous avons choisi la population des femmes âgées de plus de 65 ans, car cette tranche d'âge constitue l'échantillon principal des personnes atteintes par l'incontinence urinaire, comme retenu par la Revue Médicale Suisse.

En résumé des différentes études, il est ressorti que l'incontinence urinaire a un impact important sur l'estime de soi et que l'adaptation de la personne est primordiale dans ce changement dans sa santé. Nous avons donc décidé de travailler sur ces concepts.

Lors de nos recherches, nous avons remarqué que les soignants n'avaient pas toujours l'investissement nécessaire ni les pratiques correctes face aux personnes incontinentes. Ces lacunes de la part des soignants ont un impact

sur la santé psychologique des patientes atteintes d'incontinence. Fortes de ce constat, nous nous sommes demandé quelles sont alors les bonnes pratiques infirmières au niveau relationnel ou psychologique qui amélioreraient l'estime de soi et l'adaptation des femmes incontinentes de plus de 65 ans. C'est une question qui nous semble centrale à ce jour.

Pour terminer, le groupe va chercher des articles qui traitent d'une prise en charge prolongée dans les établissements médico-sociaux (EMS) et les services de soins à domicile (SAD). Le but de ce ciblage particulier est d'obtenir des prises en charge qui soient suffisamment longues pour mettre en place des interventions qui permettent un suivi de l'efficacité de celles-ci, ce qui serait moins propice en prise en soins de courte durée.

À l'aide de toutes les informations récoltées et fruit de notre réflexion qui s'est opérée sur plusieurs semaines grâce aux diverses rencontres, les différentes composantes ciblées mènent à la question qui fera office de sujet pour le travail :

« Quels sont les effets des habiletés relationnelles infirmières sur l'estime de soi et l'adaptation de la femme âgée de plus de 65 ans atteinte d'incontinence urinaire dans un contexte de soins chroniques ? »

2.5.9. Concepts pertinents retenus

Les concepts sélectionnés vont permettre d'affiner et cibler les éléments fondamentaux de notre problématique. Ils ont été choisis afin de mettre en place un ancrage dans le savoir des sciences infirmières. En effet, les concepts

mis en évidence ci-dessous sont les éléments permettant de questionner les bases de données probantes et de développer ainsi le chapitre 4 du document. Ils nous permettront également d'élaborer une analyse de la problématique et constitueront une base pour nous aider à construire notre analyse des articles trouvés.

Les concepts retenus sont : l'accompagnement, l'estime de soi et l'adaptation.

Ces notions ont été retenues à la suite de tout ce qui a été traité et recherché au chapitre relatif à la problématique. Leur pertinence a été expliquée dans la partie « Apports de la revue exploratoire sur la question » et elles seront définies au chapitre y relatif.

2.5.10. Les perspectives émergentes pour la pratique infirmière

Comme expliqué au début de l'exposé concernant la problématique, le groupe poursuit plusieurs objectifs en vue des perspectives pour la pratique infirmière.

Le groupe espère pouvoir informer les soignants de tous les impacts de l'incontinence urinaire sur les patientes, qui sont souvent négligés ou simplement inconnus. Cette prise de conscience augmenterait certainement l'implication des soignants dans cette problématique.

Un autre but du groupe très important et recherché dans le présent travail de Bachelor est de sensibiliser les soignants aux conséquences de leurs

postures face aux personnes atteintes d'incontinence urinaire. Effectivement, les différents comportements des soignants peuvent jouer un rôle très important dans l'estime de soi du patient atteint de cette pathologie : ils sont trop souvent négligés (Lauzon & Adam, 1996). Le fait de mettre en évidence cette question pourrait conduire selon nous certains soignants à réfléchir sur leurs comportements et à les remodeler en cas d'inadéquation.

Il s'agit également de proposer aux infirmiers un éventail de bonnes pratiques actuelles connues à l'heure actuelle destiné à leur permettre d'agir de manière optimale face à l'incontinence. Pour ce qui est du patient, nous espérons développer au mieux son estime de soi et son adaptation aux effets de la maladie.

3. Concepts et champs disciplinaires infirmiers

3.1. Concepts retenus

3.1.1.L'accompagnement

L'accompagnement est un concept récent qui s'est développé dans le champ lexical des soins palliatifs dans les années 1960. Sa mise en perspective dans les domaines d'activités variés comme la santé, le social, l'éducation augmente la difficulté d'en cerner le sens et ne permet pas actuellement de le considérer comme stabilisé (Mottaz, 2012).

L'accompagnement consiste à se joindre à quelqu'un pour aller au même endroit en même temps que lui. Au nombre des synonymes d'accompagner, on peut citer : conduire, escorter, guider ou encore mener. Appliqué au domaine infirmier, accompagner un malade, c'est l'entourer, le soutenir moralement et physiquement à la fin de sa vie (Robert & Rey, 2004).

Accompagner implique d'*aller avec*, en partant de l'autre et pas de soi... *Aller avec* évoque l'attitude d'un professionnel qui se déporte vers le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant à un autre de traverser l'épreuve, le moment, l'événement (Cifali & André, 2007).

Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas (Verspieren, 1987).

L'accompagnement constitue une posture spécifique au centre d'actions déterminées par des pratiques définies : coaching, mentoring, tutorat, parrainage, compagnonnage (Greenham & Moran, 2005).

Pour accompagner la personne, l'infirmier a besoin d'une relation duale, qui est une démarche de type relationnel fondée sur le respect de l'autre, la bienveillance, et le non jugement. La personne qui accompagne va davantage s'intéresser davantage aux aspects positifs de la personne, en renforçant son estime d'elle-même et en préservant son autonomie de décisions et d'actions. L'accompagnant sera le maillon facilitant dans la vie du patient dont les ressources seront mobilisées. La relation se fonde sur une distance thérapeutique tout en intégrant un lien affectif et le besoin de repères (Formarier, 2012).

En ce qui concerne la pratique professionnelle, l'accompagnement permet de répondre à un besoin nouveau des soignants. Les pratiques dans le contexte des soins sont ancrées dans un environnement qui demande aux infirmiers de mettre en lien la continuité et l'humanisation au sein de la pratique de la discipline (Mottaz, 2012).

La notion d'accompagnement a été choisie pour symboliser le concept d'habiletés relationnelles faisant référence à notre question de recherche. En effet, comme l'accompagnement est une démarche relationnelle avec le patient, nous avons donc choisi ce concept pour faire référence aux habiletés relationnelles de l'infirmier. Nous pouvons donc conclure que le soignant peut soutenir la femme âgée incontinente urinaire en la guidant dans son processus

de soin, en renforçant les ressources positives pour augmenter son estime d'elle-même et son adaptation. Ainsi, elle peut rester autonome dans son processus de santé, tout en déployant ses ressources personnelles.

Finalement, un accompagnement adéquat de l'infirmier aura un effet positif sur l'estime de soi et l'adaptation de la personne incontinente. Au contraire, en cas de lacunes dans l'accompagnement, des processus comme celui de l'estime de soi et l'adaptation en seront possiblement altérés.

3.1.2.L'estime de soi

En se basant sur les cours de Sciences Humaines reçus lors de notre formation, selon (Erikson, 1980), l'estime de soi se construit à travers les interactions avec l'entourage proche, en se comparant aux personnes significatives réelles ou idéalisées. L'estime de soi se développera au travers des expériences de vie.

Le concept d'estime de soi fait appel à l'idée d'évaluation. Selon le dictionnaire Robert (1990 dans Anzieu, Doron, & Parot, 2009) « *L'estime de soi-même est la juste opinion de soi qui donne bonne conscience* ».

Selon le Petit Larousse de la Psychologie (2008 dans Anzieu et al., 2009) « *C'est l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine* ».

Selon William James (1890 dans Anzieu et al., 2009) « *L'estime de soi est le résultat d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi actuel*

et une valeur de référence interne : le soi idéal ; c'est le rapport entre les résultats que l'on obtient et ceux qu'on pense pouvoir obtenir. »

Christophe André, médecin psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne et enseignant à l'université Paris (André, 2005) explique que :

L'estime de soi ? Eh bien, c'est comment on se voit, et si ce qu'on voit, on l'aime ou pas... » L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composantes essentielles du Soi : comportementale, cognitive et émotionnelle. Elle comporte des aspects comportementaux (elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès) et cognitifs (elle dépend étroitement du regard que nous portons sur nous, mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse). Enfin, l'estime de soi reste pour une grande part une dimension fortement affective de notre personne : elle dépend de notre humeur de base, qu'elle influence fortement en retour. Les rôles de l'estime de soi peuvent d'ailleurs être compris selon cette même grille de lecture : une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, est associée à une auto-évaluation plus fiable et plus précise, et permet une stabilité émotionnelle plus grande.

L'estime de soi est importante dans le processus adaptatif tout au long de la vie et surtout chez les personnes âgées : c'est en lien avec la qualité de l'adaptation, le bien-être, la satisfaction de vie et la santé (Alaphilippe, 2008).

Toutes ces définitions nous prouvent que l'estime de soi est une ressource personnelle positive et est généralement liée à un large éventail de résultats de vie positifs. L'estime de soi va influencer la manière dont la personne se perçoit mais aussi agir sur sa manière de réagir à une situation. Il est donc important de considérer les facteurs susceptibles d'améliorer l'estime de soi. (Alaphilippe, 2008). Il est important de l'évaluer à travers, par exemple, le questionnaire de Rosenberg pour la quantifier et proposer ainsi des

interventions pour son rehaussement afin d'améliorer la qualité de vie de la personne dans le cas d'une incontinence urinaire. (Alaphilippe, 2008)

En lien avec notre problématique, nous pouvons affirmer que si l'infirmier aide la personne incontinente à trouver des stratégies adaptatives, son estime d'elle-même en sera valorisée car, comme cela est sous-jacent à sa définition même, l'estime de soi et l'adaptation sont interconnectées. Dans le cas contraire, l'estime de soi aurait tendance à décroître quand le processus d'adaptation serait altéré.

3.1.3.L'adaptation

L'être humain doit faire face à divers changements individuels ou sociaux durant toute sa vie. Chacun est en mouvement dans le monde qui est également en perpétuel changement. L'adaptation est indispensable à la survie, et elle demande que la personne change et évolue afin de garder un état d'équilibre (Tremblay, 2011 dans Formarier, Jovic, & Association de recherche en soins infirmiers (France), 2012).

Selon l'histoire, l'adaptation a plusieurs perspectives. D'abord, au 19^e siècle, Darwin avait décrit l'adaptation comme la conservation de la vie, par la notion de sélection naturelle. Puis on définira plus tard l'adaptation comme une normalité quantitative, dans une perspective statistique. Ensuite, l'adaptation sera également définie dans le domaine socioculturel, où elle représentera une normalité, une conformité aux idéaux de société. Enfin, dans

la perspective systémique, elle se définit par la résultante de composantes internes et externes de l'être humain (Formarier et al., 2012).

L'adaptation, selon (Formarier, 2012), est : « *Un phénomène à la fois passif et actif : adapter et/ou s'adapter (du latin adaptare : rendre apte, réunir, relier, ...) il y a donc à la fois modification, changement de Soi et du milieu* ».

Selon le Petit Robert (2008 dans Anzieu et al., 2009) : « *S'adapter, c'est se mettre en harmonie avec les circonstances, le milieu, réaliser son adaptation biologique : s'acclimater, s'habituer*».

Selon Monique Tremblay, « *L'adaptation psychosociale est l'équilibre ou la recherche d'équilibre entre le bien-être interne et externe dans certaines situations données. Elle implique donc la présence simultanée de l'adaptation à la réalité interne et l'adaptation à la réalité externe.* » (Tremblay, 2001).

Ivan Illich, lui, associe l'adaptation à la notion de santé. La santé est un processus d'adaptation au cours duquel l'individu peut modifier activement sa situation de vie (Formarier et al., 2012).

Selon Roy, l'adaptation est la démarche et le résultat par lesquels les individus ou les groupes utilisent leurs savoirs, leurs connaissances et leurs choix consciemment pour favoriser l'intégration humaine et celle de l'environnement. Les êtres humains sont vus comme des systèmes adaptatifs. Par système, on entend un ensemble de parties reliées de manière à pouvoir fonctionner comme un tout. Ce fonctionnement requiert l'interdépendance des parties (Callista Roy, 2009).

Roy considère que l'être humain est un être holistique. Elle définit l'holisme comme le fait que les personnes fonctionnent comme un tout en un dans une expression de sens unifiée des comportements. Ainsi, les individus sont considérés comme davantage que la somme de leurs parties. Roy explique également que lorsque l'individu s'adapte à un stimulus, il augmente son niveau d'adaptation et il change (Callista Roy, 2009).

Pour ce qui est de notre sujet, le terme d'adaptation prend son sens dans la définition appartenant à la théorie de Callista Roy, car elle définit l'être humain comme étant holistique, ce qui traduit que ce sont toutes les parties d'une personne qui lui permettent de s'adapter ou non à un stimulus. Cette théorie fait également appel au fait que l'individu doit recevoir un stimulus pour avoir à s'adapter, et ce sont ensuite ses mécanismes adaptatifs qui vont donner la réponse, qui va être efficace ou non. (Callista Roy, 2009) En lien avec notre question, le stimulus sera ici l'incontinence urinaire et ses conséquences : nous allons rechercher ce qui influencera les mécanismes adaptatifs de la personne pour obtenir une réponse efficace.

Nous détaillerons le concept de l'adaptation dans le chapitre suivant car nous avons choisi la théorie de Roy comme cadre théorique et elle définit plus clairement ce concept.

Pour conclure, nous pouvons relever que d'avoir développé ces trois différents concepts nous a permis de mieux les appréhender, d'en connaître les spécificités mais aussi les critères. De ce fait, le groupe a pu se mettre

d'accord sur la définition la plus adéquate dans cette problématique pour chaque concept et être donc parfaitement au clair sur les différentes significations avant de se lancer dans la recherche. En effet, il est important que nous soyons rassemblées toutes trois sur le même vocabulaire et que nous y trouvions le même sens pour définir les bons mots-clés et ainsi effectuer une recherche claire et précise, qui corresponde à notre question de départ. Les concepts expliqués ci-dessus serviront donc de fil rouge et de base pour nous lancer dans la recherche d'articles, c'est pourquoi ils sont primordiaux pour la réalisation de ce travail.

3.2. Choix du cadre théorique

Il a été décidé que la théorie de Callista Roy formerait notre cadre théorique pour appuyer notre problématique dans la mesure où le concept de l'adaptation retenu était celui décrit par celle-ci. Cette vision de l'adaptation et son lien avec l'incontinence urinaire nous ont beaucoup intéressées par le fait qu'elle apporte une notion d'empowerment du patient sur sa pathologie et que la façon dont l'incontinence est perçue par le patient peut être influencée et influencer son développement. (Callista Roy, 2009)

Les personnes sont également vues comme des systèmes. Un système est un ensemble de parties reliées de manière à pouvoir fonctionner comme un tout. Ce fonctionnement requiert l'interdépendance des parties (Callista Roy, 2009).

Dans ce système, il y a des entrées, des mécanismes de contrôle et des sorties. Les stimulus et les niveaux d'adaptation constituent les entrées (inputs) du système humain. Les processus de coping font référence aux manières qu'ont les individus de faire face aux stimulus. Les réponses sont adaptatives ou inefficaces ; elles se manifestent au travers des comportements.

Pour comprendre l'adaptation, on peut avoir recours à deux concepts différents, soit les mécanismes de défense (théorie psychanalytique) ou le processus de coping.

Pour ce qui est des mécanismes de défense, ils sont définis comme des opérations mentales qui sont inconscientes et qui ont plusieurs fonctions. Parmi elles, supprimer un danger, maintenir l'intégrité ou encore assurer l'homéostasie psychique et physique sont importants. Ils peuvent être utilisés seuls ou associés et constituent une défense pour la personne (Callista Roy, 2009).

L'Homme est un processus dans lequel se trouvent des entrées (inputs), des sorties (output) et des mécanismes de contrôle et de régulation (feed back processes). Ce sont les mécanismes de coping (Callista Roy, 2009).

Les stimulus et les niveaux d'adaptation constituent les entrées (inputs) du système humain.

Il y a 3 sortes de stimulus :

- Stimulus focal : Interne ou externe qui confronte le plus rapidement et de la façon la plus marquée le système humain ;

- Stimulus contextuel : Stimulus présent dans la situation et qui contribuent à l'effet du stimulus focal, mais sans être le centre de l'attention ou de l'énergie ;
- Stimulus résiduel : Stimulus qui a un effet peu clair sur la situation.

Les processus de coping se réfèrent aux manières qu'ont les individus de faire face aux stimulus. Les réponses sont adaptatives ou inefficaces ; elles se manifestent au travers des comportements (Callista Roy, 2009).

Roy a catégorisé les processus dans deux sous-systèmes. Le premier sous système est le coping régulateur (regulator). Il fait référence aux systèmes nerveux, chimiques et endocriniens. Le second sous-système est relié à la cognition (cognator). Il concerne la perception et le traitement de l'information, l'apprentissage, le jugement et les émotions (Callista Roy, 2009).

Selon Roy, l'adaptation est un processus où chacun utilise sa propre conscience et choisit de l'assimiler à l'environnement. Vieillir est défini comme un processus progressif qui requiert une adaptation d'abord simple puis complexe. Vieillir peut se faire avec ou sans succès, cela dépend de la capacité de la personne à progresser d'une simple adaptation à une adaptation complexe et à utiliser ses processus de coping. Les expériences des personnes âgées changent et se caractérisent par leurs croyances et leurs perspectives comparées à leur jeune âge (Callista Roy, 2009).

Une personne qui vieillit de façon réussie a intégré cette adaptation et utilise des stratégies de coping en y intégrant les éléments physiques, psychologiques et spirituels. Par exemple, telle personne aura un bon soutien

social, comme sa famille ou ses amis, pour se sortir d'une maladie. Une personne avec une mauvaise adaptation pourra par exemple refuser le traitement et le soutien de ses proches : elle perdra espoir et deviendra probablement dépressive (Callista Roy, 2009).

Pour faire le lien avec notre problématique, et comme Roy l'explique, les êtres humains sont considérés comme un tout et cet ensemble s'adapte sans cesse à l'environnement et aux différents stimulus de leur vie.

Ici, appliquée à l'incontinence urinaire, la théorie que Roy nous fait comprendre que la femme âgée atteinte d'incontinence urinaire reçoit des stimulus de la part de plusieurs éléments de son environnement.

On pourrait associer les pertes urinaires au stimulus focal de la situation de la personne incontinente, car ce sont ces pertes qui indiquent à la personne que son organisme présente une déficience. En l'espèce, ce serait un stimulus focal interne, car c'est son corps qui envoie le stimulus. Ce stimulus est de type focal, car la personne va se centrer sur ce problème qui va engranger d'autres problèmes par la suite.

Dans cette situation encore, les professionnels de santé représenteraient le stimulus contextuel : ils ne font pas partie du problème, mais l'influencent par leur relation avec la patiente et leurs interventions auprès d'elle.

C'est ici que la théorie de Roy prend tout son sens dans l'explication de l'impact de l'infirmier sur le patient et de son importance dans l'adaptation du patient. En effet, par son comportement, le soignant, parfois sans le savoir, va influencer la vision de la maladie par le patient. Le patient, en fonction de ce

stimulus, aura donc une façon différente de s'y adapter, car le stimulus contextuel agit sur le stimulus focal qu'est l'incontinence urinaire.

Comme décrit plus haut, cette façon de s'adapter est appelée le processus de coping, qui peut être cognator ou regulator. Selon la façon dont la personne choisit de travailler sur le coping cognator, son implication pour son incontinence urinaire sera complètement différente. Si son coping cognator est plutôt de rejeter l'incontinence ou d'en avoir honte, nous avons pu voir dans les recherches de la problématique que cette attitude aura un impact possible sur son état émotionnel ou mental de façon plus ou moins importante.

La conclusion de cette réflexion montre que selon Roy, l'accompagnement de l'infirmier aura un impact direct sur le processus de coping de la personne incontinente et donc sur son état général de façon holistique. La manière dont cela se produit fera l'objet de notre recherche au chapitre relatif à la méthode.

Néanmoins, ce qui est intéressant en lien avec la théorie concernant l'incontinence urinaire, c'est de relever que nous pouvons influencer l'adaptation de la personne à son incontinence urinaire, mais qu'en réalité, la patiente est elle-même son propre outil : c'est elle qui aura la décision, inconsciente ou non, de s'adapter à cette situation ou de la rejeter. Notre travail en tant qu'infirmier sera alors d'essayer d'orienter la personne vers un processus de « bon » coping, tout en n'ayant aucun pouvoir réel le concernant.

En ce qui concerne les concepts, la théorie de Roy, comme expliqué au-dessus, reprend celui de l'adaptation ; or, elle est aussi étroitement liée aux deux autres notions.

En effet, l'estime de soi est décrite plus haut comme dépendante de la qualité des stratégies d'adaptation chez la personne. Plus la personne aura un « bon » coping, mieux l'estime de soi sera favorisée et vice versa. On peut donc décréter que l'estime de soi s'ancre tout à fait dans la philosophie de la théorie de Roy et qu'en s'y référant, on peut déterminer ce qui aura ou non un rôle sur celle-ci.

Pour l'accompagnement, la théorie de Roy pourra tout à fait guider notre réflexion sur le type d'accompagnement à adopter pour favoriser une bonne estime de soi et un haut niveau d'adaptation : il s'agira concrètement d'aider la personne à s'adapter à l'incontinence urinaire. De plus, la théorie de Roy nous suggère une piste concernant la relation avec la personne, c'est-à-dire créer une alliance thérapeutique basée sur la croyance que l'être humain est unique et considéré comme un tout. Cette vision de la personne influencera automatiquement l'accompagnement de l'infirmier face au patient et son incontinence urinaire.

Pour ce qui a trait aux recherches d'articles, cette théorie nous fournira un socle philosophique sur lequel s'appuyer pour mieux comprendre les différentes interventions infirmières.

4. Méthode

4.1. Méthode PICOT et délimitation de la question de recherche

La question de recherche qui a découlé de la problématique a été approfondie grâce au chapitre « Concepts » et orientée avec une théorie de soins qui est la théorie de l'adaptation de Roy. Cette question, maintenant bien précisée, doit être transformée en une formulation dite « PICOT » (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011), afin qu'elle puisse être adéquatement recherchée dans les bases de données à notre disposition.

La méthodologie « PICOT » (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011) qui est l'outil de référence pour notre travail de Bachelor, se décline comme suit :

P= Population/Patient/Problème

I= Intervention/Intérêt/Issus

C= Comparaison (si appropriée)

O= Résultats/Événement mesuré, Critère de jugement

T= Temps

Selon notre problématique, la question initiale est la suivante :

« Quels sont les effets des habiletés relationnelles infirmières sur l'estime de soi et l'adaptation de la femme âgée de plus de 65 ans atteinte d'incontinence urinaire dans un contexte de soins chroniques ? »

Il faut savoir qu'une question « PICOT » peut concerner plusieurs types d'études, à savoir : intervention, diagnostic, pronostic, étiologie et Meaning.

Pour notre étude, le but, au travers de la question, est de connaître les effets des pratiques infirmières sur l'estime de soi et l'adaptation de la personne. Autrement dit, il s'agit d'étudier l'effet d'une intervention sur l'état d'une personne. Notre question s'intéresse donc à une étude de type intervention et sera donc centrée sur des articles qualitatifs.

Afin de la transformer en question « PICOT », nous avons d'abord procédé à l'identification de la population et du problème cible de notre question, qui est la femme âgée de plus de 65 ans atteinte d'incontinence urinaire.

Ensuite, nous avons identifié quel était l'intérêt ou l'issue de notre travail. Ici, l'intérêt du travail est de connaître les effets des habiletés relationnelles de l'infirmier.

Concernant la partie C, il n'y a pas vraiment de comparaison à faire dans l'objet de notre étude. Néanmoins, il se pourrait que des comparaisons de diverses habiletés relationnelles soient faites, mais sans certitude, c'est pourquoi nous ne mettrons rien dans la recherche de base.

Pour finir, le résultat ou le critère de jugement sera l'estime de soi et l'adaptation de la population concernée.

Il n'y a pas de notion particulière de temps dans notre question PICOT, si ce n'est que nous allons nous centrer principalement sur un contexte de soins de longue durée ou chronique, ce qui pourrait représenter la notion de temps.

En résumé, notre méthodologie PICOT se présentera de cette manière :

P : femme âgée de plus de 65 ans atteinte d'incontinence urinaire

I : habiletés relationnelles de l'infirmier

C : -

O : estime de soi / adaptation

T : (soins chroniques)

4.2. Réalisation de la question de recherche

En suivant la méthodologie de la formulation de question « PICOT », voici la question officielle pour notre recherche :

« Chez une femme âgée de plus de 65 ans atteinte d'incontinence urinaire, comment les habiletés relationnelles infirmières influencent-elles l'estime de soi et l'adaptation ? »

Cette question et méthodologie ont donné naissance aux mots-clés que nous avons utilisés dans notre recherche d'articles.

4.3. Les critères de sélection des articles scientifiques

Nos recherches d'articles ont été réalisées dans les bases de données telles que Cinahl, Pubmed, Cochrane, Psychinfo, Ovid et JBI. Pour entamer notre recherche, des mots-clés ont été définis à travers notre question de recherche afin de questionner les bases de données. Nous avons déterminé les mots-clés : incontinence urinaire ; estime de soi ; adaptation et habiletés relationnelles infirmières.

En traduisant ces mots-clés en anglais sur le Grand Dictionnaire Terminologique (Gagné, 2018), outil de traduction scientifique, « incontinence

urinaire » devient « urinary incontinence » en anglais, « estime de soi » devient « self esteem » ou « self-esteem », « adaptation » reste dans la même écriture et « habiletés relationnelles » n'avait pas de descripteur définis dans le Grand dictionnaire terminologique (Gagné, 2018) ni sur les bases de données. Après validation de notre mentor, agrandir la recherche de mots-clés qui reprendraient le concept d'habileté relationnelle a été la solution la plus adéquate, en utilisant des termes synonymes, tels que « relationship », « behaviour », « behaviourism », « communication », etc. L'utilisation de synonymes a permis d'obtenir des articles probants dans le contexte de notre étude.

Nous avons dû retranscrire chaque mot-clé anglais en « Mesh Term » pour qu'il puisse correspondre aux diverses bases de données.

Nous avons trouvé quelques résultats avec les combinaisons de mots-clés « officiels », mais ceux-ci n'ont pas abouti à une sélection d'articles car les résultats n'étaient pas en accord avec notre problématique et ce que l'on recherchait.⁶

Étant donné les résultats qui sont ressortis de ces combinaisons, nous avons dû élargir nos recherches en modifiant les divers mots-clés ou en diminuant le nombre de mots-clés sur les différentes bases de données. Ceci a été fait en accord avec notre mentor.

⁶ *Appendice C*

4.4. Nature des articles retenus

Nous avons retenu onze articles que nous avons étudiés avec une grille d'analyse d'article afin de connaître la valeur scientifique des études sélectionnées. Cette grille se nomme la Grille de Fortin (Fortin & Gagnon, 2010).

Sur la base de données PsycInfo, nous avons entré plusieurs combinaisons et un total de trente-neuf articles est sorti, dont trois articles ont été sélectionnés. Cent-soixante-cinq articles ont été trouvés sur la base de données Cinhal grâce à plusieurs combinaisons également, dont trois ont été sélectionnés. Sur la base de données Pubmed, un seul article a été sélectionné pour vingt résultats. Concernant la base de données JBI, un total de cent-dix-sept articles est sorti, avec plusieurs combinaisons, dont quatre sélectionnés⁷.

Dans la plupart des grilles de Fortin, la population respecte l'âge et le sexe étudié, mais certains articles intègrent également des personnes plus jeunes ou des hommes dans leur étude. Ce sont des études qualitatives, dont deux guidelines et deux revues systématiques. La plupart des critères de la grille de Fortin sont parfaitement respectés par les articles. Néanmoins, un des guidelines n'a pas clairement précisé la méthodologie de recherche (Ostaszkiwicz, 2017), mais il remplit les autres critères avec adéquation. On peut déduire des différentes analyses de Fortin que nos articles sont suffisamment probants pour constituer les résultats de notre travail de

⁷ *Appendice D*

Bachelor, malgré le manque d'informations méthodologiques concernant quelques articles. La plupart de nos articles ont été étudiés et rédigés par des infirmiers ou personnes travaillant dans le milieu de la science infirmière. Cependant, il persiste un article (Cheater et al., 2008) élaboré par des chercheurs en sciences de la santé, mais étudiant les interventions infirmières.

4.5. Niveau de preuve des articles sélectionnés

Nous avons dû analyser la valeur scientifique de chaque article afin de voir s'il était suffisamment probant pour constituer un des résultats de notre étude. Pour cela, nous avons fait référence à l'« Impact Factor » de chaque journal, qui se décrit comme une valeur qui définit combien de personnes lisent le journal dans lequel a été écrit l'article chaque année. Cela permet de voir si le journal est suffisamment connu et lu pour être approuvé.

Le niveau de preuve est aussi important pour les articles, il dépend du type d'étude que constitue l'article.

Nos recommandations de preuve scientifique pour ce travail de Bachelor étaient :

- Un Impact Factor de 1.5 ou plus

ET/OU

- Un niveau de preuve de classe 1 ou 2, la classe 1 étant les revues systématiques et la classe 2 les RCT (études randomisées contrôlées).

Néanmoins, comme expliqué ci-dessus, la science infirmière n'étant pas assez développée concernant le sujet de notre travail, nous avons eu beaucoup de peine à trouver des articles répondant à notre problématique. De ce fait, nous avons déjà agrandi les recherches à des mots-clés plus larges et moins nombreux, mais nous avons dû également baisser nos exigences de niveau de preuve, afin d'avoir de la matière à étudier.⁸ Cette démarche a été discutée avec notre mentor et a été validée comme la seule manière possible de trouver des articles en suffisance.

Concernant les dates des articles, la recommandation pour le travail de Bachelor était une ancienneté de dix ans. Cette demande a pu être respectée par le groupe pour tous les articles.

4.6. Analyse des articles

L'analyse des articles retenus est faite avec la Grille de Fortin (Fortin & Gagnon, 2010). Ces grilles sont insérées dans les annexes de ces documents.⁹

4.7. Analyse finale

Après avoir analysé les résultats de nos onze articles sélectionnés, nous avons réalisé une synthèse de chaque article. Ensuite, nous les avons relus et avons retiré les thèmes centraux émergeant des résultats. Nous avons créé un

⁸ *Appendice E*

⁹ *Appendice F*

schéma heuristique en reliant les concepts-clés de notre cadre théorique aux différents articles et avons fait ressortir les catégories centrales à l'aide de couleurs. De ce fait, nous avons pu mettre en lumière les habiletés relationnelles principales recommandées par la science infirmière, dans la mesure des articles trouvés.

Les thèmes ressortis sont l'évaluation et l'amorçage ; l'empowerment ; agir sur les habitudes de vie ; l'individualité et les besoins du patient ; la relation de confiance et le partenariat ; les stratégies de communication et finalement l'Evidence Based Practice (EBP).

Les thèmes sélectionnés ont été choisis à l'aide du cadre théorique, c'est-à-dire la théorie de Roy, car elle fait référence dans ses postulats aux notions ci-dessus.

Pour ce qui est de l'évaluation et l'amorçage, le fait d'anticiper une relation avec la personne lui permet d'entrer dans un processus d'adaptation et l'évaluation fait référence au fait de s'intéresser au patient de manière holistique en évaluant toutes les composantes (Callista Roy, 2009).

L'empowerment est une des bases de la théorie de Roy, car il s'ancre sur le principe du développement personnel et de donner du pouvoir à la personne dans son processus de maladie (Callista Roy, 2009).

Le fait d'agir sur les habitudes de vie de la personne a une répercussion immédiate sur les stimulus qui vont amener à une réponse adaptative du patient (Callista Roy, 2009).

Respecter l'individualité et les besoins du patient représente un aspect fondamental de la théorie de Roy, car chaque patient s'adaptera selon sa propre conscience et ses expériences. L'infirmier qui respecte le besoin et l'individualité, respecte l'unicité du patient, il pourra donc s'adapter (Callista Roy, 2009).

La relation de confiance et le partenariat font référence au processus thérapeutique, car l'infirmier représente un des stimuli contextuels qui permettent l'adaptation. S'il n'est pas présent, le patient manquera de stimulus pour démarrer son processus (Callista Roy, 2009).

Les stratégies de communication permettront de rentrer en contact avec le patient, de favoriser une alliance thérapeutique, et ainsi, par le biais de ces stratégies, comprendre le monde à travers les yeux du patient et son récit (Callista Roy, 2009).

5. Synthèse des résultats/discussion

5.1. Synthèses des résultats des articles

Les catégories ressorties de la mise en commun des résultats d'articles vont être détaillées dans ce chapitre.

5.1.1. Evaluation et amorçage

Un des thèmes qui est ressorti dans plusieurs articles est le besoin de l'infirmier d'évaluer la situation du patient. Cela permet d'amorcer la relation avec le patient et de parler de l'incontinence urinaire avec celui-ci. En effet, selon (Howard & Steggall, 2010), pour la discipline infirmière, le problème a un sens car les femmes incontinentes ne sont pas demandeuses de soins. Les femmes qui consultent viennent d'abord pour des troubles autres que l'incontinence urinaire. Cela prouve que ce problème de santé n'a pas été perçu de premier recours par les soignants. L'infirmier est la personne qui peut initier le dialogue sur le thème lors de la prise en soin pour une autre comorbidité. Les infirmiers peuvent transmettre la notion de possibilité de prise en soin du trouble. Ainsi, la promotion de santé est possible pour gérer les symptômes.

Selon (Xu, Liu, Qu, Chen, & Wang, 2016a), une femme qui a une grande sévérité symptomatique a une baisse de sa qualité de vie en priorisant le style de coping évitant ou palliatif. Ces styles d'adaptation sont trop passifs, conformistes et non adaptés pour vivre avec le trouble. L'accompagnement de la femme incontinente ne doit pas se limiter à la conseiller sur la demande de soin, mais l'encourager dans le développement de mécanismes d'adaptation

bons pour sa qualité de vie. Le soignant peut questionner la personne sur la manière dont elle gère au quotidien son trouble et les impacts sur sa vie. Le soignant doit aussi voir quels mécanismes aident ou non la personne en les évaluant sur un accompagnement de long terme. En évitant que la femme utilise des mécanismes qui la limitent, elle peut se construire des ressources pour faire face positivement à son trouble et avoir une meilleure qualité de vie.

Selon un autre article (Kehinde, 2016), le rôle infirmier est important dans l'accompagnement de l'incontinence en soutenant la personne avec des compétences personnelles. Le département de la santé du Royaume-Uni en 2000 indiquait déjà que toute personne souffrant d'incontinence urinaire doit recevoir une évaluation primaire ; celle-ci reprenant l'état physique et psychique de la personne afin de faire émerger la prise en soin. Deux procédures à suivre ont été donc écrites par le département de la santé du Royaume-Uni en 2000. La première contient les éléments principaux de l'évaluation de l'incontinence et la deuxième concernent les traitements primaires. Les soignants doivent remplir 6 conditions pour avoir une prise en soin de qualité : prodiguer un soin continu dans un processus holistique ; être efficace tout en restant humain avec de la compassion ; être professionnel en accompagnant avec un haut niveau de preuve scientifique ; donner des interventions rapides, efficaces et sûres ; soutenir le patient dans son empowerment et défendre ses besoins ; être ouvert dans la discussion et la défense de l'incontinence urinaire au sein des équipes pluridisciplinaires.

Selon (Ostaszkiwicz, 2017), évaluer l'incontinence urinaire et discuter des pratiques qui rendent une personne dépendante des soins et de ses besoins en matière de soins d'incontinence permettent d'évaluer la situation du patient et donc d'amorcer la prise en charge de l'incontinence urinaire.

Selon (Lafrenière, Folch, Dubois, Bédard, & Ducharme, 2017), les infirmiers n'étaient pas assez attentifs à évaluer le déclin fonctionnel, donc les petites choses importantes pour les patients n'étaient pas prises en compte. Il est donc nécessaire d'évaluer ces aspects auprès du patient lors de la prise en soins.

5.1.2. Empowerment

La notion d'empowerment est très souvent retrouvée dans nos articles. En effet, selon (Lima, Caldas, Trotte, Ferreira, & Silva, 2015), l'accompagnement de l'incontinence urinaire est un challenge pour les soignants, car ils doivent chercher des solutions les plus humaines et appropriées au patient. La thérapie enclenche une approche humaine et individuelle, ce qui active le processus d'empowerment pour le patient. Cela l'encourage à tester de nouveaux comportements afin d'avoir un contrôle sur sa maladie et ainsi, favoriser sa promotion de santé.

De plus, (Kehinde, 2016) explique que les soignants doivent remplir 6 conditions pour avoir une prise en soin de qualité. Parmi elles, soutenir le patient dans son empowerment et défendre ses besoins sont les piliers centraux.

Une autre étude, (Jansen, McWilliam, Forbes, & Forchuk, 2013) décrit qu'une bonne utilisation de la « théorie d'application des connaissances » (cf. grille de Fortin n°5) favorise le processus de décision chez le patient, car il se sent écouté et peut s'appuyer sur les connaissances des proches-aidants, des soignants et ses propres connaissances pour avoir plus de pouvoir sur sa pathologie.

De plus, selon (Mize, 2018), les participants ont indiqué que le pouvoir relationnel entre le patient et l'infirmier affectait leur capacité à maintenir un sentiment d'efficacité.

Une autre étude selon (Lafrenière et al., 2017), montre que les infirmiers peuvent améliorer la qualité des soins en reconnaissant le potentiel de bienveillance de tous les êtres humains favorisant le choix et l'autodétermination, en s'efforçant de connaître l'autre et en cherchant à comprendre comment les individus doivent être soutenus dans leur santé et leur expérience. Les patients ont notamment souligné le respect de leur autonomie et de leurs choix, comme préférer utiliser une commode ou les toilettes au lieu d'un bassin de lit.

5.1.3. Agir sur les habitudes de vie

Les notions d'habitude de vie se rencontrent dans deux de nos articles. En effet, selon (Lima et al., 2015) les infirmiers qui donnent des conseils sur les habitudes de vie de la femme incontinente permettaient de diminuer la perte d'urine, à travers les résultats qui ont été prouvés dans le cahier mictionnel.

Comme démontré au début du travail, l'incontinence étant en relation avec la qualité de vie et donc l'estime de soi, le fait de diminuer les pertes va réduire les risques associés.

De plus, selon (Lafrenière et al., 2017), les interventions infirmières rapportées par les participants pour maintenir leurs habiletés physiques et leur autonomie étaient les suivantes : aider à bouger et à marcher, encourager l'autonomie et offrir de l'aide selon les capacités, soulager la douleur avant les activités nécessitant un déplacement, surveiller et ordonner de ne pas se lever et marcher seul pour éviter les chutes. L'article explique que les infirmiers doivent essayer de modifier les habitudes de vie afin qu'elles soient plus saines et ainsi améliorer la continence urinaire.

5.1.4. Individualité et besoins

Ces deux notions ont été abondamment retrouvées dans les articles et ont été démontrées de diverses façons.

En effet, selon (Kehinde, 2016), identifier et défendre les besoins du patient sont définis parmi les six conditions qui correspondent à une prise en soin de qualité. Cela augmente l'adaptation de la personne dans le vécu avec son trouble.

Dans l'article de (Jansen et al., 2013), un des sous-thèmes de la traduction des connaissances comprend le renforcement des connaissances expérientielles. Il décrit qu'il faut renforcer ce que le patient a utilisé comme stratégies efficaces. De ce fait, cela revient à respecter le besoin du patient et

à intégrer ses expériences en toute individualité, tout en favorisant son adaptation.

Un autre article (Ostaszkiwicz, 2017) intègre dans le guideline, le fait d'adopter une approche centrée sur la personne et de respecter ses besoins. Cette pratique permet à l'infirmier de respecter l'individualité de la personne. Un autre sujet cité dans la guideline décrit que les pratiques de soins d'incontinence doivent être ciblées et individualisées, concernant le partenariat.

De plus, selon (Mize, 2018), dans les résultats de cet article, les personnes âgées disent que le fait que l'infirmier soit à l'écoute de leur besoin, entre autres, favorise leur guérison.

Finalement, selon (Lafrenière et al., 2017), pour les patients, un des éléments d'une bonne approche pour prévenir le déclin fonctionnel est de reconnaître leur besoin spécifique. Cela les aide à maintenir une bonne humeur et donc une bonne estime et une meilleure adaptation.

5.1.5.Relation de confiance et partenariat

Ces deux notions se sont retrouvées dans trois de nos articles.

En effet, dans l'article présenté par (Jansen et al., 2013), deux sous-thèmes de la « théorie de l'application des connaissances » reprennent la notion de relation de confiance et partenariat. Il s'agit de favoriser la réciprocité, et développer la confiance. Cela permet selon l'auteur de renforcer l'alliance thérapeutique avec le patient et les proches aidants. De plus, deux

autres sous-thèmes sont énoncés. Il s'agit de la facilitation de l'échange des connaissances et de leur regroupement. Ils permettent un partenariat, car toutes les connaissances de chacun sont rassemblées dans le but d'aider l'adaptation du patient face à sa maladie.

Selon (Ostaszkiwicz, 2017), une des interventions favorisées par le modèle est de décrire des stratégies qui favorisent une approche centrée sur le partenariat qui renforce donc la relation entre une personne dépendante des soins et sa famille. De plus, cet article a prouvé l'efficacité de la théorie étudiée dans le soutien à l'adaptation de la personne. Cette théorie est totalement basée sur le partenariat entre le soigné, le soignant et les proches aidants.

Finalement, selon (Lafrenière et al., 2017), les patients ont affirmé que de leur faire confiance les aidait à retrouver l'espoir, les inspirer et les motiver. Cela favorise donc la découverte de nouvelles stratégies d'adaptation.

5.1.6. Stratégies de communication

Dans les résultats trouvés, l'élément principal ressortant des habiletés relationnelles concerne les stratégies de communication.

En effet, selon (Kehinde, 2016), être ouvert dans la discussion et la défense de l'incontinence urinaire dans l'équipe pluridisciplinaire fait également partie des 6 conditions pour une prise en soins de qualité.

De plus, selon (Ostaszkiwicz, 2017), les stratégies de communication thérapeutique renforcent la résilience de la personne et favorisent son bien-

être physique et psychologique. Et encore, parmi les recommandations de l'article, l'auteur décrit qu'il faut développer une compréhension empathique de l'éventail des réponses émotionnelles humaines face à l'incontinence et la dépendance. Le soignant doit donc reconnaître l'effet des conséquences des réponses émotionnelles sur les comportements du patient.

Un autre article (Mize, 2018), décrit dans les résultats le fait que les personnes âgées disent qu'elles sont favorisées dans leur guérison quand l'infirmier démontre de l'attention envers elles, les respecte, prend du temps pour elles, et pratique de l'écoute active.

Selon (Lafrenière et al., 2017), les infirmiers peuvent améliorer la qualité des soins, en reconnaissant le potentiel de bienveillance des patients. Ils doivent également évaluer leur propre potentiel de bienveillance afin de prodiguer des soins de qualité. Pour les patients, la gentillesse les aide à diminuer l'embarras de demander et recevoir de l'aide. De plus, une approche disponible, une attitude douce, l'utilisation de l'humour, l'attention et la patience sont sources d'un bon accompagnement infirmier selon les patients. Finalement, encourager les patients, souligner les choses positives, les motiver et inspirer de l'espoir ont aussi été prouvés comme positifs pour les bénéficiaires de soins.

5.1.7. Evidence Based Practice

Un des articles (Escobar-Aguilar, 2011) démontre que de travailler sur des données probantes permet d'améliorer les bénéfices chez les patients.

Certaines études démontrent qu'utiliser une méthodologie de meilleure qualité est nécessaire pour évaluer les différentes stratégies utilisées afin de diffuser et mettre en œuvre les directives de pratiques infirmières. Ainsi, le but des directives de pratiques cliniques est de les modifier pour améliorer les résultats des patients, réduire leur variabilité, rendre plus rentable l'utilisation des services, améliorer la collaboration entre les professionnels et veiller à ce que les interventions mises en œuvre soient les plus appropriées.

5.1.8. Articles complémentaires

Deux autres articles ont été étudiés dans nos résultats (Simpson, Laufer, Smith, Rorie, & Schell-busey, 2012) (Cheater et al., 2008). Néanmoins, ils ne permettaient pas de répondre à la question de recherche, mais plutôt de mettre en lumière des problèmes dans la prise en charge infirmière de l'incontinence urinaire. Ces articles seront donc exploités dans le chapitre « perspectives pour la recherche » de la partie « Conclusion ».

5.2. Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Les résultats développés ci-dessus sont la synthèse des habiletés relationnelles infirmières identifiées comme ayant des avantages pour favoriser l'estime de soi et l'adaptation dans un contexte d'incontinence urinaire. Certains résultats démontrent plutôt un effet bénéfique sur l'estime

de soi et d'autres plutôt sur les stratégies d'adaptation de la personne, bien que l'adaptation et l'estime de soi soient interreliées, pour autant que l'infirmier prenne conscience de leur sens et de leur impact sur le bien-être du patient (Callista Roy, 2009). Parmi les articles, certains ont démontré une incidence sur l'estime de soi de même que sur l'adaptation de la personne pour une même intervention.

Dans ce chapitre, il s'agit de répondre à la question PICOT posée avant la recherche, qui a orienté notre cadre de recherche :

« Chez une femme âgée de plus de 65 ans atteinte d'incontinence urinaire, comment les habiletés relationnelles infirmières influencent-elles l'estime de soi et l'adaptation ? »

Les résultats ressortis prouvent que l'évaluation et l'amorçage ; l'empowerment ; agir sur les habitudes de vie ; l'individualité et les besoins du patient ; la relation de confiance et le partenariat ; les stratégies de communication et finalement l'Evidence Based Practice (EBP) agissent chacun à sa manière pour favoriser l'estime de soi et/ou l'adaptation.

Concernant le thème de l'évaluation et l'amorçage, il en ressort que ce type d'intervention favorise principalement les stratégies d'adaptation, car si l'infirmier n'amorce pas le sujet, la femme ne va pas oser traiter le sujet avec les soignants et restera dans une vision fataliste de son trouble. De plus, le fait d'évaluer l'incontinence permet à l'infirmier de mieux comprendre ce qui aide ou non la personne et de centrer ainsi les stratégies d'adaptation à ce sujet (Howard & Steggall, 2010). L'infirmier peut également en apprendre plus

s'il détermine le style de coping de la personne et ainsi diriger ses interventions selon celui-ci (Xu et al., 2016a). Pour finir, les patients ont déterminé que lorsque les infirmiers s'intéressent à l'évaluation de leur incontinence, ils se sentent mieux pris en charge et veulent mieux s'investir, ce qui renforce leur adaptation également (Ostaszkievicz, 2017).

Pour le thème de l'empowerment, les conclusions amènent au fait que renforcer l'empowerment de la personne agirait plutôt également sur l'adaptation. En effet, lorsque l'infirmier favorise l'empowerment du patient, il s'octroierait davantage un droit de pouvoir sur sa maladie, il augmenterait son sentiment d'efficacité personnelle et serait ainsi plus enclin à développer des stratégies de coping pour l'incontinence urinaire (Lima et al., 2015).

Pour ce qui est d'agir sur les habitudes de vie, il a été démontré que lorsque l'infirmier donne des conseils à ce propos et concernant l'incontinence urinaire aux patients, ceci diminue la perte urinaire. De ce fait, comme nous l'avons vu dans la problématique, la qualité de vie est reliée à la sévérité des symptômes : le fait de diminuer la perte d'urines favorise l'estime de soi. De plus, le fait d'intégrer de nouveaux apprentissages va accroître la qualité de vie chez la personne, et par conséquent, l'estime de soi (Lima et al., 2015).

Concernant l'individualité et les besoins du patient, les articles prouvent que se centrer sur les besoins de la personne et agir selon ses expériences personnelles favorisent l'individualité. Celle-ci permet de créer avec le patient des stratégies d'adaptation qui lui sont propres et qui seront probantes à travers son expérience de vie (Jansen et al., 2013) (Ostaszkievicz, 2017).

Le fait de promouvoir la relation de confiance et le partenariat avec le patient et son entourage permet de rassembler les connaissances de chacun, pour amener à une collaboration et à un échantillon complet de ressources qui aideront le patient à en tirer des stratégies d'adaptation (Jansen et al., 2013) (Ostaszkievicz, 2017).

Les stratégies de communication de l'infirmier renforcent la résilience face à l'incontinence urinaire (Ostaszkievicz, 2017) et augmentent le bien-être psychologique et physique de la personne, ce qui englobe l'estime de soi (Mize, 2018).

En ce qui concerne l'Evidence Based Practice, il semblerait selon l'article que le fait d'acquérir des pratiques probantes face à l'accompagnement du patient, en ce qui nous concerne l'approche relationnelle, permet d'avoir de meilleurs résultats, notamment concernant l'estime de soi et l'adaptation de la personne soignée (Escobar-Aguilar, 2011) .

Concernant la théorie de Roy, nos recherches d'articles ont permis de valider les concepts de cette théorie infirmière. Effectivement, nous retrouvons le concept d'empowerment chez la femme incontinente urinaire à travers nos résultats. De plus, l'accompagnement infirmier prend en compte le fait que la personne devra utiliser ses savoirs, ses expériences de vie et ses croyances afin de s'adapter à son processus de maladie (Callista Roy, 2009). Le thème de l'individualité a parfaitement repris ce postulat dans les résultats.

Il y a une notion d'interdépendance des parties dans la théorie de Roy (Callista Roy, 2009). Dans les résultats, il y a une interconnexion entre l'estime

de soi et l'adaptation que l'infirmier doit prendre en compte dans sa prise en charge.

L'infirmier, à travers la relation avec le patient, va analyser les différentes stratégies d'adaptation conscientes ou inconscientes dans le processus de soin pour travailler sur celles-ci (Callista Roy, 2009). Dans nos résultats, cette notion revient dans les thèmes de la relation de confiance et du partenariat, mais également dans l'évaluation. Dans l'amorçage de la discussion, nous retrouvons ce que Roy a souligné. En effet, les personnes âgées changent et vont se caractériser selon leurs croyances et perspectives en fonction de leur âge, ce qui limite la prise en soin (Callista Roy, 2009). Le fait d'amorcer la discussion concernant l'incontinence urinaire permet de modifier cette perspective et de s'ouvrir à une prise en soin (Howard & Steggall, 2010).

5.3. Propositions pour la pratique

En regard des différents résultats de notre étude, nous pouvons conclure que, dans une certaine mesure et en prenant en compte les diverses limites de nos recherches, les interventions relationnelles à adopter face à une incontinence urinaire de la femme âgée, seraient les suivantes : amorcer une relation thérapeutique tout en évaluant correctement l'incontinence et les réponses de la personne à celle-ci ; encourager l'expansion des ressources personnelles de la personne (empowerment) ; aider la patiente à adopter des habitudes de vie saines face à l'incontinence urinaire ; respecter et prendre en

compte l'individualité du patient et ses besoins ; créer une relation de confiance et un partenariat avec la personne soignée ; mobiliser des stratégies de communication adaptées ; et finalement, se baser sur des données probantes pour actualiser les connaissances des infirmiers.

Ces habiletés relationnelles ont démontré, à travers les résultats des articles, un intérêt à favoriser le développement de l'estime de soi, parfois à travers l'augmentation de la qualité de vie, mais également une meilleure adaptation par le biais de nouvelles stratégies de coping chez la personne soignée.

De ce fait, en lien avec la problématique, l'augmentation des stratégies d'adaptation vont permettre au patient de trouver de nouvelles propositions pour la prise en charge de son incontinence. Ces propositions pourront être exploitées par l'infirmier et le patient lui-même afin d'améliorer la prise en charge globale de l'incontinence, dans le respect de son individualité.

De plus, le fait de soutenir l'estime de soi du patient pourra pallier la baisse de qualité de vie inhérente aux impacts de l'incontinence urinaire découverts lors de la problématique (Xu & Kane, 2013a).

6. Conclusion

6.1. Apport du travail de Bachelor

Dans les éléments facilitants du travail, nous avons ressorti le fait que nous avons œuvré sur un sujet qui était particulièrement motivant pour tout le groupe, du fait qu'il manquait, à notre sens, des recommandations infirmières à ce propos et que le thème nous semblait tabou. Durant nos diverses périodes de formation pratique, nous avons été limitées dans nos prises en soin d'incontinence urinaire et suppositions également que les infirmiers ne mobilisaient pas suffisamment de ressources. Nous avons pris conscience que la population mondiale devient de plus en plus âgée et souhaitons donc acquérir plus de savoirs probants afin de promouvoir la qualité de vie chez les personnes concernées.

Le groupe a su également mobiliser les compétences personnelles de chacune d'entre nous, de respecter et faire converger les différents styles d'apprentissages. Nous avons basé notre travail sur la confiance mutuelle. Nous avons appris à mobiliser les rôles de communication, de collaboration et de management. Précise et claire, notre organisation correspondait à nos manières de fonctionner.

De plus, nous avons travaillé lors de la deuxième année de notre formation sur la théorie du vieillissement réussie de Troutman-Jordan (Smith & Parker, 2015), ce qui nous avait déjà sensibilisées au processus de vieillissement et ainsi mieux comprendre le vécu des personnes à ce stade de vie.

Un autre élément stimulant pour nous : nous avons toujours su demander de l'aide lorsque nos difficultés retardaient notre avancée dans le travail et avons su rebondir grâce à une remise en question ponctuelle du travail.

En ce qui concerne les contraintes lors du travail, nous avons été en difficulté lors de l'élaboration de la question de recherche, c'est-à-dire son orientation. Effectivement, nous avons d'abord orienté la problématique sur un focus « professionnel » sans s'en rendre compte, puis avons dû en modifier des contenus afin de l'orienter vers un focus « patient ».

La recherche d'articles a été l'élément le plus contraignant de notre travail de Bachelor. En effet, le mot-clé englobant les habiletés relationnelles n'était pas répertorié dans les bases de données. Nous avons donc dû adapter notre recherche en employant des synonymes, ce qui a compliqué le processus.

De plus, la science infirmière comporte peu de recherches en matière d'incontinence urinaire, notamment concernant notre problématique. Ceci a rendu la phase de recherche longue et difficile et nous a forcées à baisser nos exigences de qualité.

Étant donné que nous avons réparti le travail lors de l'analyse des grilles de Fortin, il a été difficile pour nous d'avoir une vision globale sur les éléments essentiels des résultats gravitant autour de notre problématique. Nous avons néanmoins réussi à recentrer cette vision à l'aide du schéma heuristique créé pour la synthèse des résultats.

6.2. Limites du travail

Nous avons décelé plusieurs limites inhérentes au travail de Bachelor, qui démontrent que malgré nos efforts, les recherches effectuées n'autorisent pas une fiabilité totale au niveau scientifique.

Une des limites principales rencontrées est le faible nombre d'articles correspondant à notre problématique. Cette restriction nous a contraintes à baisser les exigences en matière de niveau de preuve et d'impact factor. De même, nous avons dû élargir le concept d'habileté relationnelle en employant des mots-clés anglais synonymes dans les bases de données, ainsi que pour les autres mots-clés en dépit du faible nombre de résultats.

Nous avons également parfois été obligées de lier dans certains cas le concept de qualité de vie et celui de l'estime de soi, car, selon la problématique, cette dernière fait partie des éléments inhérents à la qualité de vie. Nous avons donc supposé que lorsque les résultats démontraient un effet positif sur la qualité de vie, il en serait de même pour l'estime de soi.

Il est important d'expliquer également que, de par notre difficulté à trouver des articles concernant notre thème, certaines de nos études ne répondent parfois pas entièrement ou que d'une part à notre question, ce qui nous a contraintes parfois à « forcer » le lien entre l'article et notre problématique, même si cela ne paraissait pas limpide au départ. Nous avons dû quelques fois interpréter les résultats selon notre thème ou n'en sélectionner qu'une partie.

Or, nous avons néanmoins veillé à ce que nos exploitations restent correctes et fidèles aux données étudiées de manière scientifique.

Etant donné le petit nombre de résultats dans nos recherches, nous avons dû également étendre les recherches au monde entier. Il se peut donc parfois que les propos, les ressentis et les méthodes de travail soient différents ou exprimés d'une autre façon dans les recherches, selon les différences de cultures des populations considérées, comme par exemple en Chine ou au Brésil.

De même, les articles étudiés faisaient parfois référence aux patients des deux sexes dans le même échantillon. Nous avons donc des résultats qui sont parfois applicables aux deux genres, malgré notre volonté de nous concentrer sur la population féminine. Il en est de même pour l'âge de l'échantillon pour certains articles, se référant à des groupes plus jeunes que ceux que nous avons retenus. Or, nous avons toujours veillé à ce que cet écart n'influe pas sur les résultats et que la population âgée telle que définie soit centrale dans notre étude. De plus, certains articles dont un en particulier parle de prise en charge dans un contexte hospitalier, ce qui ne correspondait pas à nos critères initiaux d'une prise en charge de longue durée, mais les résultats de cette étude étaient tout de même applicables à notre travail (Lafrenière et al., 2017).

Nous avons sélectionné deux guidelines dans la recherche (Ostaszkiwicz, 2017) (Kehinde, 2016). Ceux-ci semblent de haut niveau de preuve, mais n'explicitent cependant pas leur méthodologie de recherche des littératures. Ils exposent donc des résultats sans la caution d'un expert, les sources

exploitées figurant uniquement dans la bibliographie. Bien que nous ayons analysé la bibliographie, les critères de sélection des interventions n'ont pas été expliqués expressément : nous ne pouvons donc nous baser qu'avec une certaine réserve sur ces résultats.

Finalement, nous souhaitons rappeler qu'aux vues de certains biais rencontrés lors de la recherche et l'analyse d'articles, nous ne pouvons pas affirmer que les résultats de notre travail soient universels et applicables en toutes circonstances, ni qu'ils représentent une source totalement indiscutable, en dépit du degré de correction de leur fiabilité.

6.3. Perspectives pour la recherche

Lors de notre recherche, nous avons choisi deux articles qui mettaient en lumière les problèmes actuels de la prise en charge infirmière dans le contexte d'incontinence urinaire. En effet, l'un des articles, (Cheater et al., 2008), a étudié l'effet des interventions dans la prise en charge de l'incontinence urinaire des patients par les infirmiers de communauté (généralistes), mais aussi par des infirmiers spécialisés en incontinence urinaire. Les résultats de cet article démontrent que seulement deux tiers des patients ont été satisfaits de la prise en soin des infirmiers communautaires et, moins encore, la moitié pour les infirmiers spécialisés en la matière. De plus, l'article mentionne que la nature des interventions pratiquées n'est pas précisée. Cela permet de sous-entendre le fait que chaque infirmier « improvisait » ses interventions, en

l'absence de cadre de référence et de recommandation pour la prise en charge de l'incontinence, aussi bien pour les deux catégories ci-dessus.

Le deuxième article, (Simpson et al., 2012), est une revue systématique de l'étude de vingt-deux articles au sujet de l'effet des interventions de soins des infirmiers sur la qualité de vie de la personne, par exemple les risques de chute ou les escarres, etc. Parmi eux, un seul article a mis en avant des résultats probants et positifs sur les effets des interventions infirmières sur la qualité de vie des patients. De même que pour l'article précédent, les interventions en question n'ont pas été détaillées.

À la suite de ces deux articles, on peut donc affirmer que les infirmiers manquent d'un cadre de référence et de recommandations pour la prise en soins de l'incontinence urinaire. De ce fait, il est permis d'affirmer que le personnel infirmier prend en soin les patients chacun à sa manière. Comme les interventions varient considérablement, la majorité des patients ne peuvent pas être entièrement aidés, comme démontré dans le premier article (Cheater et al., 2008).

Nos recommandations pour la recherche seraient donc d'étudier de manière plus approfondie et précise ce problème d'incontinence urinaire, afin d'apporter des guidelines aux infirmiers pour la prise en soin de l'incontinence urinaire. Comme démontré dans la problématique, l'impact de l'incontinence urinaire sur le patient est sérieux, la qualité de vie des personnes atteintes s'en trouve altérée alors que le phénomène prend toujours plus d'ampleur, au gré du vieillissement de la population. Nous faisons donc face actuellement à un

problème majeur de santé publique qu'il est nécessaire de régler. En outre, comme expliqué dans la méthodologie, le petit nombre d'articles extraits et ceux sélectionnés par le groupe ont donné des résultats qui doivent être considérés avec précaution. Nous estimons donc que des recherches qualitatives plus importantes sur le sujet pourraient donner des pistes pour aider à avancer dans cette problématique actuelle.

Enfin, plusieurs articles étudiés ont proposé des recommandations au terme de leurs analyses, comme par exemple, d'inclure la pathologie de l'incontinence dans la formation des infirmiers afin d'accroître les ressources en matière d'infirmiers spécialisés (Kehinde, 2016). Un autre article (Xu, Liu, Qu, Chen, & Wang, 2016b), explique qu'il faut davantage évaluer le style de coping instrumental et son rôle dans la qualité de vie malgré une incontinence urinaire. En effet, les efforts qu'il induit représentent le meilleur mécanisme d'adaptation pour les patients incontinents. Développer des recherches sur la manière de briser le tabou de l'incontinence permettrait d'avoir une meilleure compréhension des patientes et d'améliorer ainsi les soins prodigués tout comme la qualité de vie des personnes concernées (Howard & Steggall, 2010).

Selon une de nos revues systématiques, les auteurs recommandent d'adopter un modèle de soins propice à une relation non hiérarchique entre l'infirmier et le patient, comme par exemple le modèle de Watson. Les infirmiers devraient reconnaître l'importance de considérer les patients plus âgés comme des partenaires de soin à part entière, en les encourageant dans leurs progrès (Lafrenière et al., 2017).

7. Références

- Alaphilippe, D. (2008). Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 6(3), 167-176. <https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0135>
- Amy Sinclair, A. J., Ramsay, I. N., Sinclair, A. J., & Ramsay MRCOG, I. N. (2011). Review The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Review*, 13, 143-148. <https://doi.org/10.1576/toag.13.3.143.27665>
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 26. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>
- Anzieu, D., Doron, R., & Parot, F. (2009). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bakan, G., & Akyol, A. D. (2008). Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *JAN Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 596-608.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse*. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in nursing science*, 1(1), 13-23.
- Cheater, F. M., Baker, R., Gillies, C., Wailoo, A., Spiers, N., Reddish, S., ... Cawood, C. (2008). The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: A cross-sectional cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 339-351. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.09.006>
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. (S.I.) : ScholarlyCommons.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. Laval, Canada : (s.n.).
- Chinn, P. L., Kramer, M. K., & Chinn, P. L. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis : Mosby Elsevier.
- Cifali, M., & André, A. (2007). *Écrire l'expérience : vers la reconnaissance des pratiques professionnelles*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe.
- Donaldson, S.K., Crowley, D. M. (1978). *The discipline of nursing*. (Volume 26). (S.I.) : Nursing Outlook. <https://doi.org/245616>
- Elenskaia, K., Haidvogel, K., Heidinger, C., Doerfler, D., Umek, W., & Hanzal, E. (2011). The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame

- and embarrassment. *Wiener klinische Wochenschrift*, 123(19), 607-610.
<https://doi.org/10.1007/s00508-011-0013-0>
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York : Norton.
- EROS. (2017). *Plaisir Audit*. Canton du Jura.
- Escobar-Aguilar, G. (2011). Effectiveness of strategies to implement urinary incontinence clinical practice guidelines on healthcare delivery and patient outcomes, 1-24.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *JNU Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87.
- Fawcett, J., & Alligood, M. (2005). Influences on Advancement of Nursing Knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 18(3), 227-232.
- Fondation d'aide aux personnes incontinentes Canada. (1998). fini les tabous sur l'incontinence. Repéré à <http://www.canadiancontinence.ca/FR/fini-les-tabous-sur-incontinence.php>
- Formarier, M. (2012). Les concepts en sciences infirmières (pp. 82-83). (S.I.) : (s.n.).
- Formarier, M., Jovic, L., & Association de recherche en soins infirmiers (France). (2012). Les concepts en sciences infirmières. Repéré à <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=cairnle&ezurl=http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière éducation.
- Gagné, L. (2018). Le grand dictionnaire terminologique (GDT). *Office québécois de la langue française*. Repéré à <http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/index.aspx>
- Gogniat, V., Rae, A.-C., Séraphin, M.-A., De Rosso, A., & Herrmann, F. R. (2011). Incontinence urinaire : connaissances, représentations et pratiques des soignants. Enquête aux Hôpitaux universitaires de Genève. *Recherche en soins infirmiers*, 107(4), 85.
<https://doi.org/10.3917/rsi.107.0085>
- Gonthier, A., Cornuz, J., Pasche, O., Ahtari, C., & Jichlinski, P. (2008). Incontinence urinaire chez la femme : prise en charge en médecine de premier recours. *Revue médicale suisse*. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-181/Incontinence-urinaire-chez-la-femme-prise-en-charge-en-medecine-de-premier-recours>
- Greenham, H., & Moran, P. (2005). Pathways to managing female urinary incontinence. *Women's Health Medicine*, 2(6), 10-14.

<https://doi.org/10.1383/wohm.2005.2.6.10>

- Group, P. A. (2004). Breaking down the last medical taboo. Repéré à <https://www.telegraph.co.uk/women/womens-life/9986570/Tackling-the-last-medical-taboo-for-women.html>
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2009). *L'attachement: approche théorique: du bébé à la personne âgée*. Paris : Elsevier Masson. Repéré à <http://site.ebrary.com/id/10537570>
- Howard, F., & Steggall, M. (2010). Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking, *19*(12), 742-749. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.12.48651>
- Imamura, M., Williams, K., Wells, M., & Mcgrother, C. (2015). Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults (Review) summary of findings for the main comparison, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003505.pub5.www.cochranelibrary.com>
- ISE. (2014). *Analyse de l'utilisation des sondes vésicales*.
- Jansen, L., McWilliam, C. L., Forbes, D., & Forchuk, C. (2013). Social-interaction knowledge translation for in-home management of urinary incontinence and chronic care. *Canadian Journal on Aging, 32*(4), 392-404. <https://doi.org/10.1017/S0714980813000378>
- Kehinde, O. (2016). Common incontinence problems seen by community nurses. *Journal of Community Nursing, 30*(4), 46-55.
- Lafrenière, S., Folch, N., Dubois, S., Bédard, L., & Ducharme, F. (2017). Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization. *Clinical Nursing Research, 26*(1), 6-26. <https://doi.org/10.1177/1054773815601392>
- Lauzon, S., & Adam, E. (1996). *La personne âgée et ses besoins : interventions infirmières*. Paris (14 rue du Repos, 75020) : Seli Arslan.
- Lima, C., Caldas, C., Trotte, L., Ferreira, A., & Silva, B. (2015). Behavioral Therapy for the Urinary Incontinence of Elderly Woman. *Journal of Nursing, 9*(8), 8762-8770. <https://doi.org/10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201501>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer publishing company.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Mize, D. (2018). The meaning of patient–nurse interaction for older women in healthcare settings: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal*

- of Older People Nursing*, 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.1111/opn.12167>
- Mottaz, A. (2012). Accompagnement. Dans *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 44-45). (S.l.) : (s.n.). <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0042>
- OFS. (2015). Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future.assetdetail.39912.html>
- Ostaszkiwicz, J. (2017). Reframing continence care in care-dependence. *Geriatric Nursing*, 38(6), 520-526. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.03.014>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. (S.l.) : (s.n.).
- Prudhomme, C., Jeanmougin, C., & Geldreich, M.-A. (2010). *Urologie. Néphrologie*. Paris : Maloine.
- Prudhomme, C., Jeanmougin, C., & Geldreich, M.-A. (2012). *Pathologies du rein et de l'appareil urinaire*. Paris : Maloine.
- Robert, P., & Rey, A. (2004). *Le petit Robert. 2004, 1 1*. Paris : Robert.
- Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing science quarterly*, 1(1), 26-34.
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. Upper Saddle River (NJ) : Pearson.
- Roy, C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing science quarterly*, 24(4), 345-351.
- Schumacher, K., Jones, P., & Meleis, A. (1999). *Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice*. New York : ScholarlyCommons. Repéré à <https://repository.upenn.edu/nrs/10/>
- Service de presse médecine, santé & sciences. (2005). « L'un des derniers tabous médicaux » - Journée internationale de la femme.
- Simpson, S. S., Laufer, W. S., Smith, N. C., Rorie, M., & Schell-busey, N. (2012). Systematic Review Protocol. *JBIC Library of Systematic Reviews*, (June), 28.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories & nursing practice*. (S.l.) : (s.n.).
- Tremblay, M. (2001). *L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir* (Editions S). Saint-Martin : (s.n.).
- Turner, B. (2013). Tackling the last medical taboo for women.

- Verspieren, P. (1987). *Face à celui qui meurt: euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Vethanayagam, N., Orrell, A., Dahlberg, L., McKee, K. J., Orme, S., Parker, S. G., & Gilhooly, M. (2017). Understanding help-seeking in older people with urinary incontinence: an interview study. *Health and Social Care in the Community, 25*(3), 1061-1069. <https://doi.org/10.1111/hsc.12406>
- Xu, D., & Kane, R. L. (2013). Effect of urinary incontinence on older nursing home residents' self-reported quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society, 61*(9), 1473-1481. <https://doi.org/10.1111/jgs.12408>
- Xu, D., Liu, N., Qu, H., Chen, L., & Wang, K. (2016). Relationships among symptom severity, coping styles, and quality of life in community-dwelling women with urinary incontinence: a multiple mediator model. *Quality of Life Research, 25*(1), 223-232. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1070-z>

8. Appendices

Appendice A : Entretien avec une professionnelle

Avez-vous des idées des statistiques suisses ou européennes de l'incontinence urinaire ou pouvez-vous me dire quelle population vous rencontrez lors de vos soins ?

Il faut savoir premièrement qu'il y a deux types d'incontinences bien distinctes que l'on rencontre. Premièrement, il y a l'incontinence d'effort, qui touche une grande majorité de femmes. C'est une incontinence qui apparaît lors d'un effort, par exemple en sautant, éternuant, toussant, courant, etc. cela crée une pression sur la vessie qui se vide lors de l'à-coup et donne une fuite urinaire. Elle peut toucher autant des femmes jeunes qu'âgées.

Ensuite, il y a l'incontinence d'urgence. Celle-ci touche autant d'hommes que de femmes. Cette incontinence se caractérise par le fait d'avoir une envie soudaine d'uriner et de ne pas pouvoir se retenir. C'est le sphincter qui ne peut pas se contracter correctement.

Chez les femmes principalement, on peut retrouver une incontinence mixte, c'est-à-dire d'effort et d'urgence.

Quels traitements avez-vous déjà pu rencontrer ou utiliser en tant que physiothérapeute ?

Neuromodulateurs : Patricia ne connaît pas le fonctionnement exact de ce traitement car ne l'utilise pas mais sait qu'il est utilisé parfois en implantant des neuromodulateurs dans le bas du dos qui vont agir sur la vessie.

Bandelettes TVT ou TOT : ce traitement est beaucoup utilisé dans la région et selon les dires des patientes, les résultats sont en grande majorité très bons. C'est un traitement que Patricia trouve très probant et elle précise que c'est le principal que nous devrions retenir s'il n'y en avait qu'un. Ce traitement se caractérise par la pose d'une bandelette sous l'urètre qui va venir le soutenir en cas d'incontinence d'effort. La bandelette se pose par opération et les deux côtés sont abouchés à la peau, qui lors de la cicatrisation, va cicatriser à travers la bandelette, ce qui va la fixer dans le corps. Ensuite, lors d'un mouvement brusque ou d'une pression, l'urètre, au lieu de se relâcher, va s'appuyer sur la bandelette et il n'y aura pas de fuites. Elle est donc utilisée dans l'incontinence d'effort mais aussi la mixte, car elle agirait aussi sur l'incontinence d'urgence dans 50% des cas, mais nous ne savons pas encore pour quelle raison.

La TVT passe à travers la peau et la TOT passe dans les trous trochantériens, mais est plus douloureuse.

Botox : Patricia me parle d'injection de botox dans la vessie, couramment pratiquées par Dr Vedana (hôpital de Delémont et Moutier). La toxine botulique est administrée par un médecin urologue directement au niveau de la vessie. Grâce à son action paralysante, elle permet le relâchement des muscles vésicaux. Ainsi, la vessie est capable de retenir une quantité plus importante d'urine et les contractions aléatoires inopportunes du muscle vésical s'amenuisent. Le Botox agit également au niveau des nerfs sensoriels contrôlant la sensation d'urgenturie. Ainsi les patients peuvent davantage

contrôler leur vessie et gagnent véritablement en qualité de vie. Les résultats obtenus sont très encourageants, puisque ce traitement permet de diminuer, voire de supprimer les fuites urinaires.

Cependant, la toxine botulique est un produit résorbable, il faudra donc procéder à une nouvelle injection tous les 6 à 9 mois environ. Sachez aussi que ces injections semblent être très bien tolérées et entraînent assez rarement des effets secondaires.

Pessaire : C'est un dispositif souvent en plastique ou silicone inséré dans le vagin afin de soutenir le périnée pour éviter d'affaissement des voies urinaires. Il est censé pouvoir être utilisé facilement à domicile car il devrait être retiré du vagin, lavé au savon et réintroduit tous les jours, mais Patricia me dit que pour beaucoup de femmes, il est très difficile ou douloureux de le manipuler.

Electrostimulation : pour musculature et prise conscience du périnée

TENS du nerf tibial postérieur : Ce sont des impulsions électriques administrées avec un système particulier qui agissent sur le nerf tibial postérieur, qui a les mêmes racines que les nerfs de la vessie donc inhibe les influx nerveux de la vessie, afin de calmer les contractions et donc l'incontinence d'urgence.

Médicaments : il existe des traitements médicamenteux contre l'incontinence urinaire qui sont principalement des anti-cholinergiques, qui vont inhiber l'action contractile de la vessie, mais, à ce jour, il y a beaucoup d'effets secondaires.

Rééducation : Patricia utilise beaucoup ce genre de traitement en physiothérapie, il s'agit de postures pour renforcer la tenue du périnée et sa force, mais elles sont parfois compliquées pour les personnes âgées à cause du vieillissement articulaire ou musculaire. Elle me parle que Dr Bruno Roche, spécialiste en urologie a déclaré dans un de ses ouvrages que tous les nerfs des muscles lisses convergeaient au même endroit du cerveau, et que l'on pourrait donc, en fermant fort les yeux et la bouche, arriver à renforcer la musculature du périnée.

Calendrier mictionnel avec drill : Patricia utilise régulièrement la technique du calendrier mictionnel pour les personnes atteintes d'incontinence d'urgence. Ce sont souvent des personnes qui ont soit une capacité mictionnelle (capacité totale que la vessie peut emmagasiner) très basse ou très haute. Elle utilise donc un calendrier mictionnel, c'est-à-dire un petit carnet avec un tableau où sont notées les heures de la journée et la quantité d'urines. La personne doit noter ses entrées et sorties de liquide sur toute la journée. Après consultation du carnet, nous pouvons voir quelles quantités globales la personne peut supporter dans sa vessie et ainsi proposer un drill mictionnel en fonction des résultats, c'est-à-dire forcer la personne à se retenir ou au contraire à aller plus souvent uriner pour réguler la capacité de la vessie.

Chaise avec ondes électromagnétiques : Patricia connaît très peu cette méthode mais me parle que dans certaines institutions, les professionnels de santé mettent à disposition des chaises avec des ondes électromagnétiques

qui agiraient sur la musculature du périnée lorsque l'on s'assoit dessus, il suffirait d'environ 15 minutes par jour pour renforcer le périnée.

Connaissez-vous l'efficacité des différents traitements dont vous m'avez parlé ?

Bandelettes TVT ou TOT : actuellement, parmi les patients de Dr Vedana et de Patricia, plus de 90% d'efficacité a été retenue, et beaucoup de nouvelles patientes souhaitent ce traitement sur recommandation d'un/e proche.

Physiothérapie : env. 50% d'efficacité actuellement pour Patricia mais n'a pas un suivi sur un assez long terme pour déterminer la durée de l'efficacité du traitement de physiothérapie.

Patricia ne connaît pas les pourcentages d'efficacité des autres traitements.

Quel impact des traitements avez-vous pu objectiver sur la personne traitée ?

TVT ou TOT : les patientes recensent beaucoup d'activités en plus dans leur vie quotidienne, elles disent souvent que cela a changé leur vie, qu'elles peuvent par exemple aller au sport ou faire des activités avec les enfants/petits-enfants, qu'elles ne pouvaient plus faire avant ou encore ne plus avoir peur de tousser ou éternuer.

Concernant l'incontinence d'urgence, les traitements qui peuvent avoir une bonne efficacité sont souvent très libérateurs pour la personne. Patricia me parle de patientes qui connaissaient les endroits où se trouvaient les toilettes

de toute la ville, voire toute la région au moindre détail, et faisaient un itinéraire d'où s'arrêter lorsqu'elles devaient aller faire une course. Ces patientes vivaient souvent un enfer et ne sortaient plus des endroits où elles connaissaient les toilettes, ne partaient plus en vacances ni même une journée dans une autre région. C'est donc un total changement de vie qui s'opère lorsqu'elles arrivent à traiter leur incontinence d'urgence.

Qu'avez-vous perçu de l'image de soi que peuvent avoir les patients atteints d'incontinence ?

Les patientes lui rapportent souvent beaucoup de honte, notamment face à leur mari, auprès duquel elles se sentent terriblement mal à l'aise. Beaucoup de femmes disent également avoir l'impression de sentir mauvais en société et ne sortent plus du tout. Il faut savoir aussi qu'il y a une différence entre protections pour règles et incontinence urinaire et qu'il est possible que certaines femmes utilisent les mauvaises protections qui ne bloquent pas les odeurs, ce qui renforcent leur malaise. Il faut donc toujours s'assurer que la protection utilisée par la dame incontinente soit adaptée.

Patricia ne peut cependant pas réellement répondre à la question du positionnement des soignants face à l'incontinence du patient car elle n'a pas ce rôle en tant que physiothérapeute.

Les patients ont-ils parfois peur de la vision des soignants concernant leur incontinence ?

Beaucoup de femmes ont peur de dévoiler à leur médecin généraliste qu'elles ont des fuites urinaires. En effet, lorsqu'elles vont depuis des années chez leur médecin traitant, elles ont une confiance en lui et un honneur, en quelques sortes, à tenir. C'est donc souvent un grand pas psychologique, très dur pour elle, de devoir annoncer cela à leur médecin. C'est la cause de beaucoup d'absence de traitement, car elles ne se disent à personne.

Il y a également souvent un blocage psychologique d'annoncer à un nouveau gynécologue la présence de fuites urinaires. En effet, chez les dames âgées, lors de l'apparition de fuites urinaires, le gynécologue qui les avaient suivies pour leur grossesse ou dans leur jeunesse et en qui elles ont confiance est souvent à la retraite ou décédé et elles ont de la difficulté à se remettre à la recherche d'un nouveau gynécologue, en qui elles n'ont encore aucune confiance, et d'autant plus pour parler d'un sujet si compliqué. C'est ainsi souvent la famille (la fille par exemple) qui peuvent être une ressource pour pousser les femmes âgées à parler de ce problème et trouver un nouveau gynécologue.

Personnes à contacter pour d'autres questions

- Vinciane Borruat : physiothérapeute spécialisée en incontinence urinaire, Moutier
- Dr Vedana : urologue, Delémont et Moutier
- Noémie Gyax : physiothérapeute spécialisée en incontinence urinaire, Moutier

Appendice B : Entretien avec des patientes atteintes d'incontinence urinaire

Nous avons demandé aux patientes de nous parler de leur incontinence urinaire. Les questions posées étaient des questions ouvertes et ont été ciblées sur ce que vivait la personne, ses difficultés et facilités. Il a été investigué également les impacts de l'incontinence sur la vie quotidienne et sociale ainsi que les points positifs ou négatifs.

Voici les réponses de ces personnes.

Selon Mme C., dans un contexte d'EMS¹⁰

Mme C. raconte qu'elle a vécu des moments très angoissants, et qu'elle a souvent très peur de mouiller ses habits, notamment que les gens et son entourage le voit. Elle a également très peur que les gens autour d'elle remarquent qu'elle porte une protection car c'est une mauvaise vision d'elle-même au niveau social.

Néanmoins, elle explique que son mari est une ressource car il l'aide beaucoup et la rassure sur le fait que ses protections ne se voient pas.

Mme vit dans une institution et peut compter sur une amie qui l'interpelle si jamais cela se remarque selon le type d'habillement. Mme C. dit que cela l'aide beaucoup. Elle est également rassurée d'être encadrée par les soignants qui lui mettent la bonne protection à disposition. La résidente exprime que la

¹⁰ Établissement médico-social

protection adaptée mis à sa disposition est une sécurité pour elle. C'est un point très important.

Elle met aussi en évidence qu'elle s'est adaptée au fur et à mesure mais elle dit qu'elle n'a pas eu le choix que de s'y adapter car elle n'a rien pu faire contre l'incontinence.

Selon Mme L., dans un contexte de soins à domicile

Une dame de 65 ans prise en charge par les soins à domicile qui a une incontinence urinaire.

Cette patiente dit que sa maladie est liée au fait qu'elle a eu plusieurs enfants et que cela a commencé par des petites pertes et ensuite, au fil du temps, c'est devenu plus urgent et elle n'arrivait pas à retenir son urine.

Mme L. exprime que cela l'empêche de vivre, elle n'ose plus sortir car a peur de mouiller son pantalon, tout comme Mme C.

Elle rapporte également que cela est devenu une telle obsession qu'à chaque fois qu'elle va quelque part, elle repère les toilettes, veut s'asseoir à proximité des toilettes pour y aller le plus vite possible. Ce comportement est typique chez les femmes atteintes d'incontinence car il est rassurant pour elles.

Mme explique que l'incontinence urinaire est psychologiquement très difficile. Elle n'ose pas sortir pour rencontrer des amis, de peur d'aller plusieurs fois aux toilettes ou de mouiller sa protection et de sentir mauvais, car même

si les fuites ne se voient pas, elle a peur que l'odeur puisse se répandre et que son entourage s'en rende compte.

De plus, elle raconte qu'elle a honte à chaque fois qu'elle en parle à son mari. En effet, Mme L. a peur de faire l'amour avec son mari, de peur qu'elle urine lors du rapport sexuel. Son couple subit donc les conséquences de cette incontinence.

Appendice C : Recherche d'articles

Voici quelques exemples de recherches d'articles qui n'ont pas été fructueuses. Dans ce tableau non-exhaustif, nous avons voulu montrer tout d'abord le fait que nos mots-clés initiaux avec les critères de recherche tels que les filtres « RCT » ou ancienneté de 10 ans n'ont pas donné de résultat concordant avec notre recherche, malgré le fait d'avoir élargi nos filtres au maximum, comme par exemple en ajoutant une sélection « All Fields », raccourcie « af. » dans les combinaisons, qui déterminait que les mots-clés étaient cherchés dans tout le document et pas uniquement dans le titre ou le résumé, ce qui devait élargir les recherches. Ensuite, nous avons élargi également les mots-clés sans succès. Évidemment, il s'agit ici d'un tableau à titre représentatif, toutes nos recherches n'y sont pas répertoriées car elles étaient trop nombreuses. Il est donc question dans ce tableau de démontrer les divers essais que nous avons pu effectuer.

Base de données	Combinaisons de mots-clés	Articles trouvés	Articles retenus	Commentaires
PsycInfo	Urinary incontinence af. AND relationship af. AND self esteem af. AND adaptation	28	0	Aucun des articles ne correspondait à la question de recherche
	Urinary incontinence af. AND adaptation af. AND self esteem af. AND behaviour af.	21	0	idem
	Urinary incontinence af. AND relationship af. AND self esteem af. AND behaviourism af.	0	0	

	Urinary incontinence af. AND relationship af. AND self esteem af. AND communication af.	19	0	idem
	Urinary incontinence af. AND relationship af. AND self esteem af. AND care af.	41	0	idem
Cinhal	Nurse af. AND urinary incontinence af. AND self-judgment af.	0	0	
	Nursing care af. AND urinary incontinence af. AND self-esteem af.	4	0	idem
	Nursing care af. AND urinary incontinence af. AND self-judgment af.	0	0	
	Nursing increase af. AND urinary incontinence af. AND self-esteem af.	4	0	idem
	Nursing af. AND urinary incontinence af. AND self esteem af.	5	0	idem
	Nursing af. AND urinary incontinence af. AND self esteem af.	0	0	
	Nursing skills af. AND urinary incontinence af.	16	0	idem
	Nursing support af. AND incontinence urinary af. AND adaptation af.	3	0	idem
	Health education af. AND incontinence af. AND nurse af.	48	0	idem
	Urinary incontinence af. AND nursing interventions af. AND self concept af.	2	0	idem
	Urinary incontinence af. AND nursing interventions af. AND coping skills af.	0	0	

	Urinary incontinence af. AND nursing af. AND coping skills af.	0	0	
	Incontinence af. AND nurse care af. AND coping strategies af.	4	0	idem
	Coping strategies OR coping skills OR coping OR cope af. AND urinary incontinence af. AND elderly or aged or older or elder or geriatric af.	27	0	idem
	Coping AND urinary incontinence AND increase	4	0	Idem
	Relationship AND nursing AND urinary incontinence	17	0	Idem
	Communication af. AND nursing af. AND urinary incontinence af.	57	0	Idem
	Support af. AND urinary incontinence af. AND nursing af.	48	0	Idem
Pubmed	Urinary incontinence af. AND coping af. AND nursing af.	95	0	Idem
	Incontinence/bladder af. AND self esteem af. AND nurse/client relationship af.	0	0	
	Nursing intervention af. AND urinary incontinence af. AND self esteem af.	0	0	
	Urinary incontinence af. AND nursing af. AND self esteem af.	0	0	
	Urinary incontinence af. AND nursing af. AND self esteem af.	4	0	Idem
	Urinary incontinence af. AND nursing influence af.	0	0	

	Urinary incontinence af. AND elderly women af. AND quality of life af.	7	0	Idem
	Self esteem af. AND elderly women af. AND urinary incontinence af.	0	0	
	Self esteem af. AND elderly women af. AND urinary incontinence af.	0	0	
	Coping behavior AND urinary incontinence AND nursing	4	0	idem
	Nursing af. AND self esteem af. AND loss of urine af.	0	0	
	Urinary loss af. AND self esteem af.	0	0	
	Nursing af. AND urinary loss af.	56	0	Idem
	Nursing af. AND communication af. AND urinary incontinence af.	0	0	
	Relations af. AND nursing af. AND urinary incontinence af.	9	0	Idem
JBI	Urinary incontinence af. AND self-esteem af. AND Nursing af.	9	0	Idem
	Urinary incontinence af. AND relationship af. AND self esteem af. AND adaptation af.	2	0	Idem
	Urinary incontinence af. AND elderly af. AND self esteem af. AND adaptation af.	2	0	Idem
	Urinary incontinence af. AND relationship af. AND self esteem af. AND behaviourism af.	0	0	Idem

	Urinary Incontinence af. AND relationship af. AND self esteem af. AND communication af.	2	0	Idem
	Urinary incontinence af. AND relationship af. AND self esteem af. AND care af.	4	0	Idem
Medline	Urinary incontinence af. AND nursing af. AND self esteem af.	10	0	Idem
	Nursing af. AND adaptation af. AND care af.	57	0	Idem
	Nurse af. AND urinary incontinence af. AND self esteem af.	1	0	Idem
	Caregivers af. AND urinary incontinence af. AND self esteem af.	1	0	Idem
	Care af. AND urinary incontinence af. AND self esteem af.	11	0	Idem
	Help af. AND urinary incontinence af. AND self esteem af.	12	0	Idem Un article était déjà sélectionné sur PsycInfo
	Intervention af. AND urinary incontinence af. AND self esteem af.	4	0	Idem Un article était déjà sélectionné sur PsycInfo
	Nursing af. AND urinary incontinence af. AND adaptation af.	47	0	Idem Un article était déjà sélectionné sur PsycInfo
	Nurse af. AND urinary incontinence af. AND adaptation af.	8	0	Idem
	Attitude af. AND urinary incontinence Ti. AND quality of life af.	11	0	Idem

Appendice D : Tableau des résultats d'articles

Après avoir adapté et réduit les mots-clés, voici le tableau de la méthodologie de recherche des onze articles choisis :

Base de don-nées	Combinaison de mots-clés	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus	Position de l'article	Nom de l'article
PsycInfo	Care Ti. AND urinary incontinence Ti.		19	1	9 ^e résultat	Social-Interaction Knowledge Translation for In-Home Management of Urinary Incontinence and Chronic Care, 2013
PsycInfo	urinary incontinence Ti. AND nursing Ti.		20	2	6 ^e résultat	The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: A cross-sectional cohort study
PsycInfo					Article trouvé fortuite-ment après l'article précédent	Reframing continence care in care-dependence
Cinahl	Urinary incontinence af. AND coping af.	Full text, 1991	40	1	1	Relationships among symptom severity, coping styles, and quality of life in community-dwelling women with urinary incontinence: a multiple mediator model
Cinahl	Nursing af. AND problem af. AND urinary	Full text, 1991	96	1	17	Common incontinence problems seen

	incontinence af.					By community nurses
Cinahl	Urinary incontinence af. AND Nursing af. AND Behavior af.	Full text, 1991	29	1	1	Behavioral therapy for the urinary incontinence of elderly Woman
Pubmed	Urinary incontinence af. AND help af. AND quality of life af.	Human Full text Since 10 years	20	1	2	Urinary incontinence in women, quality of life and help
JBI	Urinary incontinence af. AND Nurse af. AND Elderly af.	Full text	24	1	15	Effects of lifestyle and behavioural interventions for urinary incontinence on mobility, physical activity and falls in older people
JBI	Urinary incontinence AND Adaptation And Nurse	Full text	5	1	4	Effectiveness of strategies to implement urinary incontinence clinical practice guidelines on healthcare delivery and patient outcomes.
JBI	Urinary incontinence AND Nurse AND Relational	Full text	87	1	5	The meaning of patient-nurse interaction for older women in healthcare settings
JBI	Urinary incontinence AND Elderly AND Nursing Abilities	Full text	1	1	1	Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization

**Appendice E : Tableau des niveaux de preuves des articles
sélectionnés**

Voici donc le tableau des différents niveaux de preuves de nos onze articles:

Nom de l'article	Nom du journal	Impact Factor du journal	Type de recherche (niveau de preuve)
Article 1: Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. (2010).	British journal of nursing	0.597	Revue de type étude descriptive (niveau 5)
Article 2: Relationships among symptom severity, coping styles, and quality of life in community-dwelling women with urinary incontinence: a multiple mediator model (2015).	Quality of Life Research	2.344	Étude de suivi (niveau 4)
Article 3: Behavioral therapy for the urinary incontinence of elderly woman. (2015).	Journal Of Nursing	1.436	Étude de suivi (niveau 4)
Article 4: Common incontinence problems seen by community nurses (2016).	British Journal of Community Nursing	0.47	Guideline (niveau 1)
Article 5: Social-interaction knowledge translation for in-home management of urinary incontinence and chronic care (2013)	Canadian Journal on Aging	0.734	Analyse de théorie ancrée de Glaser* S'apparente à un niveau de preuve 2 ou 3 selon nous

Article 6: Reframing continence care in care-dependence	Geriatric Nursing	1.142	Guideline (niveau 1)
Article 7: The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: A cross-sectional cohort study	International Journal of Nursing Studies	3.755	RCT (niveau 2)
Article 8: The effects of lifestyle and behavioural interventions for urinary incontinence on mobility, physical activity and falls in older people	Worldviews on Evidence-Based Nursing,	2.103	Revue systématique (niveau 1)
Article 9: Effectiveness of strategies to implement urinary incontinence clinical practice guidelines on healthcare delivery and patient outcomes	Worldviews on Evidence-Based Nursing	2.103	Revue systématique (niveau 1)
Article 10: The meaning of patient–nurse interaction for older women in healthcare settings	International journal of nursing	3.75	Article qualitatif (niveau 6)
Article 11: Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization	clinical nursing reseach	1.311	Article qualitatif (niveau 6)

Nous avons fait des recherches sur la théorie ancrée de Glaser, et n'ayant pas trouvé d'informations précises sur le niveau de preuve de cette théorie pour l'analyse des résultats, nous avons parcouru la littérature. De ce fait, nous avons trouvé plusieurs articles scientifiques qui expliquent cette théorie. Selon

les sources que nous avons consultées, il semblerait que cette théorie effectue des analyses de données à l'aveugle et qu'elle les regroupe dans des catégories afin de tirer ensuite des résultats sous forme de thèmes. (Jacques, Tribble, & Ph, n.d.) (Paillé, 1994) Selon nous, cela s'apparente à une méthode de type « essai randomisé contrôlé ». C'est pourquoi nous pensons que le niveau de preuve de l'article pourrait correspondre à un niveau 1 ou 2.

Appendice F : Grilles de Fortin

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Article 1: Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking (2010)

Auteurs: Faith Howard, Martin Steggall

Fonctions : Staff Nurse in Cancer Services, Barts and the London NHS Trust / Associate Dean for Pre-registration Undergraduate Nursing and Midwifery, City University, London, and Clinical Nurse Specialist (Erectile Dysfunction), Barts and The London NHS Trust

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise que l'article concerne l'analyse de la qualité de vie et de la demande de soins chez de la femme incontinente.
Résumé	<p>Le résumé synthétise de manière claire le problème en donnant le nombre de 3 millions de femmes incontinentes en Grande-Bretagne qui ne sont pas demandeuses de soins pour leur trouble, ce qui met le focus sur une nécessité de traiter la problématique.</p> <p>La méthode est claire en citant la recherche de lien entre l'incontinence urinaire, la qualité de vie et les limites des femmes touchées empêchant la demande de soin.</p> <p>Les résultats sont clairs en citant les facteurs contribuant dans le vécu avec le trouble et comment ceux-ci influencent la qualité de vie. Les facteurs les plus impactant sont la sévérité de l'incontinence urinaire, le type d'incontinence urinaire, l'âge de la personne et le score actuel de sa qualité de vie.</p> <p>La discussion est claire en citant que le score de la qualité de vie va favoriser ou non la demande de soin chez la femme incontinence urinaire, tout comme ses croyances et ses connaissances sur les possibilités de prise en charge.</p>
• INTRODUCTION	
Problème de la recherche	L'étude s'agira de comprendre les mécanismes qui limitent ou facilitent la demande de soin chez la femme incontinente urinaire.

	<p>Actuellement, l'incontinence urinaire affecte de manière négative le bien-être de la personne. De plus, environ 3 millions de femmes en Grande-Bretagne en 2010 étaient touchées mais n'étaient pas demandeuses de soins.</p> <p>Le but est de comprendre les barrières qui limitent la femme à demander de l'aide. Une recherche appuie le fait qu'il y a des facteurs à prendre en compte pour que la femme soit demandeuse de soin.</p> <p>Pour la discipline infirmière le problème a un sens car les femmes incontinentes ne sont pas demandeuses de soins.</p> <p>Le fait de comprendre les raisons du problème permettra d'améliorer l'accompagnement infirmier dans ce domaine.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits englobe tous les thèmes qui sont des enjeux dans la qualité de vie de la femme incontinente.</p> <p>Elles se basent sur des recherches antérieures et des savoirs scientifiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aperçu de la miction chez la femme • Le type d'incontinence urinaire • Les risques reliés à l'incontinence urinaire sont détaillés (âge, accouchement, obésité, sport, causes diverses) <p>Mesures de la qualité de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sévérité de l'incontinence urinaire et la qualité de vie • Le type d'incontinence urinaire et la qualité de vie <p>Le rôle infirmier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les implications pour le terrain infirmier • Le but de l'évaluation des antécédents • La mesure de la sévérité du symptôme • L'utilisation d'outils de mesure sur l'impact et le traitement • Augmenter la prise de conscience face à l'incontinence urinaire • L'entraînement du personnel soignant <p>Mise en relation des différents concepts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sexualité, l'incontinence urinaire, et la qualité de vie • L'âge, l'incontinence urinaire et la qualité de vie

	<ul style="list-style-type: none"> • Le score de la qualité de vie et le comportement de demande de soin • Déviance ou en norme <p>La recension permet d'avoir une synthèse globale de l'état de la question en lien avec le problème de recherche.</p> <p>Une étude informe que les femmes sont plus touchées que les hommes mais qu'elles sont moins demandeuses de soins. Cela pose un questionnement scientifique sur le fait de comprendre ce résultat. Deux autres chercheurs se posaient la question de voir si ce sont des facteurs qui limitent ces femmes ou simplement que celles-ci ne sont tout simplement pas dérangées par le trouble.</p> <p>Les femmes ne parlent pas de leur trouble par honte car c'est un tabou dans la société actuelle.</p> <p>Une étude appuie le fait que la femme qui considère son trouble comme faisant partie du vieillissement normal ne va pas être sensible à la demande de soin.</p> <p>L'exploration du lien entre la qualité de vie et l'incontinence urinaire permet d'augmenter le bien-être de la personne tout en améliorant les soins.</p> <p>Les soignantes doivent connaître les facteurs de risques lors de leur première rencontre avec la patiente afin d'orienter sa demande d'aide.</p> <p>L'incontinence urinaire a été soulignée comme impactante sur la santé des femmes en altérant la sphère psychique et sociale.</p> <p>La qualité de vie est baissée lors d'une sexualité avec une incontinence urinaire pour la femme, car elle perturbe en inhibant la relation entre la femme et son partenaire. Cela touche la sphère psychologique de la femme avec une atteinte à son image, et la relation qu'elle a avec son corps.</p> <p>La femme dès 50 ans a 3 fois plus de chance d'être atteinte qu'une femme de 20 ans. Les femmes âgées développent leur capacité d'adaptation selon les années d'expérience avec l'incontinence urinaire. Les croyances font penser que la femme âgée a un processus normal de vieillissement dont l'incontinence urinaire fait partie.</p> <p>La recension est une base solide pour l'étude de la problématique car chaque concept comme l'incontinence urinaire, la qualité de vie associée et la demande de soin des femmes atteintes sont</p>
--	--

	<p>développées de manière probante par des sources faisant référence aux domaines de la santé et des soins infirmiers.</p> <p>Les sources primaires sont présentes, elles viennent appuyer les propos de l'auteur et apporter de nouveaux focus dans l'analyse de la problématique.</p>
Cadre de recherche	<p>Le concept de l'incontinence urinaire est défini et structuré. Le concept de qualité de vie est expliqué selon les références qui le représentent. La demande de soin chez les femmes incontinentes urinaires n'est pas assez détaillée.</p> <p>Le cadre de référence est de chercher à comprendre ce qui pousse ou non, une femme incontinente urinaire à demander des soins. Les concepts d'incontinence urinaire, et de qualité de vie qui interagissent s'inscrivent dans ce cadre de référence.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est de voir les facteurs qui poussent la femme incontinente à demander de l'aide pour le traitement de ses symptômes urinaires.</p> <p>Les hypothèses sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voir à quel point l'incontinence urinaire influence la qualité de vie chez la femme. • Voir si la sévérité et le type de symptôme qui diminue la qualité de vie • Voir les autres paramètres qui peuvent être touchés dans la qualité de vie lors de l'incontinence urinaire. • Si le score de la qualité de vie a un lien avec le comportement de demande de soins <p>Les hypothèses écrites ci-dessus reflètent les éléments de la recension des écrits. Elles traitent de l'expérience du vécu de la personne et des perceptions en lien avec la problématique.</p> <p>Les variables sont les concepts clés. C'est-à-dire l'incontinence urinaire, la qualité de vie et la demande de soin chez la femme incontinente.</p>

	<p>Les questions s'appuient sur le cadre conceptuel et sur la méthode de recherche en essayant de trouver les causes qui font que la femme consulte ou non pour son incontinence urinaire, à travers de mesure comme la qualité de vie et l'impact du symptôme sur celle-ci.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Elle concerne les femmes incontinentes urinaires en général. Cependant, dans les écrits, l'auteur cite que les femmes de plus de 50 ans ont plus de risque d'être touchées par une incontinence urinaire sévère ce qui baisse la qualité de vie avec le trouble.</p> <p>C'est une recherche systématique qui reprend plusieurs études menées, par conséquent les méthodes d'origines ne sont pas détaillées. Les éléments impacts de celles-ci sont les références dans la problématique rencontrée.</p>
Considérations éthiques	<p>L'auteur cite qu'il n'y aucun conflit d'intérêt lors de la publication de l'article.</p> <p>L'étude ne précise pas si elle a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</p>
Devis de recherche	<p>L'auteur choisi des articles de devis quantitatif qui apporte les réponses à chaque hypothèse de la problématique.</p> <p>Le lien entre la sévérité de l'incontinence urinaire et la qualité de vie est confirmé dans plusieurs études. De plus, une forte association est retrouvée entre la qualité de vie, l'incontinence urinaire et la sévérité du symptôme. Ce qui renseigne sur l'influence de ces trois variables ensembles.</p> <p>Le choix de devis reprend tout à fait les critères de qualité scientifiques.</p>

	<p>Le devis employé permet de répondre au problème de l'étude.</p> <p>La notion de temps passé sur le terrain avec la population n'est pas citée.</p>
Modes de collectes de données	<p>Pour mesure la qualité de vie, il existe plusieurs questionnaires qui étudient la relation entre celle-ci et l'incontinence urinaire féminine.</p> <p>Le questionnaire est adapté à mesurer ces 2 variables en reprenant divers items comme l'impact physique sur les AVQ, l'impact psychique avec l'influence du trouble sur les sentiments de dépression ou d'embarras, et l'impact social dans les diverses situations tout comme auprès des autres personnes.</p> <p>Les observations du phénomène qui correspondent aux hypothèses sont bien ciblées. Elles correspondent aux concepts clés.</p> <p>Les instruments envisageables pour mesurer la relation entre la qualité de vie et l'incontinence urinaire chez la femme sont importés de la littérature scientifique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • International Consultation on Incontinence Modula Questionnaire (www.icicq.net) • Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire (Jackson et al, 1996) • Incontinence Quality of Life Questionnaire (Kelleher et al, 1997) • Stress and Urge Incontinence and Quality of Life Questionnaire (Kulseng-Hanssen and Borstad, 2003) • King's Health Questionnaire <p>La procédure expérimentale est cohérente car les outils de mesure répondant aux critères quantitatifs à travers les scores de chaque concept et son association avec d'autres.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données n'est pas précisé.</p> <p>On ne sait pas si les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais.</p> <p>L'étude ne comporte pas de variable dépendante.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites. Les auteurs expliquent le résultat des anciennes études concernant les hypothèses de la problématique dans le texte écrit.</p>

	<p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas pris en considération dans les analyses.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence chaque association des concepts et les enjeux qui se jouent.</p> <p>Les thèmes font ressortir le sens des données car ils respectent le cadre de recherche.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont écrits dans le texte. En conclusion de ces trouvailles, des protocoles ont été rédigés dans divers tableaux. Ils permettent aux soignants de prendre part active dans une première rencontre, ceci pour faire émerger un sens chez la patiente et ouvrir le consensus pour la demande de soin.</p> <p>Des tableaux reprennent les questionnaires utilisables pour mesurer la qualité de vie chez la femme incontinente urinaire.</p> <p>Le questionnaire de la qualité de vie chez la femme incontinente urinaire a été validé par le « <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> » du Royaume-Uni. Tous comme les autres questionnaires portés sur le même but et pouvant être valables pour l'utilisation par des infirmiers.</p> <p>Un deuxième tableau concerne le questionnement de la patiente en lien avec les symptômes, développé par le « <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> » du Royaume-Uni.</p> <p>Le troisième tableau reprend les points à aborder avec la patiente est validé par le « <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> » du Royaume-Uni</p> <p>Selon les études antérieures :</p> <p>La prévalence de l'incontinence urinaire est plus fréquente chez la femme de 50 ans que celle de 20 ans. Cependant, celle de 20 ans va être demandeuse de soin plus rapidement car elle ne considère pas son trouble adapté à son stade de vie. Tandis que la femme de plus de 50 ans va intégrer cela comme normal.</p> <p>Le signal le plus impact lorsque la femme demande des soins et le score de sa qualité de vie avec l'incontinence urinaire. Une étude prouve que l'incontinence urinaire</p>

n'est pas le seul facteur qui influence la demande. Le symptôme va influencer le score de la qualité de vie. Si la femme a une piètre qualité de vie, elle aura tendance à consulter.

Le questionnaire de la qualité de vie signale que la sphère sociale est la plus altérée et que la personne ne demande pas des soins car elle a honte d'en parler.

Les femmes qui consultent viennent d'abord pour des troubles autres que l'incontinence urinaire. Ce qui prouve ce problème de santé n'a pas été décelé de premier recours par les soignants.

Les femmes qui demandent de l'aide pour leur trouble sont ouvertes à la promotion de leur propre santé, tout comme à la prise de traitement. Elles sont moins honteuses de parler de leurs fuites avec les soignants.

Le contexte de soin est le lieu dans lequel est détecté le trouble. Si les soignants ne s'y intéressent pas, les femmes auront moins de sensibilité à en parler.

Les résultats sont résumés dans un texte narratif :

Les risques que rencontre la femme incontinente urinaire sont à analyser de la part de l'infirmière. Par exemple : l'âge de la femme pouvant avoir une hausse de comorbidité, la gestation amène au risque d'avoir une incontinence d'urgence lors de la ménopause, le poids, le sport et les habitudes de vie sont reliées aux risques associés.

Les femmes qui minimisent leurs symptômes sont celles qui sont le moins sensibles face au trouble. Le type d'incontinence urinaire ayant l'impact le plus néfaste sur la qualité de vie chez la femme atteinte est l'incontinence mixte, c'est-à-dire l'association de l'incontinence de stress et d'urgence à la fois. Certaines études viennent contredire ce fait.

Les facteurs indépendants qui influencent la qualité de vie de la femme dépendant de la manière de considérer le trouble comme maladie ou non. Selon le score du questionnaire de la qualité de vie chez la femme incontinente, on peut prédire si cette personne va être demandeuse ou non de soins. Bien évidemment, le questionnaire utilisé devra être adapté soit au domaine gériatrique soit pour cibler le début du symptôme.

Le facteur le plus impactant dans la qualité de vie chez la femme incontinente urinaire est la sévérité du trouble. Le domaine le plus touché dans la qualité de vie est le domaine social. L'incontinence urinaire est stigmatisante

	<p>et parler de celle-ci devient donc difficile entravant la demande de soins.</p> <p>Les normes du groupe social sont vues comme négatives pour cette population type. Les femmes perçoivent leur trouble comme un problème personnel qui n'a pas besoin de soin. La détection du trouble arrive lors de comorbidités au préalable.</p> <p>Les patientes sont plus motivées sont celles qui souhaitent mobiliser la prévention voir le traitement. De plus, elles sont plus à l'aise de parler du trouble. Il est donc possible que par manque d'information de la part des soignants, les personnes ne soient pas en recherche de soin.</p> <p>Les données ont été évaluées et validées par le « <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> » du Royaume-Uni.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en répondant à chacune des hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'incontinence urinaire fait baisser la qualité de vie de la femme, tout comme la sévérité du symptôme. • Plus la qualité de vie est basse et plus la femme va être poussée à consulter pour son trouble. • La stigmatisation, les croyances sur la vieillesse peuvent empêcher la femme de s'ouvrir au dialogue. • Par manque de connaissances non transmises par les soignants, les femmes peuvent considérer leur trouble comme irréversible. • Le soignant est la personne qui peut initier le dialogue sur le thème lors de la prise en soin pour une autre comorbidité. • Les femmes qui sont le plus sensibilisées à la promotion de santé, sont celles qui acceptent le traitement et la prise en charge du trouble. <p>Les éléments viennent appuyer les études menées sur chacun des concepts.</p>

	<p>Les résultats découlent des études antérieures concernant cette problématique qui se joue à travers l'association de la qualité de vie et de l'incontinence urinaire chez la femme.</p> <p>L'interopération des données soulignent le fait que l'infirmière est une personne clé qui peut déceler le trouble à travers le dialogue. Cela est confirmé car la femme atteinte a beaucoup des facteurs qui inhibent sa sensibilisation face aux troubles.</p> <p>Face à cette conclusion, 3 procédures ont été rédigées par les auteurs et validées par l'institut d'excellence et de santé anglais en 2006.</p> <p>Les limites de l'étude concernent les femmes âgées, car les auteurs recommandent pour une future recherche de ciblée la population jeune avec les mêmes caractéristiques.</p> <p>Les conclusions se basent des résultats qui ont permis de valider les hypothèses du problème.</p> <p>Le rôle de la soignante dans l'accompagnement :</p> <p>Les soignants doivent faciliter la sensibilisation de la femme face aux possibilités qui s'offrent à elle pour traiter son trouble. Dans le cas contraire, elle attend que son trouble soit plus sévère pour consulter ce qui freine la qualité de vie en ayant une sévérité accrue.</p> <p>Les soignants doivent briser le tabou sur le sujet pour renforcer la prévention de la femme incontinente urinaire. Ils sont les mieux placés pour initier la discussion sur le thème et plusieurs études appuient le fait que si le discours vient du soignant, la femme va s'ouvrir au dialogue.</p> <p>Il est important de prendre en considération le fait que le symptôme sévère est plus difficile à atténuer, c'est pour cela que le dépistage le plus précoce permet un traitement plus efficace.</p> <p>Cette approche permet de mieux initialiser une prise en charge du trouble. Les infirmières peuvent transmettre la notion de possibilité de prise en soin du trouble. Ainsi, la promotion de santé est possible pour gérer les symptômes.</p> <p>Pour accompagner le processus, une vision holistique avec les aspects physiques en prenant en compte le contexte et les impacts psychiques est nécessaire.</p> <p>Le caractère de transférabilité des conclusions est validé à travers 3 procédures à réaliser par l'infirmière lors de la rencontre avec la femme incontinente.</p>
--	---

<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>Les conséquences permettent d'avoir 3 procédures sur lesquelles l'infirmière peut initier la relation d'aide avec la femme. Tout comme les choses à dire pour aborder le thème de l'incontinence urinaire. Des interventions comme des questions et l'utilisation de questionnaires sur la qualité sont des données probantes pour améliorer la prise en soin du trouble.</p> <p>Voici la démarche à réaliser dans une première approche avec la patiente :</p> <p>1) Soulever le problème</p> <p>Éléments aidants pour aborder le thème :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discuter du frottis génital, de la ménopause, du post-partum, de l'infection urinaire ou des comorbidités. 2. Expliquer que l'incontinence urinaire est un phénomène commun et que ses facteurs peuvent être traités 3. Augmenter la prise de conscience à travers des prospectus et des informations transmises à la femme. <p>Informez la patiente :</p> <p>Expliquer que l'incontinence est un trouble fréquent et qu'il dépend de plusieurs causes. Dans la plupart des cas, elle peut être traitée ou diminuée. Cela dépendra de sa demande d'aide.</p> <p>Augmenter la sensibilisation :</p> <p>Mettre des posters ou des brochures à disposition des femmes aidant à aborder le sujet.</p> <p>2) Demander à la femme de décrire son symptôme :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quand arrive-t-il ? → En journée, la nuit, durant le sexe, durant un rire, durant le sport, etc. 2. Fréquence des infections urinaires 3. Quelles sont les habitudes intestinales → constipation cause du stress au pelvis 4. Les comorbidités → diabète, reins, cœur, traitements, etc.
---	---

	<p>5. Les styles de vie → habitudes de vie</p> <p>3) Mesurer la qualité de vie avec</p> <p>Les instruments envisageables pour mesurer la relation entre la qualité de vie et l'incontinence urinaire chez la femme sont importés de la littérature scientifique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (www.iciq.net)</i> • <i>Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire (Jackson et al, 1996)</i> • <i>Incontinence Quality of Life Questionnaire (Kelleher et al, 1997)</i> • <i>Stress and Urge Incontinence and Quality of Life Questionnaire (Kulseng-Hanssen and Borstad, 2003)</i> • <i>King's Health Questionnaire</i> <p>Voici les recommandations de l'auteur : Développer plus de recherches sur la promotion de santé et entraîner les soignants afin qu'ils puissent avoir une meilleure compréhension du vécu des femmes touchées et ainsi améliorer les soins prodigués et la qualité de vie de cette population.</p> <p>Les données ont permis de répondre à la problématique. Les hypothèses ont été confirmées et l'approche infirmière attendue a été décrite.</p>
--	---

Article 2: Relationships among symptom severity, coping styles, and quality of life in community-dwelling women with urinary incontinence (2015)

Auteurs: Dongjuan Xu, Nana Liu, Haili Qu, Liqin Chen, Kefang Wang

Fonctions: Nurses at School of Nursing, Shandong University / Provincial Hospital

Affiliated to Shandong University /School of Public Health, University of Minnesota, USA

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre reprend clairement les concepts clés qui sont les styles de coping, la sévérité de l'incontinence urinaire et la qualité de vie. La population de l'étude est précisée et se réfère à la une communauté de femmes incontinentes urinaires
Résumé	<p>Le résumé : il synthétise le résumé de la recherche en informant la problématique, qui est de voir la relation entre les symptômes négatifs de l'incontinence urinaire, les styles de coping et la qualité de vie.</p> <p>La méthode : elle est résumée en précisant que 592 femmes incontinentes urinaires participent à l'étude. Le type de corrélation qui a été pris pour voir les liens entre les concepts est le « Bivariate Pearson's correlation ». Pour les styles de coping et leurs impacts, des modèles de régression et des tests de Sobel ont été utilisés.</p> <p>Les résultats : ils reprennent clairement les réponses de la problématique. Les femmes utilisent d'avantage des styles de coping évitants et palliatifs et non de type instrumentaux. Cela cause une pauvre qualité de vie. 73% des effets négatifs sur la qualité de vie sont causés par les styles de coping évitants et palliatifs.</p> <p>La discussion : les styles de coping devraient être pris en charge. Il serait positif d'aider les personnes en évitant qu'elles mobilisent des stratégies évitantes ou palliatives. Pour cela, l'éducation et l'entraînement avec le patient pourraient améliorer sa qualité de vie.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème est précis et circonscrit. Il s'agit d'étudier les effets des styles de coping entre la qualité de vie et l'incontinence urinaire sévère.

	<p>Il est pertinent car les femmes sont touchées dans leur vie quel que soit le domaine. En cherchant à connaître l'impact de tel ou tel style de coping, on peut chercher à l'aider à manager son trouble.</p> <p>La problématique n'a jamais été étudiée. Les propos actuels restent portés sur l'efficacité des styles de coping sur la médiation de l'incontinence urinaire.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits a été réalisée dans l'introduction. Elle permet d'aborder les sujets clés de l'étude afin de mieux comprendre l'importance de répondre à la problématique.</p> <p>La recension informe que les femmes touchées par le trouble sont touchées sur le plan physique, leur socialisation et le stress psychologique. Ces femmes présentent une baisse de leur qualité de vie et il est démontré que les stratégies d'adaptation peuvent augmenter celle-ci. L'étude du lien entre la qualité de vie avec une incontinence urinaire sévère n'a pas été entreprise dans d'autres études. L'auteur part donc avec la connaissance qu'il existe un lien entre le trouble sévère et les stratégies de coping employées.</p> <p>Les femmes avec une incontinence urinaire ont davantage une baisse de qualité de vie que celles qui ne sont pas touchées par ce trouble.</p> <p>Le sujet informe sur le manque de recherche en lien avec les effets des styles de coping sur la qualité de vie et l'incontinence urinaire sévère chez la femme.</p> <p>Une étude scientifique valide le fait que la sévérité de l'incontinence urinaire est l'impact majeur qui baisse la qualité de vie. Beaucoup de femmes font des efforts pour manager continuellement leur situation émotionnelle, sociale, physique.</p> <p>Une autre étude empirique portée sur des maladies chroniques prouve qu'avoir des styles de coping permet d'obtenir de bons résultats et des solutions face à la qualité de vie et à l'impact psychologique.</p> <p>La recension contient des sources primaires qui détaillent le sens des concepts du coping et de la qualité de vie.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts sont expliqués dans le plan conceptuel. La qualité de vie, les styles de coping et le symptôme d'incontinence urinaire sévère sont expliqués et les impacts entre eux par la même occasion.</p>

	Les concepts sont liés au but de l'étude.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est cité de manière précise et concise. Il s'agit de chercher les divers styles de coping utilisés par les femmes incontinentes urinaires pour leur trouble. Ensuite, le but est de voir les liens entre les différents styles de coping et la qualité de vie. Finalement, on examine la médiation des styles de coping entre la qualité de vie et la sévérité du symptôme.</p> <p>Les variables sont clairement énoncées, on sait quels sont les styles d'adaptation, la qualité de de vie et le symptôme de sévérité de l'incontinence urinaire. La population ne concerne que la femme mais on ne sait pas dans la question de recherche quel est l'âge visé.</p> <p>Les questions de recherche sont créées en reprenant la recension des écrits qui appuie la force des stratégies d'adaptation sur le vécu avec la maladie, tout comme la perte de qualité de vie lorsque la femme est incontinente urinaire. L'expérience des femmes va être traitée en prenant en compte les valeurs et les perceptions de l'expérience avec l'incontinence urinaire chez la femme.</p> <p>Les variables reflètent les concepts qui sont le symptôme de sévérité de l'incontinence urinaire, la qualité de vie et les styles de coping.</p> <p>La question est d'évaluer comment les styles de coping font l'intermédiaire entre la qualité de vie et la sévérité de l'incontinence urinaire. Elle s'appuie donc sur la méthode de recherche sous-jacente car l'étude va devoir y répondre.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Un total de 592 femmes sont participantes. La population concerne les femmes majeures, qui ont été touchées au minimum 3 mois par la perte d'urine, et capable de comprendre le but de la recherche, tout comme les procédures. Sont exclues les femmes enceintes, les femmes hospitalisées ou en face terminale de maladie.</p> <p>La méthode pour recruter les participants est une sélection randomisée dans 3 centres de santé au Nord de la Chine. Les femmes qui viennent consulter pour des raisons autres que l'incontinence urinaire ont été questionnées sur une perte d'urine involontaire (incontinence). Les femmes qui répondent positivement à cette question ont été invitées à la participation à l'étude.</p>

	<p>Il n'y a pas de renseignement sur les moyens d'accroître la population de l'étude.</p> <p>La taille de l'échantillon se déterminera par le nombre de femmes qui sont incontinentes urinaire et qui donnent leur consentement pour l'étude, après avoir été en consultation pour une autre comorbidité.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les réponses des participantes resteront confidentielles et anonymes. Elles ont été informées avant la mise en pratique de la recherche.</p> <p>Avant de débiter les entretiens entre les femmes et les infirmiers et assistants de recherches, les participantes ont dû donner leur consentement.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>La méthode de recherche qui se rapporte à l'expérience vécue avec une incontinence urinaire chez la femme est conciliable en utilisant des questionnaires donnant une valeur à chaque variable. C'est donc une étude qualitative</p> <p>Le devis permet d'analyser les questions de recherche, car il apporte des renseignements sur chacune des variables auprès de la population type.</p> <p>Les tests effectués pour chacune des variables sont totalement probants. Ils découlent de questionnaires scientifiquement validés.</p> <p>La méthode de recherche permet l'étude du problème car elle permet de donner un score d'importance à l'incontinence urinaire, la qualité de vie et les styles de coping pour ainsi évaluer les liens entre ceux-ci.</p> <p>Le temps passé sur le terrain et avec les participantes n'est pas répertorié.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits et ils mesurent les variables.</p> <p>Les caractéristiques de l'incontinence urinaire et la socio-démographie sont l'âge, le niveau d'éducation, le statut, la durée de l'incontinence urinaire et la demande d'aide pour la prise en soin du trouble.</p> <p>Symptôme d'incontinence urinaire sévère : International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form-Chinese (ICIQ-SF). Ce questionnaire permet de voir l'impact quotidien et le taux de sévérité de celui-ci. Quatre items sont représentés : le</p>

	<p>type d'incontinence, la fréquence, la quantité de perte et l'impact sur la vie.</p> <p>Les styles de coping sont mesurés avec l'Incontinence Coping Style Questionnaire (I-CSQ). Questionnaire créé par l'auteur de cette recherche. 18 items sont représentés sur le style évitant, le style palliatif et le style instrumental. La personne répond entre 1 (jamais) à 4 (toujours). Un score haut signifie que tel type de style est utilisé fréquemment.</p> <p>La qualité de vie s'évalue avec Incontinence Quality-of-Life. 22 items sont représentés et 1 score maximum de 100 peut être atteint.</p> <p>Les questions de recherches ciblent le phénomène recherché, en se focalisant sur l'impact des variables entre elles.</p> <p>L'auteur précise que le questionnaire sur les stratégies de coping lors de l'incontinence urinaire a été créé pour cette étude.</p> <p>Les questionnaires et les entretiens sont en cohérence avec cette étude qui vise l'expérience du vécu.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données se fait à travers des entretiens face à face avec la femme incontinente urinaire à travers des questionnaires scientifiquement probants. Donc oui, il est clairement décrit.</p> <p>Des infirmières et des assistants de recherches ont récolté les données. Etant entraînés à exercer cela, les données ont des biais minimes.</p> <p>Il n'y pas d'intervention, sous-entendu de variable indépendante.</p>
Analyse des données	<p>Pour mesurer la corrélation entre le symptôme de sévérité d'incontinence urinaire, les styles d'adaptation et la qualité de vie avec l'incontinence urinaire, le Bivariate Pearson's correlation a été utilisé.</p> <p>Pour tester la médiation des styles d'adaptation entre la qualité de vie avec une incontinence urinaire et la sévérité du symptôme, le modèle de Baron et Kenny est utilisé. Il contenait 4 critères.</p> <p>Pour chaque type de coping, 4 questions étaient étudiées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La sévérité du symptôme est associée au score de qualité de vie avec une incontinence urinaire.

	<p>2. Le symptôme de sévérité est associé à chaque style de coping.</p> <p>3. Chaque style de coping est associé à la qualité de vie avec une incontinence urinaire.</p> <p>4. La relation entre la sévérité du symptôme et la qualité de vie avec l'incontinence urinaire est atténuée ou non augmentée avec l'inclusion de chaque style de coping.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont pris en compte dans l'analyse. C'est pour cela que pour avoir l'impact de chaque style de coping séparément des autres résultats, une autre analyse a été entamée. Cela a permis de voir le résultat sur la collectivité des femmes. Le test de Sobel fut employé pour avoir l'effet de la médiation de style de coping sur les 2 autres variables.</p> <p>Dans l'étude, la colinéarité est prise en compte en mesurant la tolérance et l'inflation de la variante. Le résultat de cela confirme que la colinéarité n'est pas un problème dans l'étude.</p> <p>Des modèles ont été ajustés pour les variables comme l'âge, l'éducation, le revenu, le statut, la durée du trouble et le type.</p> <p>Le résumé des résultats informe sur ce que l'auteur a cherché à comprendre entre chaque influence dans les variables.</p> <p>La signification des données est compréhensible car la méthode de l'analyse des corrélations entre chaque variable est définie et son processus est expliqué.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés de manière précise dans des tableaux. Chaque tableau correspond à une variable puis sa corrélation avec une autre.</p> <p>Le premier tableau comprend les caractéristiques majeures de la population participantes. Le deuxième tableau comprend le Pearson's correlation coefficient qui est utilisé pour mesurer les corrélations et les bivariantes entre les 5 variables (la sévérité de l'incontinence urinaire, la qualité de vie avec ce trouble et le style de coping évitant, palliatif et instrumental). Le troisième tableau comprend la médiation des styles de coping entre le symptôme de l'incontinence urinaire et la qualité de vie avec ce trouble.</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés ce qui permet de voir l'influence de chacune des variables.</p>

92% des femmes sont mariées, ont une incontinence urinaire depuis 3.8 ans. L'âge moyen est de 53 ans. 69% de l'incontinence est de type stress, 28.7 mixte et 2 % d'urgence. 77.9% des femmes n'ont jamais eu de physio pour le trouble. Elles utilisent principalement un style évitant, puis palliatif pour le coping. Une faible partie mobilise le style instrumental. La qualité de vie avec l'incontinence est basse avec score de 66.7.

Le symptôme de sévérité est positivement lié avec un style de coping évitant ou palliatif. Il n'y pas de lien entre le style de coping instrumental et la sévérité du symptôme. Le symptôme de sévérité n'est pas associé aux styles de coping évitant et palliatif. Il y a une faible corrélation entre le style de coping instrumental et la qualité de vie avec l'incontinence urinaire. Les femmes utilisent davantage des mécanismes des styles de coping évitant ou palliatif.

Le symptôme de sévérité de l'incontinence urinaire a un effet négatif sur la qualité de vie avec ce trouble dans la communauté de femme évaluée. Il y a une association entre un symptôme sévère de l'incontinence urinaire haut et une faible qualité de vie avec ce trouble.

Le symptôme sévère est associé positivement au style de coping évitant. Le style de coping évitant est associé à la qualité de vie avec l'incontinence urinaire. Cela signifie que le style évitant régule partiellement l'influence entre la qualité de vie avec incontinence urinaire et le symptôme de sévérité.

Le symptôme sévère est associé positivement au style de coping palliatif. Si le style palliatif est inclus dans l'analyse, le coefficient pour le symptôme de sévérité dans la qualité de vie avec incontinence urinaire baisse en ampleur et ce style est négativement lié à la qualité de vie. Cela signifie que la relation entre la qualité de vie avec l'incontinence urinaire et le symptôme sévère est partiellement régulé par le style de coping palliatif.

Le style de coping évitant et palliatif sont négativement associé à la qualité de vie avec incontinence urinaire. Les styles évitant et palliatif régulent le symptôme de sévérité et la qualité de vie avec le trouble au même moment. En les employant en même temps, l'effet du symptôme est abaissé de 72.8% sur la qualité de vie avec une incontinence urinaire.

Toutes les analyses statistiques ont été évaluées par un logiciel. La validité est acceptée car $p < 0.005$.

DISCUSSION

Interprétations des résultats	<p>Chaque résultat est interprété selon le cadre de recherche, tout comme les questions de départ.</p> <p>Les questions étaient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explorer les différents styles de coping utiliser pour manager les problèmes de l'incontinence urinaire. 2. Voir la relation entre les différents styles de coping et la qualité de vie avec une incontinence urinaire 3. Voir le rôle de médiateur des chacun des styles de coping dans la relation entre le symptôme de sévérité et la qualité de vie avec une incontinence urinaire <p>Pour la première question, les styles qui sont utilisés sont le style évitant et palliatif majoritairement. Le style instrumental très faiblement utilisé. La femme atteinte par le trouble s'adapte de diverses manières, mais elle priorise l'évitement et le style palliatif. Cela est induit par la sévérité de l'incontinence urinaire. Si une femme a une grande sévérité symptomatique, elle va avoir une baisse de sa qualité de vie en priorisant de style de coping évitant ou palliatif. La qualité de vie est limitée, et les soignants devraient déceler cela pour aider dans le processus.</p> <p>Ces styles d'adaptation sont trop passifs, conformistes et non adaptés pour vivre avec le trouble. C'est prouvé que la qualité de vie baissera. Sur un court terme, ces 2 mécanismes d'adaptation permettent à la femme de s'adapter mais sur un long terme, ils sont destructeurs. Les comportements découlant de ces pratiques affectent socialement la femme qui s'isole, baisse les interactions sociales et active un stress psychique. Cela va baisser l'estime de soi par peur d'être embrassée et incapable de gérer le problème.</p> <p>L'incontinence urinaire est un trouble chronique, avec lequel la femme doit s'adapter jour après jour. Pour appuyer cela, dans l'étude les femmes vivent depuis 3.8 ans en moyenne avec ce trouble et des mécanismes d'adaptation faibles. Les réponses émotionnelles ne sont pas adaptées pour faire face à la stigmatisation, l'anxiété et la détresse.</p> <p>Le style de coping instrumental pousse la personne à devenir active dans son processus en cherchant des stratégies pour manager.</p> <p>Une étude scientifique a prouvé que le style instrumental augmente la qualité de vie avec l'incontinence urinaire. Cela est contredit dans l'étude et les chercheurs sont restés</p>
-------------------------------	---

surpris. Cette situation s'explique par le faible nombre de femmes employant cette stratégie ; 9% seulement sur l'échantillon final.

73% des effets du symptôme sévère sont médiatisés par les mécanismes de coping évitant ou palliatif, détériorant la qualité de la femme incontinente.

Accompagner la femme incontinente ne doit pas se limiter à la conseiller sur la demande de soin, mais l'encourager dans le développement de mécanismes d'adaptation bons pour sa qualité de vie. Cela n'est pas difficile pour le soignant, il peut questionner la personne sur comment elle gère au quotidien son trouble et ces impacts sur sa vie.

Le soignant doit aussi voir quel mécanisme aide ou non la personne en les évaluant sur un accompagnement de long terme. En évitant que la femme utilise des mécanismes qui la limitent, elle peut se construire des ressources pour faire face positivement à son trouble et avoir une meilleure qualité de vie.

Les résultats concordent avec certaines études antérieures. Par exemple : la recherche dit que les femmes qui utilisent des stratégies de coping évitantes ou palliatives ne vont pas consulter pour leur trouble la première année. Trois ans après le début du trouble, la moitié d'entre elles ne sont pas aller consulter.

Une étude antérieure souligne le fait que d'avoir des stratégies de coping actives est relié à une meilleure qualité de vie avec l'incontinence urinaire.

Une étude souligne le fait que les femmes ne consultent pas lors de l'incontinence urinaire car elles voient cela comme un processus normal de la vieillesse ou de la grossesse et non comme une nécessité de santé.

Une autre étude explique que certaines femmes croient que l'incontinence urinaire est un état chronique qui doit s'auto-gérer.

Une étude explique que seules les femmes qui sont fortement dérangées par leur trouble vont être demandeuses de soins.

Beaucoup d'études soulignent que d'apprendre des mécanismes d'adaptation forts permet d'avoir des avantages physiques et psychosociaux, car la femme peut mieux gérer son trouble.

Les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse. L'auteur reprend le résultat de chacune des questions de départ pour conclure l'analyse.

	<p>Les limites sont définies. Premièrement, les modèles ont été testés par association plutôt que par causalité entre les variables. Deuxièmement, le style de coping instrumental été attendu comme favorisant le processus de santé. Cela n'a pas pu être validé car peu de femmes dans la population mobilise cette stratégie.</p> <p>Les conclusions sont à l'origine des résultats de la recherche. Selon la corrélation présente ou non pour chaque des variables, l'auteur a focalisé les conclusions.</p> <p>Le caractère transférable des conclusions est cité. Une application de recommandations dans les pratiques soignantes est décrite.</p>
Conséquences recommandations	<p>et</p> <p>Accompagner la femme incontinente ne doit pas se limiter à la conseiller sur la demande de soin, mais l'encourager dans le développement de mécanismes d'adaptation bons pour sa qualité de vie. Cela n'est pas difficile pour le soignant, il peut questionner la personne sur comment elle gère au quotidien son trouble et les impacts sur sa vie.</p> <p>Le soignant doit aussi voir quel mécanisme aide ou non la personne en les évaluant sur un accompagnement de long terme. En évitant que la femme utilise des mécanismes qui la limitent, elle peut se construire des ressources pour faire face positivement à son trouble et avoir une meilleure qualité de vie.</p> <p>L'auteur recommande d'évaluer le style de coping instrumental et son rôle entre la qualité de vie avec une incontinence urinaire, dans une recherche future, cela en recrutant des femmes qui mobilisent ce style.</p> <p>Les données résumées ont une valeur numérique par l'étude des variables. Le résultat de chaque question est précisé adéquatement. De plus, des études viennent argumenter davantage le sens du résultat pour chacune des questions.</p>

Article 3: Behavioral therapy for the urinary incontinence of elderly woman (2015)

Auteurs: Claudia Feio da Maia Lima, Célia Pereira Caldas, Liana Amorim Correa Trotte, Antônio Milton Oliveira Ferreira, Bárbara Martins Corrêa da Silva

Fonctions: divers infirmiers/infirmières, étudiants infirmiers, docteurs en sciences infirmières dans diverses universités du Brésil

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise les concepts-clés et la population de l'étude. En effet, les concepts clés sont la thérapie comportementale, chez la femme âgée, incontinente urinaire. La population ciblée est la femme âgée.</p>
Résumé	<p>Le résumé de manière synthétique celui de la recherche.</p> <p>Le problème : évaluer l'efficacité de la thérapie comportementale réalisée par les infirmières afin de contrôler d'avantage la vessie et avoir une meilleure qualité de vie chez la femme âgée.</p> <p>La méthode : c'est une étude exploratoire de type quantitatif, effectué entre avril 2011 et juin 2012. Il y a 13 personnes qui se plaignaient de pertes involontaires d'urines. Cette population n'avait pas de démence, ni d'infection urinaire. Les personnes sont évaluées avant puis après l'intervention comportementale. Le comité d'éthique de recherche approuve l'étude.</p> <p>Les résultats : après la thérapie comportementale, 11 patientes (92%) ont un rythme urinaire rétabli, 9 patientes sur 13 (75%) ont eu des diminutions dans leurs pertes urinaires, avec baisse de l'utilisation de lingettes et protections intimes.</p> <p>La conclusion : La thérapie de type comportementale effectué par l'infirmière a été efficace sur le groupe étudié. Cela a permis de retrouver un contrôle sur la vessie et une amélioration de la qualité de vie chez la femme âgée.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le phénomène de l'étude est clairement formulé et circonscrit.

	<p>Il s'agit d'étudier l'efficacité de la thérapie comportementale réalisée par les infirmières au près des femmes âgées et incontinentes urinaire.</p> <p>La plupart des patientes ne parlent pas de trouble sauf si c'est le professionnel qui entame la discussion sur le sujet. C'est pour cela que chaque soignant qui accompagne une femme âgée doit avoir ce réflexe.</p> <p>Au Brésil, le moyen de prédilection est la chirurgie pour lutter contre l'incontinence urinaire, mais ce processus est coûteux et provoque des effets délétères. C'est pour cette raison que dans cette étude, les auteurs ont voulu voir si des autres moyens moins invasifs pouvaient être efficaces pour accompagner la personne atteinte.</p> <p>La thérapie comportementale est plus rentable et permet le développement de la personne.</p> <p>L'accompagnement de l'incontinence urinaire est un challenge pour les soignants, car ils doivent chercher des alternatives les plus humaines et spécialisées au patient. Les postulats sous-jacents reprennent donc une approche soignante qui respecte l'être de la personne, tout en encourageant le développement de celle-ci.</p> <p>Le phénomène a un sens particulier pour la discipline infirmière, car l'application de la thérapie comportementale se fait par des infirmières. Selon le résultat de son efficacité, les soignants verront comme valable scientifiquement l'application de cette pratique. Il est pertinent de voir comment agit la thérapie car elle est sur une attention humaine et individuelle qui encourage la personne à s'occuper d'elle. Cela permettrait une promotion de santé pour les femmes âgées.</p>
Recension des écrits	<p>La recension est présente et fournit la synthèse de l'état de la question de recherche en lien avec le problème de recherche.</p> <p>Plusieurs études affirment que traiter le trouble de l'incontinence urinaire avec des moyens comme le traitement, la physiothérapie, ou la thérapie comportementale permettent de réduire le symptôme ou permettre que la personne apprenne à le gérer.</p> <p>Afin de comprendre comment l'incontinence urinaire est traitée au Brésil (pays de l'étude) et dans le monde, des articles scientifiques ont été trouvés sur les bases de données probantes.</p>

	<p>L'intérêt de voir des autres alternatives non invasives dans le traitement de l'incontinence urinaire est envisagé. En prenant en compte que les femmes après leurs 70 ans ont plus de risques d'avoir des facteurs de risques, il est important que les soignants prennent en considération l'incontinence urinaire et aillent poser la question auprès de la population type qui ne mentionne par le trouble d'elle-même.</p> <p>Les auteurs précisent que le fait que l'incontinence urinaire est considérée comme un problème de santé publique relevé par les données épidémiologiques, avec l'avancée de l'âge, dès 70 ans, la femme est plus à risque de développer des facteurs qui augmentent l'incontinence urinaire.</p> <p>La recension est faite de sources primaires, comme par exemple : des recherches antérieures sur les notions des concepts comme l'incontinence urinaire chez la femme âgée et son impact. Ces sources primaires ont permis aux auteurs d'expliquer chaque concept de l'étude et les raisons pour lesquelles ils sont à prendre en compte.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts sont définis et mis en évidence dans le plan conceptuel.</p> <p>Le concept d'incontinence urinaire est décrit comme une perte d'urines involontaire. Elle peut être de plusieurs types selon l'origine du trouble, comme d'effort, mixte, ou d'urgence.</p> <p>Le concept de femme âgée vise les femmes de plus de 60 ans et qui viennent en consultation ambulatoire pour le traitement de leur trouble urinaire.</p> <p>Le concept des infirmiers signale que les soignants doivent poser la question de la présence de l'incontinence afin d'ouvrir le dialogue avec la personne sur ce thème.</p> <p>Le concept de thérapie comportementale consiste en une méthode peu coûteuse et peu risquée qui stimule les changements de comportements chez la personne.</p> <p>Les concepts mettent en évidence le plan conceptuel, celui-ci étant de chercher l'efficacité de la thérapie comportementale à travers une approche infirmière en accompagnant la femme âgée et incontinente urinaire.</p> <p>Les concepts clés composent le cadre de l'étude, car ils vont étudier de manière à voir l'impact de la méthode sur les autres concepts, c'est-à-dire, l'impact de la thérapie comportementale chez la femme incontinente urinaire au travers d'une approche infirmière.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est précisé de manière claire et concise. Il consiste à voir l'efficacité de la thérapie comportementale exercée par l'infirmière auprès de la femme âgée incontinente.</p> <p>Les hypothèses sont clairement énoncées en reprenant les concepts clés et la population type. En effet, l'hypothèse est de voir s'il existe des moyens de traiter la population type avec un moyen peu invasif et peu coûteux qui correspond à la thérapie comportementale.</p> <p>Une deuxième hypothèse est de voir si l'application de cette pratique par une infirmière pour traiter l'incontinence urinaire augmente la qualité de vie chez la femme âgée atteinte du trouble.</p> <p>Les hypothèses reflètent la recension des écrits car elles s'appuient sur la conclusion des besoins de mettre en étude la thérapie comportementale. Elles vont par la même occasion prend en compte l'expérience de vie, les croyances et les conceptions de la personne.</p> <p>Les variables correspondent aux concepts du cadre de recherche. Elles sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La femme âgée - L'incontinence urinaire - La thérapie comportementale - Les soins infirmiers <p>Les questions s'appuient sur le cadre conceptuel qui fut créé à travers la recension des écrits des auteurs.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est précisée. Elle concerne les femmes de plus de 60 ans, inscrites en ambulatoire à cause de plaintes liées à leur incontinence urinaire. Au début de l'expérience, 20 femmes participaient puis à la fin uniquement 13.</p> <p>La méthode pour recruter les participants est appropriée, car elle est réalisée par l'auteur principal du texte qui est spécialisé dans la thérapie comportementale dans un contexte d'urogériatrie, au sein de l'hôpital universitaire de Rio de Janeiro.</p> <p>L'auteur n'a pas envisagé d'accroître son échantillon. Il effectue sa recherche sur le même nombre des femmes au début et à la fin de l'intervention et dans un même groupe de patientes.</p>

	<p>Les critères d'exclusion étaient la démence qui était évaluée au travers du MMSE, et l'incontinence urinaire reliée à une infection urinaire.</p> <p>L'échantillon n'est pas justifié sur une base statistique.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude est approuvée par le comité de recherches éthiques de l'hôpital universitaire de Rio de Janeiro.</p> <p>On ne sait pas si l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche de l'étude est de type quantitatif majoritairement. Il faut prendre en compte que la notion de qualité de vie avec l'incontinence urinaire tend à avoir des données de types qualitatives dans l'étude.</p> <p>Les outils de collecte de données sont conciliables avec la méthode de recherche car ce sont des instruments d'évaluation dans le contexte urogériatrique.</p> <p>Le devis va permettre d'examiner la question de l'efficacité de la thérapie comportementale en établissant une comparaison avant/après la mise en pratique de celle-ci par l'infirmière. Cette constatation se fera avec les outils de récolte de données utilisées.</p> <p>Le choix du devis respecte les critères scientifiques au travers des outils de récolte de données comme le carnet des mictions, l'évaluation infirmière de la thérapie comportementale et le questionnaire de la qualité de vie de la femme incontinente urinaire.</p> <p>La méthode de recherche permet d'être objectivable car on recherche une notion d'efficacité de la thérapie.</p> <p>Les temps passé dans l'accompagnement des patientes est de 3 mois. Il est donc suffisant pour voir l'impact de la thérapie sur un plus ou moins long terme chez la femme incontinente.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesures sont les instruments pour évaluer le bénéfice avant / après la thérapie comportementale dans une clinique d'urogériatrie.</p> <p>Les observations du phénomène sont bien ciblées.</p> <p>Les instruments ont été importés du service d'urologie-gériatrique.</p>

	<p>La procédure de l'expérience est tout à fait objectivable au travers des outils de mesure comme le carnet des mictions, l'évaluation infirmière de la thérapie comportementale, et le questionnaire de la qualité de vie de la femme incontinente urinaire.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Les femmes sont questionnées sur leur impression face à la santé.</p> <p>La première rencontre entre l'infirmière et la femme : première discussion, dans laquelle la soignante donne des conseils sur les habitudes de vie à avoir, et informe sur l'utilisation du carnet des mictions. Elle évalue la qualité de vie de la personne avec le questionnaire de KKHQ (King Health Questionnaire).</p> <p>Deuxième rencontre à J7 : explication des exercices du périnée, analyses du carnet mictionnel et soutien dans les habitudes de vie.</p> <p>Troisième rencontre : 1 mois après, la personne reçoit un autre carnet et une évaluation de la thérapie est faite.</p> <p>Quatrième rencontre (2 semaines après la 3^{ème} consultation) : évaluation des modifications dans les carnets de mictions après la fin de la thérapie comportementale.</p> <p>Les infirmières ont été préparées pour le recueil et la mise en action de la thérapie. Cela a été fait lors de séminaires, et lectures sur l'éducation organisées via les centres de protection des personnes âgées.</p> <p>Dans l'étude, l'utilisation des 2 autres échelles indépendantes ont permis de comprendre la sévérité de l'incontinence urinaire, tout comme la présence des symptômes. L'application de ces deux échelles se fait lorsque l'infirmière fait l'évaluation de la qualité de vie. Cela vient donc compléter le score de l'échelle de qualité de vie selon King.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>L'évaluation de l'efficacité de la thérapie comportementale pour le contrôle mictionnel et l'amélioration de la qualité de vie est faite en comparant les données du carnet mictionnel, le score de l'échelle de qualité de vie, et l'évaluation infirmière avant/après l'accompagnement.</p> <p>L'évaluation des données est faite avec des mesures nominales, statistiques, et l'analyse des variables.</p>

	<p>Etape 1 : les réponses des participantes sont transformées en chiffres pour passées en quantitatif.</p> <p>Etape 2 : chaque variable est décrite selon sa fréquence. Par exemple : combien de fois la femme se questionne sur sa santé</p> <p>Etape 3 : Analyse de la variance (ANOVA). Elle permet de prendre en compte des données qui se répètent plusieurs fois. Cela permet de garder un point de repère sur le recueil d'information au début et à la fin du test vu qu'ils se font dans deux temps différents. Par exemple : l'évaluation des variables avant/après la thérapie comportementale qui renseigne sur les réponses qui ont été modifiées.</p> <p>L'outil de mesure ANOVA prend en compte la modification de la temporalité pour le recueil des données avant/après le test dans la population type.</p> <p>Le résumé des résultats met en lumière les extraits rapportés au travers d'une explication des éléments saillants qui ressortent lors de l'analyse des résultats.</p> <p>Les thèmes font ressortir les sens des données car ils reprennent les éléments qui composent chaque variable comme l'incontinence urinaire, la thérapie comportementale et les habitudes de vie.</p> <p>Les données qui contribuent à l'efficacité de la thérapie comportementale ressortent dans les données. Par exemple : les caractères sociodémographiques, la relation avec son corps, la vie sexuelle, les paramètres urinaires et l'échelle de la qualité de vie (King Heath Questionnaire) ; ceux-ci ayant un impact sur le contrôle des mictions, de la qualité de vie et de la baisse des dépenses.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés dans plusieurs tableaux.</p> <p>Le tableau n°1 comporte la distribution de la classification des types d'incontinences urinaires dans la population de l'étude avant/après la thérapie comportementale.</p> <p>Le tableau n°2 comporte la distribution des symptômes chez la population type avant/après la thérapie comportementale.</p> <p>Le tableau n°3 comporte la distribution des habitudes de vie chez la population type avant/après la thérapie comportementale.</p>

	<p>La thérapie comportementale avant/après son application est examinée selon la distribution des symptômes et la distribution des modifications dans les habitudes de vie. Ils sont logiquement associés afin de voir l'ampleur de l'efficacité de la thérapie pratiquée par les infirmières.</p> <p>Les résultats sont résumés par le texte narratif.</p> <p>Caractéristiques de la population :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 46% des femmes veuves, 23% mariées, 7% divorcées. ○ 23% des femmes ont entre 65-69 ans, 30% entre 70 et 74 ans, 23% de femmes entre 75-79 ans, et 24% ont plus de 80 ans. ○ 92% des femmes n'ont plus d'activité sexuelle, ni désir et 53% rapportent avoir une insatisfaction corporelle. ○ 46 % sont satisfaites de leur vie sexuelle et 30% non. <p>La comparaison entre l'avant et l'après de la thérapie montre qu'en moyenne 4 épisodes de mictions sont enregistrés avant la thérapie entre le 1^{er} et le 3^{ème} jour. En fin de thérapie, entre le 1^{er} et le 2^{ème} jour une moyenne de 2 épisodes d'urines ont été enregistrés. 1 épisode le 3^{ème} jour.</p> <p>Les pertes d'urines involontaires :</p> <p>Durant la période pré-thérapie, une moyenne de 2 épisodes sont vus le 1^{er} jour, et 3 épisodes durant le 2^{ème} et le 3^{ème} jour.</p> <p>Durant la période post-thérapie, une moyenne de d'un épisode durant le 1^{er} et le 2^{ème} jour, et une absence de pertes le 3^{ème} jour.</p> <p>Les contractions des muscles du périnée :</p> <p>En pré-thérapie, 23% des femmes ne contractent pas bien leurs muscles du périnée.</p> <p>En post-thérapie, 92% des femmes contractent de manière efficace leurs muscles du périnée.</p> <p>La perception de la santé chez les femmes :</p> <p>En pré-thérapie, 38% disent avoir une bonne santé, 46% une santé moyenne, et 23% une mauvaise santé.</p> <p>En post-thérapie, 23% répondent avoir une excellente santé, 38% disent avoir une bonne santé et 38% avoir une santé moyenne.</p>
--	---

	<p>L'impact de l'incontinence urinaire :</p> <p>En pré-thérapie, 30.7% disent être beaucoup affectées. En post-thérapie, après avoir passée la thérapie, 7% disent être beaucoup affectées. (23% de diminution).</p> <p>Impact de l'incontinence urinaire dans la vie familiale :</p> <p>En pré-thérapie, 54% non affectées, 23% un peu touchées, 7.69% modérément touchées, 7.69% fortement touchées. 23% des femmes ne sont pas concernées car elles ne vivent pas en famille ou elles n'ont pas su qu'elles étaient incontinentes. En post-thérapie, 46% ne sont pas concernées, 46% ne sont pas affectées, 7.69% légèrement touchées.</p> <p>Domaine émotionnel :</p> <p>En pré-thérapie, 15% disent être nerveuses et avoir de l'anxiété. En fin de thérapie, 7.69% sont un peu nerveuses (1 femme)</p> <p>En fin de thérapie : 75% des femmes n'ont pas de pertes urinaires. Cela baisse l'utilisation de protections, le coût en médicament, et les traitements de maintien. De plus, l'hypothèse chirurgicale pour traiter le trouble est écartée.</p> <p>L'auteur n'a pas fait évaluer les données par les participants ni par des experts scientifiques.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont considérés en se référant aux hypothèses avant/après la thérapie comportementale, ce qui permet de rester dans le cadre de recherche de la qualité de cette thérapie.</p> <p>L'étude démontre que les femmes qui ont participé jusqu'à la fin de l'expérience ont un meilleur contrôle mictionnel et en conséquence une meilleure qualité de vie.</p> <p>Durant l'expérience, les femmes qui ont été accompagnées par leur famille durant les consultations ont une meilleure adhésion à la thérapie, car les membres de la famille écoutaient les consignes que la personne devait respecter. Ainsi, les participantes étaient davantage soutenues dans le processus par leurs proches et les infirmiers.</p> <p>Des études antérieures viennent appuyer les résultats de la recherche :</p> <p>En fin de thérapie comportementale, la population qui n'a pas de pertes urinaires est de 75%. Cette baisse dans la population étudiée se retrouve dans une autre recherche</p>

	<p>identique, qui confirme que la moitié de la population n'est plus incontinente en fin de thérapie.</p> <p>L'impact de l'incontinence urinaire sur le sommeil par la nycturie a été trouvé dans cette étude. Des autres études soulignent ce fait car 63% des femmes incontinentes urinaires se sentent fatiguées à cause de ne pas avoir un bon sommeil.</p> <p>L'efficacité de la thérapie comportementale est comparée à celle d'une étude sur l'intervention chirurgicale. La chirurgie chez la femme incontinente contient 50% de chances d'échec, et une présence d'effets secondaires sur un long terme chez la personne. Avec des troubles d'hypertension, troubles respiratoires, arthrose, anxiété, etc. Cela confirme le fait que cette thérapie est un traitement sans risque pour les personnes et qu'il faudrait y penser avant de suggérer une chirurgie urologique. Il est clair que dans une 2^{ème} option, la thérapie comportementale peut être introduite après la chirurgie afin d'augmenter la réhabilitation.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont réalisées en se basant sur les résultats de la recherche. La limite de l'étude concerne le faible nombre de participantes. Cela empêche l'étude d'être considérée comme une étude randomisée de type contrôlée.</p> <p>La question du caractère transférable des conclusions est absente dans l'étude.</p>
<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>L'efficacité de la thérapie comportementale réalisée par les infirmières ont des avantages dans le contrôle mictionnel. Cela appuie le fait que l'infirmière intègre la personne dans la thérapie comportementale en la guidant dans ses actions et pratiques. A travers des feedbacks, le patient intègre les pratiques basées sur une preuve probante qui va permettre que celui-ci maintienne un bien-être.</p> <p>De plus, comme souligné dans diverses études, les rôles de l'infirmière et du patient sont complémentaires, car ils collaborent ensemble pour valider les objectifs du soin personnel.</p> <p>La thérapie comportementale entre tout à fait dans le système d'éducation pour les infirmiers. Cette étude montre l'importance d'une éducation de santé auprès de la population touchée par le trouble. Les infirmiers doivent donc aider et soutenir les soins personnels de la personne en étant le vecteur de changement des aspects de sa vie.</p> <p>L'incontinence urinaire baisse la satisfaction corporelle chez plus de la moitié des participantes. Cela baisse leur estime</p>

	<p>de soi. L'infirmière peut donc accompagner la personne à mieux comprendre son trouble, et être un soutien pour la mise en pratique des recommandations de soins durant les divers moments du quotidien chez la personne.</p> <p>L'explication physiopathologie de l'incontinence urinaire sur les atteintes du sommeil n'a pas encore été clarifiée. Le conseil est d'effectuer une recherche semblable mais avec une forte population à l'étude, afin de passer en étude randomisée contrôlée.</p> <p>Les données sont riches car elles découlent des résultats de la recherche qui répondent totalement aux questions de la recherche. De plus, pour apporter des autres données qui valident les résultats, des études scientifiques prouvant des résultats semblables sont citées.</p>
--	---

Article 4: Common incontinence problems seen by community nurses (2016)

Auteur: Olufunmilola Kehinde

Fonction: Lead nurse, Continence Service, Barts Health NHS Trust, London

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre reprend clairement les concepts clés et la population cible.</p> <p>Les concepts sont les problèmes de l'incontinence et la communauté infirmière. La population de l'étude concerne les personnes incontinentes.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise le problème de l'incontinence urinaire ayant des conséquences sociales et physiologiques, cela en prenant en compte toutes autres pathologies en comorbidité.</p> <p>L'incontinence est associée avec d'autres conditions médicales et a des conséquences sociales et physiologiques. La communauté infirmière qui doit soutenir les personnes incontinentes met en avant la nécessité de restaurer la dignité et augmenter la qualité de vie. En sachant ce que représente un service de bonne qualité pour ce type de patients, les soignants peuvent comprendre les enjeux et ainsi offrir des soins de manière plus aisée.</p> <p>La méthode se concrétise à travers la recherche des bonnes pratiques dans l'incontinence urinaire qui peut aider les infirmiers à prodiguer un accompagnement plus facile.</p> <p>En conclusion, cet article prend en compte les récents guidelines dans des services d'incontinence.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène de l'étude est formulé. Il s'agit dans un premier de comprendre les problématiques de l'incontinence puis dans un deuxième temps de considérer les meilleures pratiques pour accompagner le trouble.</p> <p>Le problème est pertinent car l'étude révèle qu'en 2016, 6,5 millions de personnes avaient des troubles d'incontinence urinaire en Grande-Bretagne. Une étude (Perry et al, 2000) affirme que dès 40 ans 23% des femmes ont un risque de</p>

	<p>développer un symptôme urinaire et que plus le temps passe plus la prévalence et la sévérité augmente pour celui-ci.</p> <p>Le problème permet d'apporter un sens particulier aux interventions infirmières attendues dans le contexte de l'incontinence urinaire. En effet, les interventions probantes permettront d'apporter une meilleure qualité à l'accompagnement de la situation.</p> <p>L'incontinence urinaire est une cause d'hospitalisation dans les EMS lorsque les proches aidants n'arrivent pas à combler ce trouble (Du Moulin et al, 2005).</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présente et découle de diverses sources scientifiques du domaine de l'incontinence.</p> <p>La recension des écrits permet de d'avoir une synthèse des problèmes majeurs présents lors de l'incontinence urinaire chez l'adulte. En résumé : L'incontinence urinaire est problème qui affecte les personnes de tout âge, culture et société. Elle diminue la qualité de vie. Les personnes avec ce trouble sont plus à risque de développer des pathologies liées à l'appareil urinaire, comme des infections. De plus, la présence de chute pour aller aux WC est présente chez les personnes avec une incontinence d'urgence ou nocturne. Les personnes touchées par l'incontinence ne voient pas toujours le besoin d'être pris en charge, ni la nécessité d'avoir un traitement, car elles considèrent leur incontinence comme faisant partie de leur vieillesse. Avec l'âge, le contrôle de la miction peut être altéré par des processus de type hormonal, neurologique, et musculaire entravant la rétention d'urine.</p> <p>La plupart des personnes ne consultent pas les soignants par embarras. De plus, il y a des personnes qui intériorisent cette incontinence urinaire et sont convaincus que cela ne peut être traité. Ainsi, elles consultent peu des services d'urologie ou la communauté infirmière.</p> <p>Les personnes incontinentes doivent gérer leur trouble comme elles le peuvent, parfois avec des méthodes personnelles. Cependant, plus le temps passe et la sévérité de l'incontinence augmente, plus la personne va se restreindre socialement pour éviter tout accident d'urine potentiel. Le symptôme de l'incontinence augmente le risque d'avoir des interactions sociales limitées, un risque de chute, un trouble de la mobilité, des troubles de l'humeur, une perte de confiance en soi et un isolement social.</p>

	<p>L'auteur s'inspire de plusieurs études scientifiques et cite des sources scientifiques en lien avec le domaine urologique, cela représente donc une base solide.</p> <p>La recension des écrits a des sources primaires qui sont prises du champ de l'incontinence urinaire, du vécu des personnes avec ce trouble et de la prévalence à travers des études scientifiques antérieures.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en avant du texte. Ils sont définis par l'incontinence urinaire et fécale, les adultes à risques et les meilleures pratiques dans des soins primaires. Cela est justifié adéquatement, car ils permettent de poser le cadre.</p> <p>Les concepts clés sont dans le cadre de référence qui est l'accompagnement infirmier de l'incontinence.</p> <p>Les bases théoriques et philosophiques sous-jacentes expliquent que les infirmiers ont un grand rôle dans l'accompagnement de l'incontinence urinaire. Ils sont souvent les personnes qui ont des compétences pour informer et apaiser la personne. Pour les personnes qui vivent à domicile doivent avoir des stratégies afin de s'adapter avec ce trouble. Cela est une manière de respecter leur dignité.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche est d'avoir des moyens pour accompagner la personne incontinente dans les premiers soins. Il est énoncé de manière claire et précise en argumentant le nombre de personne touchée et les raisons de leur absence de soins.</p> <p>Le but est de connaître les problèmes que l'infirmier peut rencontrer dans la population des personnes incontinentes. En prenant en compte, l'incontinence urinaire et les troubles en découlant, sa prévalence et les risques chez cette population, les pratiques infirmières peuvent s'améliorer.</p> <p>La question de recherche concerne les problèmes rencontrés dans l'accompagnement de l'incontinence urinaire. Elle reflète la recension des écrits et découlent du but. En effet, en comprenant les problèmes liés à l'incontinence, les pratiques infirmières peuvent se mettre en place.</p> <p>Les variables ne sont pas précisées. Les concepts sont reflétés dans le texte.</p>

	<p>Les questions se basent sur la cadre théorique qui est construit avec la recension des écrits.</p> <p>Les infirmiers ont un grand rôle dans l'accompagnement de l'incontinence urinaire. Ils sont souvent les personnes qui ont des compétences pour informer et apaiser la personne.</p> <p>Pour les personnes qui vivent à domicile, elles doivent avoir des stratégies afin de s'adapter avec ce trouble. Cela est une manière de respecter leur dignité.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon n'est pas détaillé car l'expérience des personnes et reprise dans la recension des écrits à travers des revues et littératures scientifiques.</p> <p>L'auteur n'a pas mis en œuvre des moyens pour augmenter l'échantillon.</p> <p>La taille de l'échantillon n'est pas déterminée. Elle prend en compte les infirmiers et les personnes qui travaillent dans les services d'incontinence.</p>
Considérations éthiques	<p>Dans la recension des écrits, une étude souligne le fait qu'accompagner les stratégies d'adaptation chez la personne incontinente à domicile permet de respecter sa dignité car elle développera des stratégies pour y faire face.</p> <p>L'étude permet de maximiser les bénéfices pour la population cible. En effet, en ayant les impacts de l'incontinence, les pratiques vont répondre aux besoins de la population.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé est de type qualitatif à travers l'étude de la problématique et dans la compréhension de celle-ci. En analysant les phénomènes qui impactent sur la vie des personnes incontinentes, des solutions vont être mises en lumière.</p> <p>Le devis reprend les questions de recherches à travers des résultats d'études antérieures.</p> <p>Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques car les données en lien avec le concept sont</p>

	<p>totallement vérifiées et appuyés dans la littérature récente qui concerne les sujets de l'étude.</p> <p>La méthode est appropriée car elle reprend la synthèse des connaissances scientifiques mises en lumière par des revues scientifiques et des articles concernant les soins infirmiers.</p> <p>Nous n'avons pas d'information sur le temps passé avec la population sur le terrain.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les variables qui sont les problèmes rencontrés durant l'accompagnement de l'incontinence urinaire par les infirmiers. Elles sont mesurées à travers des études anciennes permettant d'appuyer les principaux problèmes émergents dans la prise en charge.</p> <p>Les observations du phénomène ciblent les principales conséquences chez la personne atteinte d'incontinence et les principaux facteurs qui en découlent.</p> <p>Les instruments sont importés de l'Institut National de Santé et de Soins du Royaume-Uni.</p> <p>La procédure de l'expérimentation est cohérente. Les outils mesurés apportent un ciblage des caractéristiques des concepts problématiques dans la recherche.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données n'est pas décrit.</p> <p>Les données ont été recueillies par l'auteur à travers diverses sources scientifiques.</p> <p>L'étude ne définit la présence d'une variable indépendante.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites dans le texte puis sont développées sous forme de tableau avec les sources d'origine.</p> <p>La prévalence de l'incontinence urinaire au Royaume-Uni est citée dans le texte.</p> <p>Pour analyser les types d'incontinence urinaire ou fécale, l'outil emprunté est celui de l'Institut National de Santé et de Soins du Royaume-Uni datant de 2015. Celui-ci permet de comprendre le type d'incontinence urinaire et ses symptômes-types.</p> <p>Pour connaître les causes reliées à l'incontinence urinaire, l'outil emprunté est celui de l'Institut National de Santé et</p>

	<p>de Soins du Royaume-Uni datant de 2015. Celui-ci permet les facteurs impactant sur la survenue du trouble.</p> <p>Les facteurs qui viennent influencer les résultats sont présents. Le trouble est complexe et les modifications physiques et psychiques ne sont pas les seules à être prises en compte. Les troubles émotionnels et les facteurs environnementaux sont aussi à prendre en charge.</p> <p>Les résultats sont résumés à travers la recension des écrits. Les questions de recherches sont répondues. Les connaissances des principales conséquences et causes de l'incontinence urinaires ont été décelées.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	<p>Les résultats pour le type d'incontinence urinaire se trouvent dans le premier tableau. Il reprend tous les types d'incontinences possibles chez l'adulte. L'incontinence de stress, l'incontinence d'urgence, l'incontinence mixte, nycturie, incontinence d'origine psychique, incontinence type neurologique.</p> <p>Le deuxième tableau contient les facteurs reliés à l'âge qui peuvent amener à l'incontinence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trouble vaginal par manque d'œstrogènes peut donner une sensation d'urine urgente et favoriser le développement de l'incontinence. • Trouble de la vessie limitant l'ouverture et la fermeture adaptées de l'urètre. • La vessie ne se vide pas totalement et les muscles se contractent involontairement. • Trouble de la mobilité qui diminue la capacité de se rendre aux WC. • Trouble visuel qui limite la mobilité pour se rendre aux WC. • Trouble de la force et la coordination limitant la personne dans le retrait de ses habits. • Troubles du sommeil <p>Les thèmes sont associés entre eux pour représenter le phénomène.</p> <p>Les problèmes rencontrés lors de l'incontinence urinaire et leurs conséquences sur la globalité de la personne sont résumés dans les résultats présents dans la recension des écrits.</p>
----------------------------	--

	<p>Cela permet d'entreprendre une recension des écrits basée sur la littérature scientifique afin d'avoir les meilleurs résultats probants pour les pratique.</p> <p>La littérature scientifique cite que la plupart des personnes ne consultent pas car elles pensent que l'incontinence ne peut être traitée. De plus, l'embarras d'aborder le thème les empêche d'en parler. Les résultats des revues scientifiques démontrent que l'incontinence urinaire est un problème avec lequel la personne devra apprendre à manager. Plus le symptôme est sévère, plus la personne risque d'avoir des séquelles physiques, sociales et psychiques.</p> <p>Les alertes rouges à prendre en compte dans la problématique de l'incontinence urinaire par les infirmières sont le changement brutal dans les AVQ de la personne, par exemple. Une baisse de la socialisation est élément à prendre en compte également.</p> <p>Le rôle infirmier est important dans l'accompagnement de l'incontinence en soutenant la personne avec des compétences personnelles. Le Département de la Santé du Royaume-Uni en 2000 indiquait déjà que toute personne souffrant d'incontinence urinaire doit recevoir une évaluation primaire. Celle-ci reprenant l'état physique et psychique de la personne afin de faire émerger la prise en soin.</p> <p>Ces résultats de littérature signalent que pour que l'infirmier effectue une prise en soin valide par l'Evidence Based Care, certains éléments doivent être pris en compte.</p> <p>Deux procédures à suivre ont été donc décrites par le Département de la Santé du Royaume-Uni en 2000.</p> <p>Éléments principaux dans l'évaluation de l'incontinence :</p> <p>Contrôler le symptôme et son impact sur la qualité de vie, évaluer les désirs des patients pour les traitements alternatifs, palper l'abdomen pour voir la présence de masse, examiner le périnée et les contractions, examiner le rectum pour exclure l'impact fécal, examen urinaire pour évaluer si infection urinaire, voir l'environnement de la personne, les activités de la vie quotidienne et identifier les facteurs qui aggravent l'incontinence.</p> <p>Traitement primaire selon le type d'incontinence :</p> <p>Donner des conseils pour les patients et les soignants sur le mode de vie sain en lien avec l'alimentation et les liquides, entraîner la vessie, discuter et entraîner avec le patient comment gérer une incontinence d'urgence, promouvoir la qualité de vie en adaptant l'accès aux WC, et facilitant la</p>
--	---

	<p>mobilité surtout en EMS, adapter les écoles et les places publiques, expliquer puis entrainer avec le patient des exercices pour le pelvis pour les femmes atteintes d'incontinence d'urgence (aussi après grossesse), qualité de vie des personnes démentes est maintenue par l'aide contre l'incontinence via les protections, aider la personne à gérer son énurésie avec des alarmes, urinal, protection, voir les traitements qui peuvent augmenter le trouble, voir si la personne a des traitements qui diminuent l'hyperactivité de la vessie comme les anticholinergique et les antidiurétiques pour lutter contre l'énurésie, évaluer si infection urinaire, inflammation vaginale ou constipation qui sont les risques associés à l'incontinence urinaire, si la personne ne reconnaît pas le besoin d'utiliser les WC, lui prodiguer une aide à la toilette souvent, les vêtements sont adaptés et permettent un bon accès aux WC.</p> <p>Les données qui ont permis d'obtenir deux démarches infirmières ont été évaluées par le Département de la Santé du Royaume-Uni, puis rédigées par celui-ci.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les protocoles permettent d'initier une première approche avec le patient. Ainsi, le processus d'accompagnement est possible. Les résultats permettent aux infirmiers d'avoir une orientation sur laquelle se baser pour adapter la prise en soin. Le cadre est donc respecté</p> <p>Les protocoles ont été rédigés selon les études antérieures réalisées sur les problèmes de l'incontinence urinaire.</p> <p>L'interprétation est conforme aux résultats de l'analyse. Les soignants doivent remplir 6 conditions pour avoir une prise en soin de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prodiger un soin continu dans un processus holistique - Etre efficace tout en restant humain avec de la compassion - Etre professionnel en accompagnant avec un haut niveau de preuve scientifique - Donner des interventions rapides, efficaces et sûres. - Soutenir le patient dans son empowerment et défendre ses besoins - Etre ouvert dans la discussion et la défense de l'incontinence urinaire au sein des équipes pluridisciplinaires <p>(Maben and Griffith 2008)</p>

	<p>Les limites de l'étude ne sont pas définies. Mais on sous-entend que les protocoles sont adaptés pour les infirmiers.</p> <p>Les conclusions reprennent les résultats en les argumentant.</p> <p>Les infirmiers doivent décider de comment gérer au mieux ce trouble avec divers problèmes. Ils doivent chercher les meilleures conditions entre offrir simplement des protections ou mettre en pratique des protocoles comme dans l'Evidence Based Care lors de l'incontinence urinaire.</p>
<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>Les conséquences de l'incontinence urinaire peuvent être mieux prises en charge. Les personnes doivent être pris en charge, écoutées, recevoir un traitement adapté au bon moment afin d'avoir une qualité de vie satisfaisante. L'infirmier peut soutenir ces adultes pour leur empowerment dans les conditions chroniques.</p> <p>Il est nécessaire d'inclure le thème de l'incontinence urinaire dans la formation infirmière, afin d'avoir des ressources, car les observations cliniques peuvent se faire par une infirmière spécialisée.</p> <p>Les infirmiers doivent revoir le modèle d'intégration de l'incontinence urinaire afin d'intégrer cette prise en soin de manière pluridisciplinaire.</p> <p>Les données sont riches et appuient les conclusions. Même si manager l'incontinence urinaire est un processus complexe, avoir des stratégies et revoir les habitudes de vie permettent de maintenir une qualité de vie. Les infirmiers peuvent accompagner les raisons qui causent des problèmes dans la vie de la personne et travailler avec elle pour éliminer les causes réversibles ou les minimiser. Il faut inclure dans les organisations de santé des plans pour éduquer.</p>

Article 5: Social-Interaction Knowledge Translation for In-Home Management of Urinary Incontinence and Chronic Care (2013)

Auteurs: Lynn Jansen, Carol L. McWilliam, Dorothy Forbes, and Cheryl Forchuk

Fonctions : College of Nursing , University of Saskatchewan, Arthur Labatt Family School of Nursing , University of Western Ontario, Faculty of Nursing , University of Alberta

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre de l'article est le suivant: "Social-Interaction Knowledge Translation for In-Home Management of Urinary Incontinence and Chronic Care". La traduction française de ce titre est « Les processus d'interaction sociale et l'application des connaissances pour la gestion à domicile de l'incontinence urinaire et des soins chroniques ». Autrement dit, il s'agit ici d'étudier comment les interactions sociales et les connaissances agissent sur la gestion de l'incontinence urinaire à domicile.</p> <p>Le concept-clé de l'incontinence urinaire est présent dans le titre, ainsi que le contexte de soins chroniques qui est ici les soins à domicile. Le titre n'en précise pas plus sur les caractéristiques de la population ou les conséquences de cette étude mais ils seront détaillés dans les chapitres suivants.</p>
Résumé	<p>Le résumé décrit parfaitement le problème, puis l'échantillon. Ensuite, il décrit les différents concepts de l'étude, les résultats et propose une conclusion. Le résumé n'est pas séparé avec les mots-clés « problème, méthode, résultats et discussion » mais les présente dans l'ordre dans le texte et les sépare de manière claire pour le lecteur. Ils seront indiqués dans l'article de manière plus découpée avec une introduction, contenant la méthode en sous-chapitre, des résultats, une discussion et pour finir une conclusion.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'introduction présente l'incontinence urinaire, sa définition et comment elle touche la population actuellement. Elle explique ensuite comment ce problème est la plupart du temps pris en charge dans le contexte de soins à domicile, c'est-à-dire à l'aide des familles ou de proches-aidants, qui aident dans 98% des cas mais manquent souvent de connaissances.</p>

	<p>Ensuite, le processus d'application des connaissances, qui fait l'objet de l'étude, est défini et présenté. Il est défini comme un processus qui comprend la création, l'échange, la promulgation et l'application des connaissances dans un contexte interactif pour promouvoir la santé, ici dans le cadre de l'incontinence urinaire.</p> <p>Il est raccourci dans le texte en « processus d'AC ». Le processus d'AC est fondé sur des connaissances personnelles préexistantes, un apprentissage expérientiel et des sources d'information privilégiées, souvent liées à l'interaction sociale</p> <p>Comme expliqué ci-dessus, selon l'étude, les proches-aidants et les familles manquent souvent de connaissances et d'expertises concernant la prise en charge du malade, il est donc important que les soignants à domicile collaborent avec eux pour une meilleure prise en charge, d'autant plus que les familles et proches-aidants sont présents dans 98% des prises en charge à domicile.</p> <p>De plus, l'étude explique que le processus d'AC n'a jamais été appliqué ou testé concernant les soignants à domicile et il y a donc des lacunes dans les connaissances de ce processus actuellement.</p> <p>Comme expliqué ci-dessus, le problème est significatif dans la discipline infirmière car il y a peu d'études qui ont été menées concernant ce sujet jusqu'à lors, malgré le haut pourcentage que représente le problème et ses conséquences sur la personne touchée.</p> <p>Dans ce paragraphe, on précise également plusieurs résultats d'études concernant les relations entre les soignants à domicile et les proches-aidants, leurs rôles présumés et comment ils voient leur prise en charge, etc.</p> <p>L'intérêt de l'étude se place dans les résultats de ces précédentes études qui ont fait ressortir des problèmes mais n'ont pas donné de pistes d'action pour les résoudre et arriver à une co-création pour le patient.</p>
Recension des écrits	<p>Comme exprimé ci-dessus, une recension des précédents écrits sur le sujet a été faite et a mis en lumière les diverses lacunes qu'il existe actuellement et comment les combler grâce à l'étude actuelle.</p> <p>L'étude ne semble pas présenter de sources primaires à première vue mais les auteurs des études cités dans cette recension sont, d'après la littérature, spécialisés dans le</p>

	<p>processus d'AC ou ont étudiés celui-ci de près dans plusieurs études, ce qui les rend plus experts à aborder le sujet que d'autres auteurs.</p>
Cadre de recherche	<p>Le concept de l'incontinence urinaire et son management sont définis brièvement dans l'introduction. Le processus d'AC, lui, est défini correctement et son but est explicité de façon adéquate, dans l'introduction également.</p> <p>Il n'est pas explicité clairement de cadre de référence ou de bases philosophiques ou théoriques dans l'introduction concernant les concepts-clés, bien qu'ils soient expliqués et décrits selon le but de l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement énoncé dans le paragraphe d'introduction par quelques phrases pour l'expliciter puis une question le résumant, qui est : « Comment les fournisseurs de soins à domicile, les proches-aidants et les bénéficiaires de soins à domicile adoptent-ils l'AC dans le contexte des soins à domicile ? »</p> <p>La question de recherche s'inscrit clairement dans la longévité des résultats de la recension des écrits car après avoir expliqué les écrits déjà étudiés et les lacunes de ceux-ci, la question a été posée pour répondre à ces lacunes précisément.</p> <p>Cette question incite les chercheurs à aller chercher les différentes expériences et émotions des participants pour évaluer comment ils utilisent l'AC et quelles en sont les modalités.</p> <p>Les variables ne sont pas clairement présentées dans l'introduction car elles font partie d'un des concepts qui est le processus d'AC. On peut donc dire qu'elles le reflètent, tout en sachant qu'elles ne sont pas explicitées ici.</p> <p>Les questions de l'étude s'appuient plutôt sur la méthode de recherche sous-jacente puisqu'on cherche à répondre à des questions qui n'ont pas été élucidées jusqu'à lors.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie par les bénéficiaires de soins à domicile de l'une des 12 régions sanitaires de la Saskatchewan, à savoir le Health Authority Board, qui est responsable des services de santé offerts aux 56 000 résidents de la région. Les soins à domicile, un sous-service de soins continus, sont fournis à 2 500 clients grâce à un modèle intégré de point d'accès unique pour les services de soins continus en équipe.</p>

On y décrit également les types de services de soins et quels professionnels de santé interagissent dans ce cadre. Les gestionnaires de cas choisissaient des bénéficiaires de soins âgés de plus de 65 ans qui géraient les soins et pouvaient partager leur expérience des soins à domicile. Le gestionnaire de cas a ensuite communiqué avec ces participants potentiels à la prestation de soins aux clients et à la famille et a déterminé s'ils étaient disposés à être contactés par le chercheur. Le contact des fournisseurs de soins à domicile a été facilité par le personnel de soins à domicile qui a placé une lettre d'introduction dans les boîtes aux lettres de toutes les infirmières à domicile, les thérapeutes communautaires, les assistants sociaux et les aides-soignants à domicile. Les participants aux soins à la clientèle et les fournisseurs de soins à domicile qui ont consenti à divulguer leur nom ont été contactés par le chercheur, qui a ensuite expliqué l'étude et demandé un consentement formel éclairé pour leur participation.

L'échantillonnage a commencé par la sélection délibérée des triades prestataires de soins familiaux, prestataires de soins et prestataires de soins rémunérés à partir de la base de sondage des dyades parents-aidants familiaux qui ont également eu recours à des prestataires consentants. Pour construire une étude théorique fondée sur le processus social de l'AC concernant l'incontinence urinaire, un échantillonnage théorique a suivi, engageant d'autres participants ayant le potentiel de fournir une plus grande profondeur de données liées aux concepts et concepts clés. L'objectif de l'échantillonnage théorique est d'identifier et de définir des catégories de données au moyen d'un processus d'analyse comparative constante tout au long du processus de collecte des données. L'échantillonnage théorique favorise également la pertinence de la sélection de l'échantillon répondre à la question de recherche.

La population participante est ensuite détaillée précisément avec les origines, âges, sexe, degré d'incontinence et de besoin d'aide, etc. dans le chapitre de la méthode.

La taille totale de l'échantillon des personnes représentant les trois groupes de participants a été déterminée par l'adéquation des données, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les données collectées ont saturé les catégories et les composantes de la théorie fondée par Glaser. L'échantillonnage a cessé lorsque la comparaison constante des propriétés des catégories émergentes a révélé une saturation théorique.

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les participants ont dû signer un consentement formel éclairé pour leur participation après avoir reçu toutes les informations nécessaires. Les participants étaient également rémunérés pour leur participation. Le protocole de recherche dans son intégralité a été approuvé par le Health Sciences Research Ethics Board de l'Université Western et le Behavioral Research Ethics Board de l'Université de la Saskatchewan.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>La méthode de recherche utilisée est celle de la théorie des modèles d'interactions sociales de Glaser. C'est une théorie qui permet d'évaluer le processus d'AC chez les personnes sondées. Une analyse de données était faite en permanence au long de l'étude et de celle-ci ressortaient des thèmes sous-jacents et significatifs.</p> <p>Sachant que cette méthode est faite précisément pour analyser le processus d'AC, elle est parfaitement adaptée pour répondre à la question de recherche de l'article.</p> <p>Le fait qu'il y ait une méthode d'analyse précise concernant le concept recherché prouve que le devis permet une véracité et une applicabilité de la recherche. En effet, les résultats retirés de l'analyse seront probants grâce à la spécificité de sa méthode. Le critère de consistance pourrait ne pas être réellement rempli car l'échantillon final comporte peu de participants. Néanmoins, le type de collecte de données ne permet pas un grand nombre de participants. La neutralité est conservée grâce au fait que les participants ont pu voir les collectes de données et valider si ce qui avait été retranscrit était correct selon eux. Cela permet d'avoir des résultats objectifs et neutres. Certains critères scientifiques sont plus détaillées ci-dessous dans la partie « méthode ».</p> <p>Il semble que la méthode de recherche soit adaptée au problème car il s'agit ici d'avoir une population spécifique à l'incontinence urinaire à domicile avec des proches-aidants et des soignants à domicile. De plus, il faut que les participants soient prêts à collaborer pour trouver des solutions, c'est pourquoi les recruter de cette manière par volontariat est tout à fait appropriée.</p> <p>Avant de suivre régulièrement les participants, les auteurs ont fait 2 interviews semi-directifs afin de leur poser des questions sur leurs habitudes en terme de soins, comment ils géraient l'incontinence urinaire, etc. A la fin des entretiens, ils s'assuraient toujours de la bonne compréhension des participants et leur posaient des</p>

	<p>questions du genre de « Quels sont vos besoins et vos compréhensions en ce moment ? » afin de répondre au mieux aux besoins des participants.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Deux entretiens enregistrés sur bande audio d'une à deux heures ont été réalisés par le premier auteur avec chaque participant à un entretien à domicile ou privé dans la région sanitaire. La discussion initiale sur la façon dont les participants ont géré les soins aux personnes âgées a évolué vers la façon dont les soins de l'incontinence urinaire, souvent appelés contrôle de la vessie par les bénéficiaires de soins à domicile et leurs proches-aidants, se déroulaient dans un milieu familial. Un guide d'entretien semi-structuré a été utilisé pour obtenir des données expliquant ce qui se passait, qui était impliqué, comment ils étaient impliqués, comment les activités étaient organisées, comment se déroulait le processus d'AC, et quelles connaissances étaient fournies par qui, quand, où, et comment. Les questions spécifiques étaient les suivantes : « Pouvez-vous me parler de la participation des autres dans les soins de contrôle de la vessie pour qui vous prodiguez des soins ? » « Pourriez-vous me dire comment partager (le cas échéant) des connaissances sur la gestion du contrôle de la vessie ? (le cas échéant) la sensibilité fait-elle partie de cette expérience ? » et « Comment avez-vous utilisé ce savoir partagé dans les soins de contrôle de la vessie ? » Une triade de proche-aidant, de bénéficiaire de soins à domicile et de fournisseur de soins à domicile - et deux dyades de famille soignants et bénéficiaires de soins à domicile - ont été interviewés ensemble. Si des observations potentiellement pertinentes des interactions d'AC se sont déroulées dans le contexte domestique parmi les trois catégories de participants, le chercheur a également utilisé un guide d'entretien semi-structuré pour poser aux participants des questions telles que : « Quels sont vos besoins et vos compréhensions en ce moment ? Est-ce que cela se produit pour vous ? » Toutes les entretiens ont été enregistrés sur bande audio et transcrites mot à mot pour fins d'analyse. Des notes de terrain expliquant les nuances subtiles du contexte - en particulier, les questions et les observations du chercheur concernant les comportements, les intentions, les pensées, les compréhensions, les attentes, les interactions sociales et les preuves de la connaissance tacite - ont été faites à chaque visite.</p> <p>Etant donné ici que les instruments sont qualitatifs, lors d'entretien, ils sont créés pour l'étude sous forme de questions précises afin de mieux comprendre les bénéficiaires de soins et les proches-aidants.</p>

	<p>Sachant que les outils mesurés étaient des interviews, la procédure consistant à les enregistrer et à les retranscrire mot à mot en notant les différentes subtilités est tout à fait adéquate afin d'avoir une analyse des plus pointue.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Comme expliqué ci-dessus, le processus de collecte de données est clairement décrit par les enregistrements des entretiens semi-directifs en bande audio puis la retranscription mot à mot par écrit de celles-ci pour l'analyse.</p> <p>Le fait de transcrire les interviews mot à mot permet d'éviter les biais de compréhension et d'éliminer les éventuels jugements ou compréhensions subjectives sur ce qui a été dit. Le personnel ayant retranscrit ces interviews n'est pas répertorié.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les données ont été analysées à l'aide de la méthode d'analyse comparative constante qui a favorisé le critère de rigueur qualitative, à savoir dans quelle mesure les catégories de données émergentes constituent le processus social de base de la théorie fondée (Glaser, 1977).</p> <p>Initialement, les données ont été explorées ligne par ligne grâce à un codage ouvert pour identifier les propriétés de chaque unité de données. Ensuite, des unités de données ont été comparées à travers le contenu dans chaque interview, à travers des interviews avec chaque participant, et à travers des interviews de tous les participants. Les dimensions des concepts et des catégories de base ont été générées en comparant constamment les concepts et les incidents et en cherchant le thème principal ou la catégorie révélée par les unités de données.</p> <p>Le codage sélectif a ensuite servi à identifier le processus social de base ou la variable de base, à coder les variables liées à la variable principale et à effectuer une comparaison continue des incidents avec les propriétés et les dimensions de ces variables et la variable principale (elles sont détaillées sur un schéma dans l'article). Le codage théorique impliquait l'examen des relations entre catégories.</p> <p>Le critère du travail, défini comme la capacité de la théorie fondée à fournir des prédictions de ce qui se passe dans le domaine par l'explication de la relation des catégories, a été favorisé par l'utilisation du langage des participants pour développer les thèmes.</p> <p>Au fur et à mesure que la théorie émergeait des données, une comparaison constante était utilisée pour comparer les</p>

données avec la théorie émergente afin de définir davantage les dimensions des catégories et de déterminer si les données soutenaient les catégories, la variable centrale et les relations des catégories avec la variable centrale.

Les chercheurs ont recherché des données qui ne rentraient pas dans les catégories et la théorie émergentes. Les exceptions possibles à la théorie qui a pu entrer dans le processus d'AC ont été surveillées en augmentant la diversité de l'échantillon, élargissant ainsi la compréhension des catégories et des dimensions réelles et permettant de raffiner une interprétation des conclusions.

Par exemple, les résultats émergents suggèrent que le processus d'AC peut différer selon l'âge du fournisseur de soins. Par conséquent, les fournisseurs d'âges variés ont été choisis intentionnellement pour explorer comment l'âge pourrait agir dans le processus d'interaction sociale AC. Les catégories ont été considérées comme théoriquement saturées lorsqu'aucune nouvelle catégorie n'émergeait par des méthodes comparatives constantes.

L'examen de la littérature a également eu lieu au cours de l'analyse pour informer la théorie émergente.

Le critère de la modifiabilité a été atteint au fur et à mesure que de nouvelles données ont émergé et le chercheur a modifié les analyses émergentes ou établies lorsque les conditions ont changé.

Tous les participants ont également eu l'occasion d'examiner les résultats de l'étude, d'informer davantage les thèmes et d'authentifier les conclusions de l'étude grâce à la vérification des membres, appuyant ainsi le critère de pertinence. La pertinence renvoie à la mesure dans laquelle la théorie, basée sur l'explication théorique des relations entre les catégories, informe les principales préoccupations des répondants, plutôt que toute notion préexistante de constructions théoriques et de relations.

Pendant le processus de vérification des membres, le chercheur a écouté les expériences des participants associées à la sensibilité des connaissances sur l'incontinence urinaire et la gestion des soins chroniques pour mieux comprendre comment articuler les résultats des études dans le cadre des processus d'interaction sociale.

La théorie finalement décrite a le potentiel de modifiabilité dans les enquêtes ultérieures lorsque de nouvelles données pertinentes sont découvertes et comparées aux unités de données existantes.

	<p>La réflexion continue pendant la collecte et l'analyse des données a amené les chercheurs à se poser des questions sur l'adaptabilité, la pertinence et la modifiabilité des catégories émergentes, favorisant ainsi les critères de rigueur qualitative et d'analyse simultanée des données. La vérifiabilité a été traitée en conservant des données brutes, des notes de champ et des notes de service, fournissant une piste de vérification des différentes étapes suivies tout au long du processus de recherche. La mémorisation a encouragé une réflexion critique sur la signification et les hypothèses sous-tendant les données et les codes, ainsi que sur la définition et le lien des propriétés des catégories identifiées pour formuler la théorie.</p> <p>Le « Memoing », c'est-à-dire la mémorisation par petites notes lors du processus de travail, a également fourni des conseils pour un codage plus poussé et un échantillonnage théorique, améliorant ainsi l'authenticité de la théorie découverte au cours du processus de recherche.</p> <p>Il est représenté sous forme d'un schéma qui présente les différentes catégories qui ont été à l'étude. De plus, elles sont réécrites dans le résumé des résultats, puis détaillées une à une dans le chapitre « résultats ».</p> <p>Les thèmes ici sont les différentes catégories représentées sur le schéma et cela permet d'avoir une vision d'ensemble sur les résultats analysés et ainsi de voir quels sont les finalités de l'étude en un coup d'œil.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Comme expliqué ci-dessus, les résultats sont regroupés en 10 catégories qui sont représentées sur un schéma très simple et facile d'accès, en forme de fleur, pour démontrer le lien entre chaque catégorie. Il est visible et clair au premier coup d'œil et dépourvu de chiffres compliqués qui peuvent parfois rendre difficiles d'accès les schémas visuels.</p> <p>Les catégories sont associées et liées entre elles sur le schéma pour démontrer l'holisme des résultats, puis sont détaillées l'une après l'autre de manière claire avant d'être regroupées dans une synthèse.</p> <p>Les résultats sont résumés et découpés par catégorie dans le texte de façon précise.</p> <p>Les deux thèmes principaux étaient la relation et la traduction des connaissances. Les sous-thèmes de la relation comprenaient :</p>

	<p>(a) Vivre avec le problème, (b) Développer le confort, (c) Favoriser la réciprocité, (d) Développer la confiance, et (e) Gérer les soins à domicile.</p> <p>Les sous-thèmes de la traduction des connaissances comprenaient :</p> <p>(a) Le renforcement des connaissances expérientielles, (b) La facilitation d'une relation de travail, (c) La facilitation de l'échange des connaissances, (d) La mise au point des connaissances et (e) Le regroupement.</p> <p>Les données ont été évaluées par les participants.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats ont été interprétés en fonction de la théorie de l'AC et des théories antérieures pour répondre aux questions posées en début d'article.</p> <p>La théorie de l'interaction sociale d'AC créée à partir de cette étude fournit un aperçu de la mise en œuvre sociale de l'AC, révélant en particulier la nature relationnelle et subjective de l'AC entre les prestataires de soins, les proche-aidants et les bénéficiaires de soins à domicile. Ils se soucient particulièrement de l'incontinence urinaire. Les conclusions de l'étude invitent à considérer la signification de la relation dans la construction de la théorie de l'AC.</p> <p>Les résultats de cette étude montrent que l'AC sociale des soignants, des proche-aidants et des bénéficiaires de soins à domicile a façonné la structure sociale de l'AC à domicile, ce qui a contribué à l'adoption sociale de l'AC par les participants. Cette illumination suggère la pertinence potentielle de la théorie de la structuration (Giddens, 1991), qui postule que les structures sociales - par exemple, les environnements de soins - créent des interactions sociales qui, à leur tour, façonnent également dynamiquement la structure sociale dont elles sont une partie, un processus connu sous le nom de structuration (Giddens, 1991).</p> <p>Ce lien théorique potentiel suggère le mérite d'approfondir l'investigation approfondie du contexte et sa pertinence pour affiner davantage l'interaction sociale d'AC. Rycroft-Malone et al. (2004) ont identifié le contexte comme une considération essentielle dans l'AC, soutenant davantage les idées de cette étude concernant la pertinence de la prise en compte et la manipulation du contexte dans la construction de la théorie et de la pratique de l'interaction sociale.</p>

	<p>La conclusion reprend non seulement les résultats d'anciennes études mais aussi reprend les différentes catégories en expliquant ce qui a été mis en lumière et l'utilité des catégories dans la pratique.</p> <p>Les limites sont définies au début de la conclusion. La nature interprétative et spécifique du contexte de cette étude limite la généralisation des résultats de l'étude au-delà du contexte des soins à domicile. De plus, les limites de l'étude peuvent provenir de la capacité du chercheur à représenter les thèmes ressortant des données des entrevues des participants, ainsi que de la capacité des participants à décrire comment l'AC à la maison était construite socialement.</p> <p>Les conclusions reprennent logiquement les résultats qui ont été avancées et donnent un lien pour la pratique des soignants.</p> <p>Le caractère transférable de l'étude est défini en tant que limite de l'étude car elle est difficilement transférable au-delà du contexte de soins à domicile.</p>
<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>L'application pratique de ce travail peut constituer un élément important de la promotion de la santé en tant que ressource pour la vie quotidienne avec l'incontinence urinaire et minimiser les coûts associés à des effets indésirables liés à celle-ci. Ainsi, dans l'ensemble, cette théorie de l'AC chez les proches-aidants, les personnes âgées et les fournisseurs de soins à domicile offre une compréhension stimulante qui peut être utile pour faire progresser l'art de l'application des connaissances et, en fin de compte, la qualité des soins de communauté pour les personnes âgées.</p> <p>Il est précisé qu'une bonne connaissance et une bonne application de la théorie d'AC favorise le processus de décision et les stratégies d'adaptation de la personne soignée et des familles, ainsi qu'une meilleure prise en charge de la part des soignants. La collaboration avec les proches-aidants permet d'avoir une prise en charge qui est complète et empreinte de confiance. Ainsi, le patient se sentira écouté et pourra s'appuyer sur les connaissances des proches-aidants et des soignants.</p> <p>L'auteur fait des recommandations pour des recherches futures, telles que : Comme on sait peu de choses de ces approches liées à l'AC chez les aidants familiaux et les bénéficiaires de soins à domicile, la recherche exploratoire</p>

	<p>pourrait aussi faire progresser la compréhension de la théorie et de la pratique de la promotion de la santé relationnelle.</p> <p>Les données sont basées sur 10 critères qui viennent parfaitement appuyer les conclusions. Ainsi, le lecteur possède 10 pistes de réflexion à sa disposition à la fin de sa lecture pour prendre en charge l'incontinence urinaire à domicile avec le patient et ses proches-aidants.</p> <p>PS : Il faut prendre note que l'article n'est pas centré sur les interventions et habiletés relationnelles soignantes dans sa recherche. Il cherche principalement à démontrer comment les soignants peuvent interagir avec le patient et les proches-aidants. Néanmoins, un parallèle peut être fait avec la question de recherche de notre travail de Bachelor car les résultats démontrent clairement que lorsque le processus d'AC fonctionne, les bénéficiaires de soins en ressentent une meilleure adaptation à l'incontinence urinaire car ils ont plus stratégies et sont mieux compris et pris en charge par leur entourage et les soignants.</p>
--	--

Article 6: Reframing continence care in care-dependence (2017)

Auteur: Joan Ostaszkiwicz

Fonction: Nurse at Deakin University, School of Nursing and Midwifery, Centre for Quality and Patient Safety Research, Geelong, Australia

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre, "Reframing continence care in care-dependence", signifie en français "Recadrer les soins de continence dans la dépendance aux soins ».</p> <p>En soit, dans le titre, il n'y a pas beaucoup de concepts-clés qui ressortent, hormis le concept de l'incontinence. C'est plutôt dans le résumé que le lecteur comprend mieux de quoi l'article parle.</p>
Résumé	<p>Le présent article est sous forme de guideline pour prendre en charge l'incontinence d'un point de vue psychosocial. Il regroupe plusieurs articles sous forme de revue systématique. Il ne comprend donc pas de sous-chapitres problème, méthode, résultats et discussion mais uniquement la présentation des résultats et l'application dans la pratique.</p> <p>En voici le résumé :</p> <p>Les directives internationales encouragent la recherche active et le traitement de l'incontinence ; cependant, ces lignes directrices ne tiennent pas pleinement compte des aspects psychosociaux associés à la fourniture de soins d'incontinence, c'est-à-dire la dynamique de la prestation de soins. L'auteur a élaboré un nouveau cadre qui vise à soutenir les infirmières et les soignants dans leurs efforts pour identifier et répondre aux besoins de continence des personnes ayant des problèmes de santé complexes qui dépendent d'une autre personne pour les aider à gérer l'incontinence ou maintenir la continence. Le cadre repose sur deux concepts fondamentaux : « dignité » et « prendre soin », et se caractérise par un accent mis sur : la continence empathique ; personnalité dans la démence ; communication thérapeutique ; partenariat authentique dans les soins continence ; reconnaître la stigmatisation, les tabous sociaux et la stigmatisation de la courtoisie ; et la nécessité d'une évaluation fondamentale de la continence.</p> <p>Cet article décrit le « Cadre de Dignité dans les soins de Continence » et suggère des stratégies pour son utilisation</p>

	dans la future éducation des infirmières et des soignants sur les soins de l'incontinence.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le contexte actuel de l'incontinence est clairement décrit (cf. question suivante) et il démontre le besoin pour l'auteur de donner des pistes pour la prise en charge « digne » de l'incontinence urinaire, en apportant des interventions dites « psychosociales », c'est-à-dire des habiletés relationnelles à adopter de la part du soignant envers le patient. Il s'agit ici de présenter un cadre à suivre pour prendre en soin l'incontinence en respectant la dignité de la personne.</p> <p>Actuellement, les infirmières et soignants sont les premiers à agir auprès des personnes incontinentes, dans tous les groupes de patients et dans tous les milieux de soins de santé et sociaux. Le terme « soins de la continence » fait référence à la gamme d'activités habituellement exécutées par les infirmières et les soignants pour aider les personnes dépendantes à uriner, à maintenir la continence ou à gérer l'incontinence. Malgré le rôle critique qu'ils jouent dans la continence, l'auteur affirme que les textes infirmiers accordent peu d'attention à l'incontinence et à sa prise en charge et les directives existantes sont largement écrites par les médecins et ne tiennent pas pleinement compte des aspects psychosociaux de la dynamique des soins.</p> <p>Le fait qu'il y ait des lacunes dans la littérature infirmière a poussé l'auteur à analyser différents articles et études pour en retirer un guideline et un cadre à suivre pour combler ces lacunes.</p>
Recension des écrits	<p>L'auteur présente plusieurs recherches antérieures en tant que recension des écrits.</p> <p>Il décrit une première recherche qui avait démontré que les personnes âgées dépendantes dans les homes avaient souvent de la peine à gérer seules leur incontinence et qu'elles éprouvaient le besoin d'avoir de l'aide de la part des professionnels. Il était alors recommandé aux professionnels de trouver des méthodes dites « alternatives » pour soutenir ces personnes.</p> <p>Selon une seconde étude, il a été prouvé que les professionnels ne disposaient pas d'expertise et d'informations suffisantes pour prendre en charge l'incontinence et qu'ils nécessitaient plus de conseils pour prodiguer des soins concernant les aspects psychologiques et sociologiques de l'incontinence et de la dépendance aux</p>

soins. Cette information devrait promouvoir des soins de continence centrés sur la personne et individualisés qui assurent que les personnes dépendantes des soins se sentent en sécurité, respectées et dignes.

Plus précisément, il est nécessaire de mettre l'accent sur « l'atteinte des objectifs de soins » et « les objectifs de guérison ».

Une recherche qualitative menée par l'auteur et d'autres auteurs indique que les infirmières et les soignants attachent des significations très spécifiques à l'incontinence, qu'ils assimilent à la vieillesse, à la dépendance et à un état de malpropreté et d'indignité. Ils agissent sur la base de ce sens et investissent donc beaucoup de temps pour les soins qui se concentrent sur le nettoyage, le confinement et la dissimulation de l'incontinence. L'auteur affirme que l'objectif de protéger la dignité de la personne dépendante des soins est au cœur de leurs préoccupations.

Le dilemme clé est que les croyances des infirmières et des soignants au sujet des pratiques de soins de l'incontinence qui rendent une personne dépendante des soins plus confortable ne sont pas nécessairement alignés avec ceux de la personne dépendante de soins. Ce manque d'accord est une source d'angoisse considérable pour les deux parties. Au moins trois autres études attirent l'attention sur des points de vue divergents.

D'autres auteurs décrivent une étude qualitative dans laquelle ils ont cherché à comprendre les points de vue des femmes âgées fragiles dans les soins résidentiels liés à la qualité de vie, les valeurs et les préférences pour les soins. Cela a révélé qu'elles étaient résistantes à l'évaluation ou aux interventions, en invoquant des risques d'inconfort et d'inefficacité. En revanche, ils appréciaient le confort, l'endiguement, le sommeil réparateur et le fait de se débrouiller. Les résultats ont conduit l'équipe à abandonner ses plans pour établir l'intervention.

D'autres études ont amené au fait que les infirmières sont souvent préoccupées par la dignité et le bien-être des patients, et sont, de ce fait, mal à l'aise avec le fait de promouvoir des interventions invasives mais plutôt favoriser des interventions comportementales.

Pour finir, les préoccupations principales retrouvées dans les anciennes études pour les infirmières étaient encore une fois la dignité mais aussi l'estime de soi et l'absence d'infection.

	<p>Dans la recension, ce sont des études qui sont des articles scientifiques qui proviennent de l'EBN. Il existe des sources primaires dans l'article, comme par exemple la théorie du caring de Watson, celle de Rogers, les dires de Platon, etc. mais elles sont utilisées pour la guideline et non dans la recension.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts-clés dans l'étude sont principalement le « prendre soin » et la dignité, ainsi que l'incontinence évidemment. Ils sont mis en évidence dans les différentes études antérieures ainsi qu'expliqués et définis clairement dans l'article. On prend le soin et la dignité en tant que concepts pour le suivi de l'étude, ce qui donne un fil rouge pour les résultats.</p> <p>Les concepts-clés sont décrits de manière à correspondre à un cadre de référence. Pour ce qui est de l'incontinence, l'auteur a recherché des informations précises autant dans la pathologie que dans les effets. Pour la dignité et le « prendre soin », ils se basent sur la référence de Watson, ce qui donnent à ces concepts un cadre de référence du Caring, dans l'ensemble.</p> <p>L'étude se base sur ces deux cadres de référence, qu'elle va ensuite assembler une fois les informations complètes recueillies. Le Caring est une base théorique qui correspond tout à fait aux attentes de l'étude puisque l'auteur cherche les habiletés relationnelles à avoir avec une incontinence urinaire dans le but de favoriser sa dignité, son estime de soi, etc., ce à quoi le Caring sous-tend répondre.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement énoncé avant de lire les résultats et la guideline. Il fait office d'un petit paragraphe d'une phrase mis en évidence avant la lecture des interventions. Il y est écrit :</p> <p>« Le but de cet article est de décrire la dignité dans le Cadre de Soins de la Continence et de proposer des stratégies pour l'éducation future des infirmières et des soignants sur les soins de continence basés sur le cadre. » (traduction de l'anglais)</p> <p>On ne décrit pas clairement une question de recherche mais l'auteur émet le constat, après la recension des écrits, que la recherche manque d'études sur la prise en charge relationnelle de l'incontinence urinaire et répondre à ce manque sera le but de l'étude. L'hypothèse découle donc naturellement de la recension des écrits et forme une attente pour la finalité de l'article. Il s'agira d'axer les interventions sur le bien-être du patient. L'auteur ne définit pas clairement de variables-clés mais il ressort que la</p>

	<p>population est une population incontinente, dépendante des soins et âgée.</p> <p>Les variables seraient ici, selon le type d'article sous forme de guideline, les différentes interventions relationnelles que présente l'auteur. Elles font référence aux concepts du cadre de recherche car elles en servent le but principal.</p> <p>Les questions, ou plutôt les réponses données dans ces articles s'appuient sur des bases telles que les théories infirmières, théories sociales, la psychologie et la sociologie, mais aussi sur le cadre conceptuel qui a été nommé avant car elles s'inscrivent dans sa philosophie.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée dans cette étude est une population incontinente et âgée présentant une dépendance dans les soins de continence. Etant donné que l'article est un guideline, il n'y a pas plus d'informations, car plusieurs études ou écrits ont été utilisés. Il n'y a donc pas d'échantillon particulier ni de méthode de recrutement des participants puisqu'elle dépend de chaque étude sous-jacente.</p>
Considérations éthiques	N'a pas été étudié.
Devis de recherche	<p>L'auteur a utilisé différentes littératures concernant l'incontinence, dans tous les domaines. Ensuite, il a complété ces connaissances à l'aide de plusieurs modèles théoriques infirmiers, sociologiques ou encore psychologiques pour trouver des solutions d'interventions. Grâce au nombre élevé d'articles scientifiques et d'écrits consultés, l'étude a pu mettre en lumière beaucoup d'interventions. On peut donc conclure que le devis de recherche a permis d'atteindre le but de l'étude.</p> <p>Les recherches se sont faites sur une quantité suffisamment vaste de sujets que cela a permis de répondre correctement au but de l'étude.</p> <p>Concernant les critères scientifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Véracité : étant donné que l'auteur s'appuie sur quelques sources primaires et des articles scientifiques trouvés sur les bases de données scientifiques, on peut en déduire que les résultats ressortis doivent

	<p>être suffisamment probants pour être pris au sérieux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicabilité : l'applicabilité des conseils donnés dans cet article est une question difficile car les habiletés relationnelles dépendent de chaque infirmière et comment elle s'y prend pour les appliquer mais elles sont néanmoins expliquées de manière à en comprendre l'applicabilité. A la fin du document, les intérêts pour la pratique sont explicités dans un paragraphe dédié à cela, en expliquant comment les infirmières pouvaient se servir des résultats pour leur pratique future. • Consistance : difficile à évaluer ici • Neutralité : aucune opinion particulière ni aucun jugement n'est posé dans cet étude, le critère de neutralité n'en peut être donc que validé. <p>Etant donné qu'aucune littérature ne reprenait clairement les habiletés relationnelles du soignant à adopter lors d'une incontinence, la méthode de recherche sur les bases de l'incontinence et le lien avec les différentes théories et philosophies semble la plus adaptée afin de trouver des réponses à ces lacunes.</p>
Modes de collectes de données	Pas explicité.
Conduite de la recherche	Pas explicité.
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse ne sont pas clairement décrites dans cette étude, bien qu'un tableau récapitulatif nous montre quelles ont été les études/écrits consultés afin de converger vers les interventions proposées.</p> <p>Lors des explications de chaque intervention proposée, l'auteur précise si le fait en questions est une hypothèse ou s'il y a des biais possibles, ou encore des lacunes dans certaines connaissances.</p> <p>Au terme du chapitre des résultats, un résumé est présenté sous forme de points-clés à respecter pour la prise en charge de l'incontinence. Ils sont répertoriés ci-dessous après l'explication des résultats.</p> <p>Une signification est toujours donnée au résultat trouvé et aux interventions proposées, en expliquant clairement</p>

	comment les infirmières devraient se comporter en adéquation avec ce qui est proposé.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Avant de présenter les résultats, l'auteur a créé un schéma permettant de comprendre quelles avaient été les bases de sa recherche et comment il les avait articulées entre elles. Il y a ajouté les résultats de l'étude pour que le lecteur puisse comprendre facilement et de manière concise d'où ils découlaient. Les bases de recherche et les résultats ont été regroupés en 2 parties dans le schéma, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les connaissances biomédicales sur l'incontinence <ul style="list-style-type: none"> ○ Anatomie-physiologie ○ Facteurs de risque ○ Evaluation et diagnostic ○ Objectifs de soins ○ Prévention ○ Traitement • Concepts théoriques provenant de la science infirmière, sociologie et psychologie <ul style="list-style-type: none"> ○ Les différents résultats du « Cadre de Dignité dans les Soins de Continence » sont présentés <p>Lors de la présentation des résultats, les thèmes sont présentés de manière à ce que lorsqu'un thème est influencé par un autre, il soit présenté après le thème influenceur afin que le lecteur puisse avoir les bases pour s'y référer lors de la lecture du prochain thème. Les thèmes sont compréhensibles et la lecture se fait de manière fluide et logique.</p> <p>Adopter une approche empathique :</p> <p>Les résultats démontrent premièrement que l'empathie est une notion importante dans les soins de continence car elle permet d'avoir une attitude positive envers les personnes, de voir les choses sous leur angle et donc de favoriser les stratégies d'adaptation du patient. Les infirmières ont un rôle important à jouer pour aider les gens à s'adapter aux changements dans leurs fonctions corporelles qui affectent leur identité, leur autonomie, leur contrôle et leur indépendance. L'empathie est nécessaire pour accomplir ce rôle.</p> <p>En raison des émotions intenses entourant l'incontinence et la dépendance aux soins, l'auteur émet l'hypothèse qu'un manque d'empathie pourrait résulter en une capacité limitée</p>

à répondre de manière efficace et sensible à l'incontinence d'une personne dépendante des soins et même contribuer à une lutte pour le pouvoir. la détresse associée et les comportements combatifs. Ainsi, le Dignity in Continence Care Framework préconise l'éducation des professionnels de santé pour développer une compréhension empathique des réponses humaines à l'incontinence et à la dépendance aux soins, et pour reconnaître l'effet de ces réponses sur le comportement. Idéalement, il faudrait adopter des stratégies d'enseignement créatives qui ciblent non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes, les croyances et les émotions.

Respecter la personnalité démente :

S'appuyant sur le concept de personnalité dans la démence, la dignité dans Continence Care Framework préconise des soins continence qui sont basés sur un profond respect pour la personne avec un diagnostic de démence, et d'interpréter les comportements d'une personne atteinte de déficience cognitive comme une tentative de protéger leur intégrité psychologique. Bien qu'il n'y ait aucune recherche connue sur les expériences subjectives d'avoir une déficience cognitive et incontinente ou dépendante d'une autre personne pour l'aide avec la fonction de la vessie, il est très probable que les comportements angoissés sont des tentatives valides de communiquer un besoin non satisfait, maintenir l'autonomie et la vie privée. Les infirmières qualifiées et les soignants préconisent de « connaître » la personne atteinte de démence et de comprendre ses valeurs, croyances, comportements et préférences idiosyncratiques.

Ils décrivent également être vigilant et anticiper les besoins de soins continence de la personne atteinte de déficience cognitive. Ils utilisent également des compétences de communication très développées dans leurs efforts pour s'assurer que la personne atteinte de démence se sente en sécurité pendant les soins intimes. Le cadre Dignité en soins continus favorise l'éducation qui équipe les infirmières et les soignants qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour dispenser des soins de continuité d'une manière qui reconnaît la personnalité dans la démence.

Communiquer sur le plan thérapeutique :

The Dignity in Continence Care Framework propose une communication thérapeutique visant à renforcer la résilience de la personne dépendante des soins et à améliorer son bien-être physiologique et psychologique. Aborder les

besoins de soins continence d'une autre personne d'une manière holistique exige non seulement des connaissances scientifiques, telles que la connaissance de l'étiologie de l'incontinence ; il faut aussi l'application de compétences de communication interpersonnelles et thérapeutiques hautement développées pour gérer les rencontres interpersonnelles qui protègent l'intégrité de la personne. L'incontinence est une condition fortement stigmatisée qui suscite des émotions profondes. Les personnes souffrant d'incontinence adoptent généralement plusieurs stratégies pour dissimuler leur incontinence afin de gérer la stigmatisation associée à l'incontinence et d'éviter de compromettre leur compétence aux yeux d'autrui.

Les réponses incluent : le déni, la résistance aux soins, le désengagement, le faible affect, et les tentatives de cacher l'incontinence et de s'autogérer. Garcia et al. ont émis l'hypothèse que les individus stigmatisés se défendaient contre un éventuel rejet, en se retirant de la situation, en étant plus vigilants et, si possible, en cachant la stigmatisation. Les lignes directrices existantes et les textes infirmiers ne soutiennent pas les infirmières et les soignants dans leurs efforts pour aider les personnes dépendantes à s'adapter aux changements dans leur fonction corporelle qui affectent leur identité, leur autonomie, leur contrôle et leur indépendance. Des efforts bien intentionnés pour protéger une personne dépendante des soins en normalisant l'incontinence peuvent donner involontairement l'impression que leur incontinence est insignifiante. De même, tenter de confronter la déficience cognitive à la réalité de leur incontinence peut causer une détresse inutile et être contre-productive. Communiquer thérapeutiquement sur l'incontinence avec toute personne, y compris les personnes atteintes de démence, implique la démonstration de chaleur, de compassion et d'humanité. L'humour peut également jouer un rôle dans la rencontre interpersonnelle. S'il est utilisé de manière appropriée, « l'humour peut aider à préserver la dignité, même dans des circonstances indignes et peut reconnaître la personne et sa famille en tant qu'individus ».

Promouvoir des soins de continence centrés sur un partenariat authentique :

Le Cadre de soins de la dignité dans la continence préconise également une approche centrée sur les partenariats pour la prise en charge de la continence chez les personnes dépendantes des soins. Les soins axés sur le partenariat reconnaissent les interdépendances et les réciprocity inhérentes à la prestation de soins et de soins, et exigent une relation de respect mutuel, de confiance et de

	<p>collaboration entre la personne dépendante, sa famille et le personnel soignant. Les soignants indiquent un niveau élevé de soutien à la participation de la famille dans les soins de la continence d'une personne dépendante de soins, ils peuvent différer dans leur compréhension de la meilleure façon d'opérationnaliser cette participation. Ils doivent soutenir leurs efforts pour promouvoir une approche de partenariat authentique en matière de soins de continence, et faire participer les membres de la famille à des initiatives qui correspondent à leurs attentes.</p> <p>Cette formation devrait inclure des exercices de réflexion qui encouragent les infirmières et les soignants à examiner leurs propres croyances et hypothèses personnelles concernant la participation des membres de la famille.</p> <p>Reconnaître la stigmatisation et les tabous sociaux :</p> <p>Le Cadre de la dignité dans la prise en charge de la continence promeut une compréhension empathique de l'expérience personnelle d'être incontinent et / ou dépendante des soins, elle reconnaît également la nécessité d'une compréhension empathique de l'expérience humaine de prendre soin d'une personne souffrant d'incontinence. C'est parce que l'incontinence provoque non seulement des émotions profondes chez la personne avec le symptôme ; il est également susceptible d'affecter le comportement et les réactions des autres, y compris le comportement et les réponses des infirmières et des soignants.</p> <p>Par exemple, Garcia et al. ont théorisé que les individus non stigmatisés font un travail émotionnel considérable, de sorte qu'ils ne sont pas considérés par d'autres personnes comme ayant un préjugé envers la personne atteinte de la condition stigmatisée (c'est-à-dire l'incontinence).</p> <p>Les chercheurs ont soutenu que la suppression émotionnelle de sentiments tels que le dégoût ne peut être maintenue de façon continue. Par conséquent, des deux côtés, le cycle de la stigmatisation crée un manque de sécurité et de confiance. Fournir des soins pratiques intimes qui comprennent le toucher, le fait de voir et de sentir des produits corporels désagréables peut toutefois être extrêmement difficile pour les soignants et les bénéficiaires de soins.</p> <p>En même temps, certaines infirmières et soignants refusent d'avoir des émotions négatives, comme le dégoût. D'un point de vue socio-psychologique, l'incontinence est une condition de stigmatisation et de marginalisation qui évoque des réponses tacites de distanciation et d'évitement, construites socialement. Selon une recherche</p>
--	---

	<p>ethnographique fondamentale, dans la plupart des cultures, le contact avec des substances souillées et souillées suscite de forts sentiments de dégoût.</p> <p>Un auteur affirme que l'émotion du dégoût est enracinée dans la peur de la contamination et suscite généralement des réponses de distanciation. Cependant, les infirmières et les soignants ne souhaitent pas prendre ses distances avec l'incontinence, de différer le soin ou de le déléguer à quelqu'un d'autre. Ils n'ont d'autre choix que de lutter contre l'incontinence et de dissimuler les émotions négatives qu'elle peut provoquer. La plupart des écrits manquent d'informations sur les stratégies comportementales et cognitives que les infirmières et les soignants devraient adopter pour jouer leur rôle.</p> <p>The Dignity in Continence Care Framework appelle à une meilleure prise de conscience sociale sur les effets néfastes potentiels des croyances sociales négatives sur la prestation de soins et l'incontinence qui dévalorisent les personnes souffrant d'incontinence et leurs soignants.</p> <p>Conduite de l'évaluation fondamentale de la continence :</p> <p>Les infirmières et les soignants ont sans doute besoin d'une éducation et être informés des compréhensions biomédicales sur l'incontinence, y compris l'éducation sur l'anatomie et la physiologie de l'incontinence, l'évaluation et le diagnostic, les facteurs de risque, l'établissement d'objectifs, la prévention et le traitement; le but d'une évaluation fondamentale de la continence est d'aider les personnes impliquées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes des soins à identifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les niveaux de soutien requis par la personne dépendante des soins pour une continence optimale ou pour gérer l'incontinence, c'est-à-dire conformes à leurs préférences, à leurs objectifs de soins et à leurs croyances en matière de dignité • Les signes et symptômes de la vessie et de l'intestin qui méritent plus d'attention • Les facteurs socio-culturels et environnementaux qui contribuent à l'incontinence • Les soins de continence ciblés et individualisés <p>Ainsi, le modèle favorise une évaluation globale de la continence qui met l'accent sur les objectifs de guérison et les objectifs de soins. Des programmes d'éducation sur l'incontinence sont nécessaires pour doter les infirmières des connaissances et des compétences nécessaires pour mener une évaluation fondamentale de la continence. Afin</p>
--	--

d'identifier et d'agir sur les signes et les symptômes de la vessie qui méritent une attention particulière, cette formation devrait traiter les fonctions normales et anormales de la vessie.

On peut dire que cette éducation devrait aussi aborder les méthodes permettant de recueillir de façon non intrusive des informations sur la fréquence et la sévérité des symptômes de la vessie d'une personne dépendante des soins. Conformément à cette éducation, il est nécessaire d'aider les infirmières et les soignants à développer des stratégies individualisées pour optimiser le repos et le sommeil de la personne dépendante des soins dans le contexte de son besoin concomitant de continence et de soins de la peau. En outre, compte tenu de l'influence des facteurs socioculturels et environnementaux sur l'incontinence, l'éducation devrait également inclure des informations sur les moyens de créer un environnement social et physique qui optimise l'autonomie et la continence de la personne.

Les résultats d'apprentissage prévus d'un programme d'éducation basé sur le cadre de la dignité dans la gestion de la continence sont les suivants :

1. Développer une compréhension empathique de l'éventail des réponses émotionnelles humaines à l'incontinence et à la dépendance aux soins, et reconnaître l'effet de ces réponses sur les comportements
2. Discuter des pratiques qui rendent une personne dépendante des soins digne de ses besoins en matière de soins d'incontinence
3. Décrire une approche centrée sur la personne de la continence pour les personnes dépendantes des soins cognitifs
4. Démontrer des stratégies de communication thérapeutique qui renforcent la résilience d'une personne dépendante des soins et qui favorise son bien-être physiologique et psychologique
5. Décrire des stratégies qui favorisent une approche centrée sur le partenariat pour les soins de continence, qui renforcent la relation entre une personne dépendante des soins et sa famille.
6. Effectuer une évaluation de la continence fondamentale
7. Décrire les pratiques qui représentent des soins de continence ciblés et individualisés axés sur le partenariat

Les données n'ont pas été évaluées dans la mesure où le type d'étude ici est un guideline. Néanmoins, les mentor de l'auteur ont supervisés le travail et ont validé les résultats.

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Chacun des résultats est présenté dans le but de répondre aux deux concepts de « dignité » et de « prendre soin ». Un lien avec ces deux concepts est toujours plus ou moins développé dans chacun des thèmes de manière directe ou plus indirecte.</p> <p>Les résultats concordent avec ceux des études antérieures présentées dans l'introduction car ils relèvent également un souci des infirmières à préserver la dignité et l'estime de soi des patients incontinents, mais ils relèvent également le problème qu'elles ont parfois à prendre en charge ce type de patients. Le reste des résultats répond plutôt aux divers manques des autres études antérieures, comme par exemple le fait de ne pas avoir suffisamment de connaissances ou d'interventions pour prendre en charge les personnes incontinentes.</p> <p>La conclusion reprend les besoins actuels de la discipline dans les soins de continence et présente la pertinence des interventions présentées dans cet article dans le contexte actuel. Elle reprend de manière conforme les résultats d'analyse et conclut de manière naturelle l'article.</p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas définies en conclusion mais plutôt lors de la présentation des résultats. Par exemple, lorsque les études comportent des manques ou ne s'expriment pas concernant un point du sujet, cela est explicité pour éviter les biais de compréhension.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette nouvelle approche conceptuelle des soins de continence pour les personnes dépendantes des soins est importante et opportune car elle coïncide avec le défi d'élaborer des politiques et stratégies nationales et internationales pour répondre aux besoins et aux attentes de plus en plus complexes des personnes âgées qui auront besoin de soins infirmiers qualifiés.</p> <p>Lors de la recension des écrits, l'auteur indique que la littérature devrait être enrichi au niveau de ce sujet car peu d'études ont été réalisées sur le sujet des habiletés relationnelles des infirmières en soins de continence.</p> <p>Le cadre propose un échantillon d'interventions qui sont suffisamment étayées pour que le lecteur puisse développer une posture particulière et adaptée face à l'incontinence urinaire.</p>

Article 7: The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services (2008)

Auteurs: Francine M. Cheater, Richard Baker, Clare Gillies, Allan Wailoo,

Nicola Spiers, Stuart Reddish, Noelle Robertson, Catherine Cawood

Fonctions: Nurse at School of Healthcare, Baines Wing, University of Leeds, Nurse at Department of Health Sciences, University of Leicester, etc.

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>L'article s'intitule en anglais "The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services : A cross-sectional cohort study", traduit en français : La nature et l'impact de l'incontinence urinaire chez les patients recevant des services de soins infirmiers communautaires : une étude de cohorte transversale.</p> <p>Les concepts-clés de cette étude sont l'incontinence urinaire, les soins infirmiers communautaires et l'impact sur les patients. Ces concepts sont exprimés dans le titre qui définit parfaitement le type d'étude que le lecteur va entreprendre.</p>
Résumé	<p>Le résumé, traduit ci-dessous, synthétise la recherche et est clairement défini en sous-chapitres : contexte, objectif, méthode, résultats et conclusion.</p> <p>Contexte : Les infirmières ont joué un rôle essentiel dans la prestation des services de continence, mais on sait peu de choses sur la nature ou l'impact des symptômes urinaires vécus par les patients recevant de tels soins.</p> <p>Objectif : Définir la nature et l'impact des symptômes urinaires ressentis par les patients recevant des services de soins infirmiers communautaires.</p> <p>Méthode : Le Questionnaire sur les symptômes urinaires de Leicestershire a été administré à 1078 patients souffrant d'incontinence, identifiés parmi 176 cas d'infirmières communautaires dans 157 cabinets de médecine générale en Angleterre. L'information comprenait le type et la gravité des symptômes urinaires, l'impact sur la qualité de vie, l'aide à l'adaptation, l'utilisation de produits de continence et les ressources des services de santé.</p>

	<p>Résultats : Neuf cent nonante-neuf (92,7%) patients (âge médian 79 ans) ont retourné les questionnaires remplis. La plupart des patients avaient une incontinence datant d'entre 1 et 5 ans, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir des symptômes de longue date (45 ans) et plus de la moitié de l'échantillon a rapporté une fuite importante. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer des symptômes d'incontinence d'effort (71,7% et 46,8%, respectivement, $p < 0.001$) et d'insister sur l'incontinence urinaire (86,3% vs 74,8%, respectivement, $p < 0.01$). La moitié des hommes et la plupart des femmes ont également eu des fuites à cause de la difficulté à se rendre aux toilettes. Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer s'être levés trois fois ou plus par nuit pour uriner (53,6% contre 37,0%, respectivement, $p < 0.05$). La plupart des patients ont rapporté que leurs symptômes avaient un impact significatif sur de nombreux aspects de la qualité de vie, et 45,7% seraient très insatisfaits de continuer « comme ils sont maintenant ». L'aide professionnelle est apparue principalement comme un moyen d'endiguement.</p> <p>Conclusion : Beaucoup de personnes souffrant d'incontinence et recevant des services de soins infirmiers communautaires éprouvent au moins deux symptômes urinaires qui, dans la majorité des cas, ont un impact significatif sur la qualité de vie. Beaucoup de patients plus âgés n'étaient pas satisfaits de supporter leurs symptômes urinaires. Les services actuels semblent manquer à ceux qui en ont le plus besoin.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème présenté dans l'introduction est le suivant : dans les soins chroniques de continence en Angleterre, il existe des infirmières et médecins de communauté, c'est-à-dire les infirmières ou médecins généralistes qui vont auprès de la population comme dans un contexte de soins à domicile, les infirmières spécialisées en incontinence urinaire et les médecins spécialisés également. Les patients peuvent choisir d'aller consulter dans un cabinet médical spécialisé ou une clinique infirmière spécialisée ou alors d'être soignés par les infirmières et médecins de communauté.</p> <p>De plus, lorsque les professionnels spécialisés ne sont pas présents, ils délèguent leurs patients aux infirmières de communauté. Ces infirmières ont donc un grand rôle de pivot dans les prises en charge mais le problème actuel est qu'il y a très peu d'informations et d'études sur la nature et</p>

	<p>l'impact de ces soins de communauté sur l'incontinence urinaire. C'est donc ce qui sera étudié dans cet article.</p> <p>Les auteurs expliquent que le problème de l'incontinence urinaire est très important en Angleterre et qu'il augmente de plus en plus. Actuellement, ils estiment à environ 30% de personnes de 40 ans et plus ayant des problèmes urinaires. La problématique est donc au cœur des préoccupations.</p> <p>Le problème du manque d'informations probantes au sujet de la nature et l'impact des soins infirmiers communautaires est qu'on ne peut pas connaître quels sont les besoins de la population actuellement dans ce domaine. Une telle information est importante pour les décideurs dans l'évaluation de la capacité des services à répondre aux besoins de la population incontinente et de la conjoncture actuelle.</p>
Recension des écrits	<p>Un petit paragraphe en tout début d'article propose de lire « ce qui est déjà connu du sujet », c'est-à-dire résume où en est la question actuellement au niveau scientifique. Il comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'incontinence urinaire et les symptômes associés des voies urinaires basses représentent un problème majeur de santé publique. • Les infirmières ont joué un rôle central dans le développement et la prestation des services de continence, mais on en sait peu sur la nature et l'impact des symptômes urinaires vécus par les personnes qui reçoivent des services de soins infirmiers communautaires. <p>Ces phrases montrent que l'auteur a fait des recherches sur les études antérieures avant de se lancer dans son article. Les résultats sont présentés sous forme de petit résumé.</p> <p>La recension est assez courte. Néanmoins, elle résume l'état actuel des choses et on peut facilement comprendre qu'elle constitue une base pour la justification de l'étude. Or, comme elle n'est pas détaillée, il est difficile de savoir si cette base est composée d'informations suffisamment nombreuses et solides ou non.</p> <p>La recension est trop courte et résumée pour présenter ses sources mais elle fait l'état actuel du problème de l'incontinence donc utiliser des sources primaires n'est pas primordial dans ce paragraphe.</p>
Cadre de recherche	Les concepts clés sont définis de manière claire. D'une part, pour l'incontinence urinaire, elle est d'avantage décrite

	<p>dans la partie méthode mais est présente. D'autres parts, les autres concepts clés comme les soins infirmiers de communauté sont définis et présentés selon le contexte et le plan conceptuel, comme expliqué ci-dessus au début de la grille. Les descriptions sont tout à fait adéquates puisque présentées au moment opportun du fil rouge de l'article.</p> <p>Il n'est pas explicité clairement de cadre de référence ou de bases philosophiques ou théoriques dans l'introduction concernant les concepts-clés, bien qu'ils soient expliqués et décrits selon le but de l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude fait l'objet d'un petit paragraphe le résumant en une phrase avant de commencer à décrire la méthode. Ceci le rend très clair et concis puisqu'il est d'abord expliqué dans l'introduction, nous n'avons plus besoin de plus d'une phrase pour le comprendre.</p> <p>Voici le but de l'étude :</p> <p>Les résultats présentés dans ce document définissent la nature et l'impact des symptômes urinaires ressentis par les patients recevant des services de soins infirmiers communautaires.</p> <p>Etant donné le but de l'étude qui est de chercher la nature et l'impact du vécu du patient, il est clairement énoncé mais ne peut pas être plus développé car c'est le but même de l'étude. Pour ce qui est de la population, elle sera définie et développée dans la partie « participants » de la méthode.</p> <p>La question de recherche, comme expliqué ci-dessus, est clairement basée sur les lacunes actuelles de la science infirmière et cherche à combler cette lacune pour mieux adapter les soins aux besoins. On recherchera ici quelle est l'expérience et les perceptions des patients pour mieux répondre à leurs besoins de santé.</p> <p>Le but et les questions de cet article s'appuient principalement sur la méthode de recherche sous-jacente puisque, comme expliqué avant, elle constitue des failles à remplir. De plus, on s'appuie également sur un cadre conceptuel qui est de répondre aux besoins des bénéficiaires de soins en matière de soins de continence.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Treize prestataires communautaires desservant des populations allant de 145 000 à 650 000 personnes, couvrant un mélange de quartiers urbains, suburbains et ruraux dans les comtés anglais d'East Anglia, East Midlands et West Midlands ont participé à l'étude. Des lettres</p>

d'information et d'invitation à l'étude ont été envoyées à toutes les infirmières communautaires identifiées par les départements du personnel de chaque fournisseur. Les infirmières étaient responsables d'identifier tous les patients admissibles dans leur charge de travail et d'obtenir leur consentement ; On a approché de nouveaux patients avec une incontinence urinaire qui leur a été référée pendant une période de six semaines ainsi que des patients existants pour une revue de continence de six mois. Les patients éligibles devaient avoir plus de 16 ans, une incontinence urinaire et être compétent pour remplir un questionnaire postal ou fournir un consentement à un soignant pour le faire en son nom. Les patients ayant des sondes urétrales ou supra-pubiennes permanentes à demeure ont été exclus. Parmi les 13 fournisseurs communautaires, 270 (29,8%) infirmières initialement approchées ont accepté de participer. Les infirmières ont rempli un bref questionnaire postal pour obtenir des détails de base sur eux-mêmes et sur leur charge de travail. La taille médiane de la charge de travail était de 109 patients, dont une médiane de 42 (38,5%) patients ont été identifiés avec l'incontinence urinaire au moment de l'étude. Les infirmières ont déclaré une médiane de 2,5 nouveaux patients référés pour l'incontinence urinaire par mois.

76 infirmières ont échoué à recruter des patients et ont été retirés et 18 autres se sont retirés par la suite, laissant 176 infirmières attachées à 157 cabinets de médecins généralistes dans l'étude. À partir de leur nombre de cas, les infirmières ont recruté un total de 1 078 patients admissibles ayant une incontinence urinaire qui ont accepté de participer. Les données sur le nombre total de patients admissibles au nombre de cas traités ne sont pas disponibles puisque 71 infirmières ont omis de recueillir l'information. Sur les 105 infirmières (59,7%) qui ont fourni de telles informations, une médiane de 9 (1-26) patients a été approchée et une médiane de 6 patients (1-22) a consenti. Le statut d'incontinence urinaire de 1020 (94,6%) des 1 078 patients participants a été confirmé par un examen indépendant des dossiers infirmiers entrepris par trois collecteurs de données indépendants. Les dossiers manquaient pour 58 patients et leurs symptômes d'incontinence urinaire ont été vérifiés par des discussions avec les infirmières concernées et / ou la documentation du prestataire de contrôle relative à l'administration des produits de continence.

Les patients ont été évalués en utilisant le questionnaire des symptômes urinaires de Leicestershire (LUSQ), administré par les enquêteurs, développé dans le cadre de

	<p>l'étude sur l'incontinence du Leicestershire Medical Research Council (MRC). Le LUSQ a été modifié pour qu'il puisse être rempli par le patient de manière autonome dans un questionnaire postal. Notre échantillon cible était plus ancien et plus fragile que l'échantillon de la population où le questionnaire était utilisé à l'origine.</p> <p>Ainsi, pour réduire le fardeau des répondants, un certain nombre de questions qui n'étaient pas directement pertinentes ont été omises. Le questionnaire modifié comprenait 25 questions et le contenu couvert les symptômes urinaires dans le mois précédent, l'impact des symptômes sur les dimensions de la qualité de vie, l'aide à l'adaptation, l'utilisation de produits pour la continence et les ressources des services de santé (par exemple les visites à la clinique ou à l'hôpital) et l'information démographique.</p> <p>La plupart des questions étaient au format de réponse fixe, avec un espace pour des réponses en texte libre supplémentaires, le cas échéant. Les définitions adhéraient à la normalisation de la fonction des voies urinaires inférieures de l'International Continence Society (ICS) au moment de l'étude. L'incontinence urinaire était définie comme « une fuite d'urine quand vous ne voulez pas ». Le volume de la perte d'urine a été exprimé en termes de « presque sec », « humide », « mouillé » (humide ou sous-vêtement humide) et « imbibé » (protection saturée ou vêtement extérieur mouillé), qui s'est révélée être un meilleur prédicteur de la perte de volume chez les anglophones que d'autres échelles.</p> <p>Le LUSQ a démontré de bons niveaux de fiabilité et validité en tant que questionnaire administré par l'intervieweur. Le questionnaire modifié a été mis à l'essai auprès d'un échantillon de 70 patients fréquentant une clinique de continence communautaire dirigée par des infirmières et jugé acceptable et réalisable pour l'auto-évaluation et ayant une bonne validité. Dans l'étude principale, des questionnaires accompagnés d'une lettre de motivation et d'une enveloppe-réponse ont été envoyés au domicile des patients ou à la maison de retraite ou d'hébergement dans laquelle ils résidaient. Les non-répondeurs ont reçu des rappels trois semaines après l'envoi initial et deuxièmes rappels trois à quatre semaines plus tard.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée selon le nombre maximum de personnes qui ont souhaité répondre et participer à l'étude.</p>
--	--

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Le comité d'éthique de la recherche multicentrique (Cardiff, Pays de Galles) et les comités locaux d'éthique de la recherche pour chacun des sites d'étude ont approuvé l'étude. Les participants potentiels ont reçu des informations orales et écrites sur l'étude. Le consentement écrit du patient a été obtenu avant la participation à l'étude.</p> <p>De plus, comme expliqué ci-dessus, les questionnaires ont été adaptés aux patients pour ne pas les rendre trop difficiles à remplir et ils ont été directement envoyés pour réduire les déplacements des participants.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Les données rapportées ici font partie d'un essai contrôlé randomisé multicentrique évaluant deux approches différentes pour améliorer les soins continence fournis par les infirmières communautaires. Dans le cadre de l'étude, les patients ont rempli les questionnaires sur les symptômes de l'incontinence urinaire et ont effectué des suivis. Dans cet article, les résultats du questionnaire de référence sur la nature et l'impact de l'incontinence urinaire déclarés par les patients, qui recevaient tous des soins infirmiers communautaires pour leur maladie ont été présentés et étudiés.</p> <p>Le devis utilisé permet d'avoir des réponses à toutes les variables de recherche puisqu'il évalue les symptômes urinaires mais aussi la qualité de vie, l'adaptation, etc.</p> <p>Véracité : selon la littérature scientifique, le questionnaire utilisé a été validé comme fiable et valable.</p> <p>Applicabilité : les infirmières participantes ont également lu le questionnaire et l'ont déterminé applicable pour le délivrer aux patients participants.</p> <p>Consistance : le questionnaire a été délivré au final à 1078 patients, avec un total (réduit) de 25 questions sur différents chapitres.</p> <p>Neutralité : le questionnaire ne comporte pas d'idées ou d'avis sur le sujet, il ne pose que des questions ouvertes. Il ne peut donc être neutre dans sa forme.</p> <p>La méthode de recherche semble être appropriée à l'étude puisqu'il s'agit de recueillir l'avis, les symptômes et le ressenti des patients participants en tout anonymat et un questionnaire envoyé à domicile et sur lequel le patient répond seul est tout à fait adapté à l'étude.</p> <p>Les patients participants « notaient » les prestations des infirmières qui les suivaient régulièrement dans leur prise en charge habituelle. Il est donc difficile de donner une</p>

	<p>mesure de temps passé avec les participants puisqu'il dépend de chaque prise en soins.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont répertoriés dans une figure de l'article qui présente quelles ont été les questions posées pour mesurer l'incontinence urinaire. Or, les questions annexes concernant les soins reçus, la qualité de vie, l'adaptation, etc. ne sont pas explicitées.</p> <p>Le questionnaire permet de coter les résultats en chiffres afin d'obtenir des résultats précis qui puissent être analysés et consignés de manière simple et adéquate.</p> <p>Les instruments (questionnaires ici) utilisés pour les besoins de l'étude ont été développés dans le cadre de l'étude sur l'incontinence du Leicestershire Medical Research Council (MRC) et ont été modifiés afin de correspondre aux besoins de l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale consistant à envoyer les questionnaires à domicile est cohérente dans la mesure où les questionnaires ont été adaptés pour que les patients puissent y répondre seuls. L'outil a donc été adapté pour suivre la procédure organisée.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est décrit de manière détaillée dans le paragraphe « population et échantillon ».</p>
Analyse des données	<p>Toutes les données ont été saisies dans un SPSS (version 10) et STATA (version 9.2).</p> <p>Des statistiques descriptives de base (fréquences et pourcentages) ont été produites dans SPSS. Les différences entre les sexes ont été analysées en ajustant les modèles multiniveaux dans STATA, en utilisant des techniques de régression ou de régression logistique, le cas échéant. Des modèles multiniveaux ont été utilisés pour tenir compte des effets de regroupement, car les patients étaient regroupés par infirmière et, par conséquent, l'indépendance entre les patients ne pouvait être présumée.</p> <p>Le niveau de signification de 5% a été utilisé tout au long. La gravité de l'IU a été décrite en termes de fréquence et de volume de fuite, tel que recommandé par l'ICS en utilisant l'indice Sandvick.</p> <p>Au début du chapitre résultats sont représentées les réponses que les auteurs ont reçu aux questionnaires. Le texte est accompagné d'un tableau qui détaille ce qui est écrit dans le texte.</p>

	<p>Résumé :</p> <p>Sur les 1 078 questionnaires de base administrés, 886 (82,2%) formulaires remplis ont été retournés après le premier envoi et 113 autres sur les deuxième / troisième envois reflétant un total de 999 questionnaires remplis (92,7%). L'échantillon comprenait 768 femmes et 188 hommes avec un âge médian de 79,0 ans. Des informations sur le genre manquaient pour 43 autres répondants. Ainsi, les résultats sont présentés pour le total échantillon (n = 999) et pour les 768 femmes et 188 hommes pour lesquels le sexe était connu. La majorité des répondants ont évalué leur santé comme soit juste ou mauvais et 31,7% ont déclaré avoir besoin d'aide pour remplir le questionnaire. Douze (1,1%) patients vivaient dans des établissements de soins infirmiers et les autres vivaient chez eux.</p> <p>Pour ce qui est des résultats de l'étude, ils ont été séparés en 3 thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée et nature des symptômes urinaires • Impacts des symptômes urinaires sur les dimensions de qualité de vie • Recherche d'aide et sources de soutien pour faire face aux symptômes de l'incontinence urinaire <p>Ces thèmes sont parfaitement séparés et développés séparément et, de leur titre, font comprendre simplement à l'auteur la signification des données que l'on va lire.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Chacun des trois thèmes cités ci-dessus a été mis par écrit mais aussi représenté à l'aide d'un tableau qui répertoriait les chiffres des résultats. De ce fait, le lecteur peut s'appuyer sur ce tableau lors de la lecture des résultats.</p> <p>Le premier thème présenté est « la durée et la nature des symptômes urinaires ». Il présente d'abord comment les participants sont atteints par cette pathologie, ce qui permet de poser un cadre avant d'aller plus loin sur le deuxième thème qui est « impacts des symptômes urinaires sur les dimensions de la qualité de vie ». Le deuxième thème fait référence au premier et donne une indication de comment cette pathologie impacte sur la vie. Pour finir, après avoir expliqué cette problématique, on finit par savoir comment les personnes demandent de l'aide et ce qu'elles reçoivent en retour avec le thème « Recherche d'aide et sources de soutien pour faire face aux symptômes de l'incontinence urinaire ». On peut donc conclure que les thèmes sont démontrés dans un ordre logique pour une bonne compréhension du problème et de sa résolution.</p>

	Comme expliqué dans le chapitre méthode de cette grille, les données ont été évaluées à l'aide d'un SPSS et d'un STATA, qui sont des outils d'analyses de données fiables et scientifiques.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Durée et nature des symptômes :</p> <p>La distribution des réponses pour les symptômes urinaires vécus le mois précédent est montrée pour tout l'échantillon et par sexe dans le tableau 2. La plupart des répondants ont déclaré avoir une incontinence urinaire depuis entre un et cinq ans, les femmes étant beaucoup plus susceptibles que les hommes d'avoir des symptômes depuis plusieurs années ($p = 0.009$).</p> <p>En utilisant l'index de Sandvik, plus de la moitié des hommes et des femmes ont déclaré avoir une incontinence urinaire sévère le jour et la nuit. Plus de la moitié de l'échantillon a déclaré avoir eu des épisodes d'incontinence urinaire en permanence ou plusieurs fois par jour au cours du dernier mois et la fréquence des fuites était semblable entre les hommes (63,4%) et les femmes (64,1%). Une proportion similaire de l'échantillon a déclaré que le volume des fuites équivaut à « imbibé » et « humide » au cours du mois précédent, avec un nombre significativement moins élevé de femmes que d'hommes déclarant des fuites minimales (humidité : 25,8% contre 30,8%, presque sèche : 3,6% contre 5,8%, $p = 0.001$). Les femmes étaient significativement plus susceptibles que les hommes de signaler les symptômes de l'IU de stress (71,7% et 46,8%, respectivement ; $p = <0.001$) et les symptômes de l'incontinence d'urgence (86,3% contre 74,8%, respectivement, $p = 0.01$).</p> <p>Environ la moitié des hommes et des femmes ont déclaré avoir des fuites d'urine sans se rendre compte ou de le sentir se produire le mois précédent. La moitié des hommes et les deux tiers des femmes ont également souffert de l'incontinence urinaire en raison de la difficulté à se rendre aux toilettes ou à se rendre à leur domicile ; beaucoup plus de femmes éprouvent ce type de perte d'urine ($p = 0.014$).</p> <p>Environ 10% des hommes et des femmes ont déclaré avoir besoin d'aller aux toilettes pendant la demi-heure tandis que les hommes étaient significativement plus susceptibles que les femmes de se lever trois fois ou plus la nuit pour uriner au cours du mois précédent. (53,6% contre 37,0%, respectivement, $p = 0.016$)</p>

	<p>Impact des symptômes urinaires sur les dimensions de la qualité de vie :</p> <p>La distribution des réponses pour l'impact des symptômes urinaires sur les aspects de la qualité de vie pour l'ensemble de l'échantillon et par sexe sont présentés dans le tableau 3. Il n'y avait pas de différences entre les sexes sur les dimensions de la qualité de vie mesurées. Nonante pour cent de l'échantillon ont trouvé leurs symptômes gênants dans une certaine mesure, 43,8% des hommes et 46,9% des femmes ayant déclaré que leurs symptômes les dérangent beaucoup.</p> <p>Environ les trois quarts des répondants ont éprouvé un certain degré de gêne physique associée à l'incontinence urinaire, et environ un quart des hommes et des femmes ont déclaré beaucoup d'inconfort. Un tiers des hommes et des femmes interrogés ont constaté que leurs symptômes interféraient beaucoup avec leurs activités quotidiennes, tandis qu'un peu moins d'un quart des hommes et des femmes ont déclaré que leur capacité à participer à des activités sociales était affectée.</p> <p>18% des femmes et 22,4% des hommes ont également déclaré que leurs symptômes affectaient leurs relations avec beaucoup d'autres personnes, alors que les symptômes affectent beaucoup la qualité du sommeil pour plus d'un tiers des hommes et des femmes.</p> <p>Les symptômes urinaires ont également entraîné beaucoup de bouleversements ou de détresses personnelles pour un tiers des femmes et un peu moins d'un quart des hommes. Lorsqu'on leur a demandé comment ils se sentiraient s'ils passaient le reste de leur vie avec leurs symptômes urinaires, plus de la moitié des femmes interrogées et 41,4% des hommes interrogés ont déclaré qu'ils se sentiraient très insatisfaits.</p> <p>Recherche d'aide et sources de soutien pour faire face aux symptômes de l'incontinence urinaire :</p> <p>Au cours des six mois précédents, 42 hommes (22,3%) et 120 femmes (15,6%) se sont rendus dans un hôpital ou une clinique pour investiguer leurs symptômes urinaires, tandis que 11 (5,9%) hommes et 28 (3,6%) femmes ont été hospitalisés pour le traitement de l'incontinence urinaire. 88% de l'échantillon entier (83,5% des hommes et 93,7% des femmes) avaient utilisé des produits absorbants pour gérer leur incontinence urinaire le mois précédent et dans la majorité des cas (80,0%), les aides à la continence étaient fournies et payées par les services de soins ou les services sociaux. 87 (8,7%) répondants ont payé eux-mêmes les produits contre l'incontinence urinaire.</p>
--	--

	<p>Les hommes étaient significativement plus susceptibles que les femmes d'avoir reçu beaucoup d'aide pour faire face aux symptômes d'incontinence urinaire de leur partenaire (52,4% contre 20,5%, respectivement, $p < 0.001$), bien que plus de deux fois plus de femmes (44%) que d'hommes (15%) vivaient seules. Comme les participants ont été recrutés parmi les patients, tous les patients étaient connus pour être en contact avec les services de santé communautaires au moment de l'étude. Si l'on exclut les réponses non connues / non applicables, environ les deux tiers de l'échantillon (66,7% d'hommes et 64,4% de femmes) identifient l'infirmière et un peu moins de la moitié (46,3% d'hommes et 41,6% de femmes) identifient le médecin comme aidant beaucoup pour faire face à leurs symptômes d'incontinence urinaire.</p> <p>Environ un tiers de l'échantillon avait été en contact avec l'infirmière spécialisée / conseillère en continence ; Parmi ceux qui avaient été en contact, 58,6% des hommes et 52,4% des femmes ont déclaré avoir reçu beaucoup d'aide pour composer avec leurs symptômes d'incontinence urinaire.</p> <p>L'interprétation des résultats de cette étude sont conformes aux résultats d'analyses qui sont présents dans les tableaux du document.</p> <p>Concernant la discussion et la conclusion, les résultats sont repris et expliqués en rapport avec la situation sociale, économique, etc. puis les conséquences, risques, conclusions de ces symptômes ou résultats sont mises en avant. Toute la conclusion est conforme aux résultats d'analyses car reprend les mêmes informations.</p> <p>Les limites de l'étude sont définies dans un paragraphe « limitations » après les résultats de l'étude.</p> <p>Les voici :</p> <p>93% des patients ont renvoyé un questionnaire rempli. Cela se compare favorablement à un taux de réponse de 70% obtenu dans une enquête épidémiologique auprès d'adultes symptomatiques et non symptomatiques âgés de 40 ans ou plus, utilisant le même questionnaire sur les symptômes urinaires. Cependant, l'échantillon était sélectif car les patients connus pour avoir l'incontinence urinaire étaient tenus de répondre aux critères de notre étude et de se conformer à la Loi sur la protection des données de 1998 et ont été recrutés par les infirmières. Ce biais de sélection potentiel est bien reconnu et est une conséquence</p>
--	--

	<p>inévitables de la participation volontaire à des études. Même si environ les deux tiers des patients admissibles ont accepté de participer, la mesure dans laquelle les infirmières ont approché tous les patients admissibles selon leur charge de travail n'est pas claire.</p> <p>Bien qu'une certaine variabilité inter infirmière en ce qui concerne le recrutement des patients puisse être attribuée aux différences dans la prévalence des patients ayant une incontinence urinaire sur le nombre de cas, elle est également susceptible d'être attribuable au biais de sélection. Les biais d'échantillonnage potentiels ont pu être minimes, car les tendances des données sur la nature et l'impact de l'incontinence urinaire peuvent être extrapolées aux résultats obtenus dans plusieurs études de prévalence communautaire des symptômes de l'incontinence urinaire.</p> <p>Le profil âge/sexe de l'échantillon de patients était également largement représentatif des cas d'infirmières communautaires au niveau national et reflète également le fait que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir une incontinence. La plupart des répondants ont évalué leur santé comme passable ou mauvaise, et environ un tiers a eu besoin d'aide pour remplir le questionnaire, résultats qui sont susceptibles de refléter la présence d'une maladie chronique ou d'une invalidité courante chez un patient de première ligne plus âgé.</p> <p>Bien que les patients ont été recrutés à partir d'une gamme diversifiée de sites, l'échantillon était principalement blanc avec peu de patients appartenant à des minorités ethniques noires ou asiatiques. Les patients incapables de lire et d'écrire étaient également exclus si un soignant n'était pas disponible pour remplir le questionnaire en leur nom. L'information recherchée s'appuyait sur l'auto-déclaration, ce qui peut avoir conduit à une sur/sous-déclaration des symptômes. Cependant, cette source potentielle de biais a pu être négligeable, puisque le LUSQ a été validé par rapport à des critères objectifs au Royaume-Uni. La raison du niveau élevé de données manquantes pour la question sur l'impact des symptômes de l'incontinence urinaire sur les relations avec d'autres personnes n'est pas claire. La plupart des données manquantes aux questions sur l'impact sur la qualité de vie provenaient des participants qui comptaient sur un soignant pour remplir le questionnaire.</p> <p>Les soignants ont souvent noté qu'ils se sentaient incapables de répondre à ces questions. La validation de la question sur l'impact de l'incontinence urinaire sur les</p>
--	--

	<p>relations ainsi que d'autres tests de questions par des répondants « par procuration » est nécessaire.</p> <p>Les conclusions s'appuient sur les résultats et paraissent logique à la lecture, car elles reprennent les conséquences des résultats expliqués avant.</p> <p>Les conclusions sont également comparées avec celles d'autres pays comme par exemple des USA. Les auteurs font ressortir les différences de résultats entre divers pays.</p>
<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>Les résultats indiquent que de nombreuses personnes recevant des services de soins infirmiers communautaires pour l'incontinence urinaire éprouvent deux ou plusieurs symptômes associés qui, dans la majorité des cas, ont un impact important sur la qualité de vie. Bien que la plupart des participants ne se soient pas contentés de « supporter » leurs symptômes, la prestation actuelle de services leur a semblé être un échec.</p> <p>Du fait que les patients ne sont pas totalement satisfaits des services de soins proposés pour leur incontinence urinaire, les auteurs mettent en lumière le fait qu'il y a encore beaucoup de progrès à faire dans la prise en charge de cette pathologie pour mieux aider les personnes à trouver des stratégies d'adaptation à l'impact de l'incontinence urinaire sur leur qualité de vie.</p> <p>L'étude propose des données riches, suffisamment pour apporter des conclusions mais en tant que lecteur, il manque une information cruciale qui pourrait se traduire par une question : quelles sont les interventions que proposent les infirmières de communauté et les infirmières spécialisées à travers cette étude ?</p>

Article 8: Effects of lifestyle and behavioural interventions for urinary incontinence on mobility, physical activity and falls in older people (2012)

Auteurs: S.S. Simpson, W. S. Laufer, N.C. Smith, M. Rorie & N. Schell-Busey

Fonctions: Chercheurs de JBI

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	La page de garde en tête de page met en avant le résumé des termes. Il s'agit ici d'étudier l'effet des interventions infirmières sur la mobilité, l'activité physique et les pertes d'urines chez la personne âgée atteinte d'incontinence, comme le définit le titre de l'article.
Résumé	<p>Le résumé n'est pas présenté en tant que tel au début de l'article avec des dénominations précises. Or, il est parfaitement expliqué et synthétisé dans l'introduction qui suit.</p> <p>Problème : Etude de différentes interventions de soins dans la pratique clinique pour des personnes présentant différentes incontinences afin de gérer efficacement la mobilité et prévenir les chutes.</p> <p>Contexte : l'incontinence urinaire (IU) peut être définie comme « la plainte de toute fuite involontaire d'urine ». Elle est une condition qui est souvent vécue par les personnes âgées vivant dans la communauté, dans les hôpitaux et ceux des institutions. Dans une étude sur les personnes âgées, le taux de prévalence de l'incontinence urinaire était de 11,2% chez les hommes et de 21,6% chez les femmes. Le reste de l'explication du contexte est approfondie dans la partie « introduction » de la grille.</p> <p>Les interventions pour traiter et gérer efficacement l'incontinence urinaire sont une priorité. Une priorité égale est l'intervention pour gérer efficacement la mobilité et le fonctionnement avec facultés affaiblies et prévenir les chutes.</p> <p>Résultats : à ce jour, aucune revue n'a été identifiée qui considère spécifiquement les effets du traitement de l'incontinence urinaire sur les résultats de la mobilité et les chutes. L'étude démontre que dans la base de données Cochrane des revues systématiques, il y a actuellement 4 revues distinctes sur les interventions comportementales pour la gestion de l'incontinence urinaire. Ces examens ont porté sur l'entraînement de la vessie,</p>

	<p>l'évacuation de la miction, l'entraînement à l'habitude et la miction minutée.</p> <p>Discussion : Wallace et al. ont examiné les effets de l'entraînement de la vessie sur le traitement de l'incontinence urinaire (IU). Ils ont trouvé qu'il y a peu de preuves suggérant que l'entraînement de la vessie peut être utile pour le traitement de l'IU, mais cette conclusion ne peut être que provisoire car les essais étaient de petite qualité et avaient des intervalles de confiance larges. Cette étude n'a pas examiné l'effet que l'incontinence urinaire par impériosité pourrait avoir sur les résultats de la mobilité.</p> <p>Mots clés : urinary incontinence, elderly, nursing abilities</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>C'est une revue systématique qui a permis d'identifier plusieurs études.</p> <p>L'objectif est d'étudier différentes interventions « dans la pratique clinique pour des personnes présentant différentes incontinences afin de gérer efficacement la mobilité et prévenir les chutes ».</p> <p>Ils soutiennent qu'il y a une prévalence très grande dans la population de 65 ans et plus. En se basant sur différents articles, ils ont posé différentes hypothèses.</p> <p>L'incontinence urinaire peut être définie comme « la plainte de toute fuite involontaire d'urine ». Il est une condition qui est souvent vécue par les personnes âgées vivant dans la communauté, dans les hôpitaux et ceux des institutions. Dans une étude sur les personnes âgées, le taux de prévalence de l'incontinence urinaire était de 11,2% chez les hommes et de 21,6% chez les femmes. Parmi ceux qui ont signalé cette condition, environ 53% des femmes et 59% des hommes ont déclaré avoir souffert d'incontinence chaque jour ou chaque semaine. L' IU est associée à une mobilité réduite, une déficience fonctionnelle et une augmentation des chutes et des fractures chez les personnes âgées. Chacun de ces facteurs entraîne une morbidité importante en termes d'altération de la qualité de vie et d'utilisation des ressources de santé.</p> <p>Les interventions pour traiter et gérer efficacement l'incontinence urinaire sont une priorité. Une priorité égale est l'intervention pour gérer efficacement la mobilité et le fonctionnement avec facultés affaiblies et prévenir les chutes. Cependant, à ce jour, aucune revue n'a été identifiée qui considère spécifiquement les effets du traitement de l'incontinence urinaire sur les résultats de la mobilité, y compris l'activité physique habituelle et les chutes chez les personnes âgées.</p> <p>Le problème est pertinent, les différents articles ont mis en application ces différents interventions pour voir leur effet sur la mobilité et les chutes sur la personne âgée de plus de 60 ans.</p>

	Les articles traitent différents interventions, l'entraînement sur la vessie, 9 essais de miction provoquée pour la gestion de l'incontinence urinaire, les effets de la reconversion des habitudes pour la prise en charge de l'incontinence urinaire, des programmes de vidage de la vessie pour la gestion de l'incontinence urinaire, des méta-analyses sur des preuves limitées de l'efficacité des programmes de rééducation et d'évacuation de la vessie, mais aussi des interventions comportementales pour l'incontinence urinaire.
Recension des écrits	Les articles de la recension des écrits traitent de différentes interventions, pour rendre leur raisonnement compatible avec les différents types d'incontinence et ainsi avoir une base solide pour l'étude.
Cadre de recherche	Les articles sont basés sur différents protocoles mis en place pour différents types d'incontinence pour améliorer la qualité de vie de la personne et voir l'impact de l'incontinence structurelle dans leur vie. Les différents articles sont explicités et appropriés à l'étude.
Buts et question de recherche	Le but de l'étude est bien mis en évidence. Les différents articles examinent les interventions. L'objectif est posé, en se basant sur Evidence Based Nursing (EBN). De là est sorti des questions auxquelles les auteurs vont essayer de répondre en faisant des recherches appliquées dans la pratique.
METHODE	
Population et échantillon	Il s'agit d'une population âgée de 60 ans et plus, avec tout type d'incontinence urinaire, diagnostiquée par classification des symptômes ou étude urodynamique. Les personnes peuvent être des membres de la communauté, hospitalisés ou résidents d'une maison de soins.
Considérations éthiques	Les sujets étaient au courant de l'étude et de ses rebondissements et conséquences. Les auteurs ont déclaré qu'ils n'avaient aucun conflit d'intérêt avec aucun des aspects examinés dans cette revue systématique.
Devis de recherche	La composante quantitative de cette revue considère tous les essais contrôlés randomisés et les essais contrôlés quasi-randomisés qui comparent les interventions de style de vie et / ou comportementales pour l'incontinence urinaire par rapport au contrôle (pas d'intervention ou soins habituels ou contrôle placebo). En l'absence d'essais randomisés contrôlés, d'autres modèles de recherche tels que des essais contrôlés non randomisés et des études « avant et après » seront considérés pour être inclus dans un résumé narratif afin de permettre l'identification des meilleures preuves actuelles concernant l'efficacité des modes de vie et des interventions comportementales pour l'activité et les chutes des personnes âgées, entre autres.

	<p>Cette revue se penche également sur les données qualitatives disponibles explorant les expériences et les perspectives de mobilité et de chutes des personnes âgées qui participent à des approches comportementales pour gérer leur incontinence urinaire. De telles études incluent, sans s'y limiter, des concepts tels que la phénoménologie, la théorie fondée, la narration, les études ethnographiques ou culturelles, la recherche-action, les groupes de discussion, les entrevues et les sondages.</p> <p>Les données qualitatives sont extraites des articles inclus dans la revue en utilisant l'outil d'extraction de données standardisé de Joanna JBI-QARI.</p> <p>Les données quantitatives seront extraites des articles inclus dans la revue en utilisant l'outil d'extraction de données normalisé du JBI-MAStARI.</p> <p>Les données extraites incluent des détails spécifiques sur les interventions, les populations, les méthodes d'étude et les résultats significatifs pour la question de revue et les objectifs spécifiques. Des documents textuels seront extraits des articles inclus dans la revue en utilisant le péage d'extraction de données du JBI-NOTARI.</p> <p>Les articles de recherche sélectionnés pour la recherche sont évalués par un examinateur primaire et secondaire pour la validité méthodologique avant d'être inclus dans la revue.</p> <p>Les deux évaluateurs utilisent les instruments d'évaluation critique normalisés du JBI-QARI (Instrument qualitatif d'évaluation et d'examen de l'Institut Joanna Briggs) (pour les documents qualitatifs), JBI-NOTARI (Instrument d'évaluation narrative, d'opinion et de texte) (pour les preuves découlant du texte, des opinions d'experts et du discours) et JBI-MAStARI (Méta-analyse de l'instrument d'évaluation et de révision des statistiques) (pour les preuves quantitatives). Tout désaccord entre les deux examinateurs est résolu par la discussion, ou par un troisième examinateur.</p> <p>Cela a permis d'examiner différentes études dans différentes bases de données. Ce choix a permis de respecter les critères scientifiques. La méthode est bien adaptée à l'étude.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>de Les auteurs décrivent correctement les tests d'évaluation.</p> <p>de Les résultats de la recherche qualitative sont, si possible, mis en commun à l'aide du JBI-QARI. Cela implique la synthèse des résultats pour créer un ensemble de déclarations qui représentent l'agrégation, en assemblant les résultats (constatations de niveau) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) En fonction de leur qualité, et en classant ces résultats par similarité de sens (constatations de niveau) 2) Ces catégories sont ensuite soumises à un méta-synthèse afin de produire un ensemble complet de résultats synthétisés (résultats de niveau 3) pouvant servir de base à une pratique fondée sur des données probantes. Lorsque la mise en commun

	<p>de textes n'est pas possible, les résultats seront présentés sous forme narrative.</p> <p>Les articles quantitatifs sont, si possible, mis en commun dans une méta-analyse statistique à l'aide de l'instrument d'évaluation et de révision de méta-analyse de l'Institut Joanna Briggs (JBI-MAStARI). Tous les résultats seront soumis à une double saisie de données. Le rapport de cotes (pour les données catégoriques) et les différences moyennes pondérées (pour les données continues) et leurs intervalles de confiance à 95% seront calculés pour l'analyse. L'hétérogénéité est évaluée en utilisant le Chi-carré standard.</p> <p>Lorsque la mise en commun statistique n'est pas possible, les résultats sont présentés sous forme narrative.</p> <p>Les documents textuels sont, si possible, mis en commun à l'aide du JBI-NOTARI.</p> <p>Cela implique l'agrégation ou la synthèse des conclusions pour générer un ensemble de déclarations qui représentent cette agrégation, en rassemblant et en catégorisant ces conclusions sur la base de la similarité de sens.</p> <p>Ces catégories sont ensuite soumises à une méta-agrégation afin de produire un ensemble complet de résultats synthétisés qui peuvent être utilisés comme base pour la pratique fondée sur des preuves. Lorsque la mise en commun des textes n'est pas possible, les conclusions sont présentées sous forme narrative.</p> <p>L'examen est basé sur ces éléments. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
Conduite de la recherche	La revue systématique décrit les méthodes d'extractions ainsi que les procédés pour obtenir et confirmer les données.
Analyse des données	Les méthodes d'analyse sont décrites, le résumé des résultats met en évidence les extraits rapportés. Les mesures principales de chaque étude sont présentées.
RESULTATS	
Présentation des résultats	La revue systématique décrit exactement par un texte narratif comment s'est déroulé le test, les moyens utilisés, analyse du modèle en l'adaptant au contexte des personnes.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les auteurs synthétisent les principaux résultats de chaque étude.</p> <p>Les théoriciens identifient les résultats de chaque étude.</p> <p>En plus des examens Cochrane sur les interventions comportementales sur l'incontinence urinaire, il y a 2 examens systématiques et un examen qui examinent la prévention des chutes. L'examen le plus</p>

	<p>récent omet de mentionner le fait de traiter ou de gérer efficacement l'incontinence urinaire comme une intervention visant à prévenir les chutes, malgré la preuve évidente du lien entre les deux.</p> <p>Bien qu'aucun examen systématique traitant des effets potentiels du traitement de l'incontinence urinaire sur les résultats de mobilité n'ait été trouvé, des essais individuels ont tenté de déterminer si la promotion de la continence pouvait réduire l'incidence des chutes chez les résidents des foyers de soins.</p> <p>Une seule étude a démontré les avantages d'une infirmière en continence sur les taux de chutes dans les maisons de soins.</p> <p>Un examen systématique des données contribuerait grandement à la compréhension de la relation entre ces « états gériatriques » et éclairerait le développement d'une intervention conservatrice pour l'incontinence urinaire qui pourrait avoir une incidence sur la mobilité, l'activité physique habituelle et les chutes des personnes âgées. Il serait profitable de le tester dans des essais futurs. Il est nécessaire de résumer et de comprendre les preuves qui relient ces deux domaines difficiles pour les soins de santé, où les personnes âgées éprouvent souvent des difficultés.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences des résultats sont précisées et décrites point par point en faisant des liens avec les différents articles.</p> <p>Les résultats de l'étude et les liens de la revue par rapport aux autres études prouvent qu'on peut l'appliquer dans la pratique et dans les recherches futures.</p>

Article 9: Effectiveness of strategies to implement urinary incontinence clinical practice guidelines on healthcare delivery and patient outcomes (2008)

Auteur: Gema Escobar-Aguilar

Fonctions: The Spanish Centre for Evidence Based Healthcare, Institute of Health Carlos

III. Madrid: a Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	La page de garde en tête de page met en avant le résumé des termes et le titre de l'article, qui en français, se traduit : Efficacité des stratégies pour mettre en œuvre des lignes directrices de pratique clinique sur l'incontinence urinaire sur la prestation des soins de santé et les résultats pour les patients.
Résumé	<p>Dans cet article, il n'y a pas de synthétisation de résumé. Or, on retrouve le résumé de l'article dans l'introduction.</p> <p>Problème : Etude de différents protocoles de soins dans la pratique clinique pour des personnes présentant différentes incontinenances afin d'améliorer leur qualité de vie, d'évaluer l'impact de l'incontinence sur leur vie et d'évaluer aussi leur satisfaction par rapport aux soins donnés.</p> <p>Résultats : La mise en œuvre des moyens dans la pratique clinique sur l'incontinence urinaire semble être efficace pour améliorer les résultats des patients, bien que des coûts sensiblement croissants. Celle-ci est efficace chez les femmes pré-incontinences mais pas chez les femmes de 65 ans et plus. Les praticiens ont identifié de nombreux obstacles à la mise en œuvre de ces lignes directrices ; les initiatives éducatives à elles seules ne sont pas particulièrement efficaces et d'autres approches sont nécessaires.</p> <p>Discussion : Une revue systématique qui a permis d'identifier 91 études portant sur la preuve de la possibilité de modifier les comportements des professionnels de la santé et la meilleure façon de les introduire dans la pratique clinique. Cela a permis de conclure que les directives sont plus susceptibles d'être efficaces si elles tiennent compte des contextes.</p> <p>Une intervention éducative active est mise en œuvre par des rappels spécifiques aux patients. (Grimshaw et Russell) ont effectué un examen de la mise en œuvre de ces moyens pour le personnel médical, tandis que (Thomas et coll.) ont étudié la mise en place de lignes directrices pour les infirmières et autres professions apparentées.</p> <p>Les deux examens ont conclu que les soins basés sur ses moyens suffisamment développés peuvent changer la pratique clinique et</p>

	<p>modifier les résultats des patients, bien que d'autres études utilisant une méthodologie de meilleure qualité soient nécessaires pour évaluer les différentes stratégies utilisées pour diffuser et mettre en œuvre des directives de pratique clinique. Ainsi, la littérature montre que les stratégies de mise en œuvre sont plus proches de l'utilisateur au final. Elles sont intégrées au processus de prestation de soins de santé et sont plus susceptibles d'être efficaces.</p> <p>Mots clés : urinary incontinence, elderly.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>C'est une revue systématique qui a identifié 91 études et les a analysées dans le but de répondre à la question posée dans le titre.</p> <p>L'objectif est d'étudier différents protocoles « L'efficacité des moyens mis en place dans la pratique infirmière pour des personnes souffrant de différents types d'incontinence urinaire, sur la prestation des soins de santé et les résultats des patients. »</p> <p>Les auteurs soutiennent qu'il y a une prévalence d'incontinence urinaire très grande dans la population de 65 ans et plus. En se basant sur différents articles, ils ont posé différentes hypothèses.</p> <p>L'incontinence fonctionnelle est la forme la plus fréquente parmi les personnes de 65 ans et plus et a le pire pronostic. Les facteurs de risque associés au développement de l'incontinence fonctionnelle incluent : l'institutionnalisation, la confusion et l'utilisation de fauteuils roulants ou d'autres dispositifs pour se déplacer avant l'intervention après la chirurgie. (Palmer et al. 12) ont établi qu'il y a une augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les personnes de 65 ans et plus qui ont subi une réparation chirurgicale de la fracture de la hanche.</p> <p>Cette étude a identifié une augmentation du taux d'incontinence urinaire pré et post-op dans 20 à 43% des cas respectivement, le risque était plus élevé chez les hommes et les personnes présentant une certaine forme de trouble cognitif, bien que l'échantillon examiné fût petit. En 2002, une autre étude a révélé que 21% des femmes hospitalisées en raison d'une fracture de la hanche ont développé une incontinence urinaire pendant leur séjour hospitalier. Une récente étude de cohorte menée en 2009 auprès de 163 sujets de réparation de la hanche continentale de plus de 65 ans, sans déficience cognitive et indépendante dans les activités de la vie quotidienne.</p> <p>Il a été établi que la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes varie de 23 à 40%. Selon Moehrer, près de 20% des femmes, âgées de 25 à 64 ans, éprouvent des symptômes liés à l'IU. Ces symptômes augmentent pendant la péri-ménopause, alors que près de 31% des femmes déclarent avoir une perte d'urine au moins une fois par mois.</p> <p>Le problème est pertinent, les différents articles ont mis en application ces différents moyens ou directives à suivre pour la pratique clinique afin</p>

	<p>d'améliorer la qualité de vie des personnes, voir l'impact de l'incontinence urinaire sur leur santé mais aussi leur niveau de satisfaction sur les soins de santé par les soignants.</p> <p>Les articles traitent aussi le degré d'incontinence urinaire, le nombre d'épisode d'incontinence urinaire, la quantité perdue et les types de protections utilisés.</p>
Recension des écrits	Les articles traitent différents protocoles, pour rendre leur raisonnement compatible avec les différents types d'incontinence et ainsi avoir une base solide pour l'étude.
Cadre de recherche	Les articles sont basés sur différents protocoles mis en place pour différents types d'incontinences pour améliorer la qualité de vie de la personne et voir l'impact de l'incontinence structurelle dans leur vie. Les différents articles sont explicités et appropriés à l'étude.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est bien mis en évidence. Les différents articles examinent les protocoles. L'objectif est posé, en se basant sur Evidence Based Practice (EBP).</p> <p>Plus précisément, les objectifs sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Établir l'efficacité des stratégies de diffusion et / ou de mise en œuvre des directives de pratique clinique de l'incontinence urinaire pour modifier la prestation des soins de santé. - Établir l'efficacité des stratégies pour diffuser et / ou mettre en œuvre des lignes directrices sur la pratique clinique de l'incontinence urinaire pour améliorer les résultats sanitaires des patients souffrant d'une incontinence urinaire. - Décrire la qualité des directives de pratique clinique sur l'incontinence urinaire utilisée dans les études incluses. <p>De là est sorti des questions, auxquelles les auteurs vont essayer de répondre en faisant des recherches appliquées dans la pratique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Il s'agit ici d'une population âgée de 65 ans et plus mais des femmes âgées de 25 à 79 ans ont aussi participé à l'étude.</p> <p>Les unités d'analyse sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournisseurs de soins de santé traitant les patients avec une incontinence urinaire. Les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les physiothérapeutes seront inclus ; <p>Et / ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients présentant une certaine forme d'incontinence urinaire : besoin, stress, incontinence mixte ou incontinence fonctionnelle ; <p>Et / ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituts de santé.

Considérations éthiques	Les sujets étaient au courant de l'étude. Les auteurs ont déclaré qu'ils n'avaient aucun conflit d'intérêt avec aucun des aspects examinés dans cette revue systématique.
Devis de recherche	<p>Cette revue examine les essais cliniques randomisés, avant et après les études contrôlées, les études de cohorte et les études quasi expérimentales sans groupe témoin.</p> <p>Les données tirées des différentes études sont extraites à l'aide d'une adaptation de l'outil d'extraction de données JBI. Avant d'extraire les données, un pilote sera mené pour évaluer la pertinence du formulaire d'extraction de données. Les données seront extraites indépendamment par deux examinateurs, puis vérifiées. Toute divergence d'opinion concernant l'extraction des données sera discutée et résolue par les examinateurs. Les auteurs de l'étude peuvent être invités à fournir des éclaircissements supplémentaires en cas de manque d'information ou si l'information existante est insuffisante pour les comparaisons formelles ou autres.</p> <p>Afin d'effectuer un contrôle de qualité des données et d'éviter des erreurs dans la transcription, il y aura une double entrée d'au moins 20% des données.</p> <p>Cela a permis d'examiner toutes les 91 études. Ce choix a permis de respecter les critères scientifiques. La méthode est bien adaptée à l'étude.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les auteurs décrivent correctement les tests d'évaluation.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Premièrement, une description est fournie concernant les études sélectionnées pour l'évaluation, exposant la raison d'être de leur inclusion ou exclusion et les caractéristiques de l'étude. 2) Deuxièmement, l'hétérogénéité clinique des études incluses dans l'évaluation est évaluée en fonction de la population étudiée, du type d'intervention et des variables de résultat mesurées. De même, l'hétérogénéité méthodologique est évaluée en tenant compte de la conception et de la qualité de l'étude. <p>Si des études comparables sont trouvées (avec une hétérogénéité clinique et méthodologique), elles sont combinées dans une méta-analyse. Le degré d'hétérogénéité statistique sera calculé en utilisant chi-carré et I², l'hétérogénéité des valeurs p sera considérée comme p < 0,10 et I² > 50%.</p> <p>Lorsqu'il existe une hétérogénéité, une analyse du modèle des effets aléatoires sera effectuée ainsi qu'une analyse des sous-groupes en fonction de la qualité méthodologique des études.</p> <p>Les mesures d'effet correspondantes seront calculées en utilisant le rapport de cote (pour les résultats dichotomiques) ou les différences moyennes pondérées (pour les résultats continus) avec un intervalle de confiance (IC) de 95%.</p> <p>Afin d'évaluer le biais de publication possible, une analyse de sensibilité sera effectuée et les résultats seront présentés sur un terrain en entonnoir.</p>

	Dans le cas où il n'est pas approprié ou faisable d'effectuer l'analyse statistique comme décrit ci-dessus, les données seront présentées dans une synthèse narrative.
Conduite de la recherche	La revue systématique décrit les méthodes d'extractions ainsi que les procédés pour obtenir et confirmer les données. L'examen sera effectué à l'aide du logiciel JBI MASTARI. L'examen est basé sur ces éléments. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.
Analyse des données	Les méthodes d'analyse sont décrites, le résumé des résultats met en évidence les extraits rapportés. Les mesures principales de chaque étude sont présentées.
RESULTATS	
Présentation des résultats	La revue systématique décrit exactement par un texte narratif comment s'est déroulé le test, les moyens utilisés, analyse du modèle en l'adaptant au contexte des personnes.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les auteurs synthétisent les principaux résultats de chaque étude.</p> <p>La mise en œuvre des moyens dans la pratique clinique sur l'incontinence urinaire semble être efficace pour améliorer les résultats des patients, bien que des coûts sensiblement croissants.</p> <p>Cette mise en œuvre est efficace chez les femmes pré-incontinentes mais pas chez les femmes de 65 ans et plus. Les praticiens ont identifié de nombreux obstacles à la mise en œuvre de ces lignes directrices ; les initiatives éducatives à elles seules ne sont pas particulièrement efficaces et d'autres approches sont nécessaires.</p> <p>À ce jour, on n'a pas trouvé d'évaluation systématique qui a évalué l'efficacité et/ou de la mise en œuvre des lignes directrices sur la pratique clinique de l'incontinence urinaire.</p> <p>Il a donc été décidé de procéder à une telle revue systématique afin d'évaluer l'efficacité de cette approche pour améliorer la pratique professionnelle et les résultats des patients.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats sont précisées et décrites point par point en faisant des liens avec les différents articles.</p> <p>Par exemple, Grimshaw et Russe (article 26) ont effectué un examen de la mise en œuvre de la pratique clinique fondée sur des données probantes pour le personnel médical, tandis que Thomas et coll. (article 30) ont étudié la mise en place de lignes directrices pour les infirmières et autres professions apparentées. Les deux examens ont conclu que les soins basés sur des pratiques probantes suffisamment développés peuvent changer la pratique clinique et modifier les résultats des patients, bien que d'autres études utilisant une méthodologie de</p>

	<p>meilleure qualité soient nécessaires pour évaluer les différentes stratégies utilisées pour diffuser et mettre en œuvre des directives de pratique clinique. Ainsi, la littérature montre que les stratégies de mise en œuvre qui sont plus proches de l'utilisateur final et intégrées au processus de prestation des soins de santé sont plus susceptibles d'être efficaces etc.</p> <p>Les résultats de l'étude et les liens de la revue par rapport aux autres études prouvent qu'on peut l'appliquer dans la pratique et dans les recherches futures.</p>
--	---

Article 10: The meaning of patient-nurse interaction for older women in healthcare settings (2018)

Auteur: Darcy Mize

Fonction : Simulation Coordinator and Clinical Assistant Professor at School of Nursing, Oregon Health and Science University, Klamath Falls, OR, USA

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	La page de garde en tête de page est mise en avant et résume les termes de la recherche, la recherche étant « la signification de l'interaction patient-infirmière pour les femmes âgées dans les établissements de soins de santé ».
Résumé	<p>Le résumé est synthétisé correctement. On retrouve les points :</p> <p>Buts et objectifs : le but de l'étude est d'explorer la signification de l'interaction patient-infirmière pour les femmes âgées recevant des soins dans les établissements de santé.</p> <p>Contexte : Les femmes âgées sont souvent négligées ou mal comprises par les infirmières qui s'occupent d'elles. Certaines recherches existent sur la perception des infirmières de leur interaction avec les patients, mais peu d'études ont décrit la signification d'une telle interaction du point de vue des patients.</p> <p>Méthode : Il s'agit d'une étude pilote utilisant la description qualitative comme méthodologie. Les données ont été filtrées à travers la théorie critique féministe pour interpréter les interactions qui se déroulent dans des milieux de soins souvent caractérisés par le paternalisme. Sept femmes âgées de 66 à 81 ans ont été interrogées à l'aide d'un entretien semi-structuré.</p> <p>Résultats : Les participants ont un point de vue distinctif sur leur propre expérience lié à la prise en charge. Ils expriment leurs histoires liées aux soins données par des infirmières. Dans ces histoires combinées, le contraste entre les infirmières qui tenaient la primauté et celles qui étaient nettement indifférentes met en lumière l'importance de cultiver un idéal moral d'attention et de respect de la personne.</p> <p>Conclusion : Une population de femmes âgées souffrant de maladies chroniques qui ont besoin de soin doit compter sur une interaction directe et significative avec les infirmières pour s'adapter avec succès</p>

	<p>dans le système de santé. Les résultats suggèrent que ces femmes n'ont pas eu un accès constant à une telle interaction.</p> <p>Implications pour la pratique : La collecte et l'interprétation des récits sur l'interaction patient-infirmière pour les femmes âgées peuvent mener à une compréhension plus profonde dans la mesure où elle a un impact sur une relation de soin. Des recherches plus approfondies utilisant une perspective théorique critique du féminisme ont des implications pour améliorer la prestation de soins de santé pour les femmes âgées du monde entier.</p> <p>Mots clés : aging, caring, empowerment, nurse attitudes, older people nursing, personhood, qualitative methods</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>C'est une étude qualitative.</p> <p>L'objectif est d'explorer la signification de l'interaction patient-infirmière pour les femmes âgées recevant des soins dans les établissements de santé.</p> <p>L'auteure a été témoin lors de la fin de vie de sa mère âgée de 83 ans, de toutes les interactions patient-infirmière. Certains étaient extraordinairement attentionnés et sensibles et d'autres pas efficaces. Durant ces 30 années d'expérience comme infirmière praticienne, elle a constaté que les infirmières ignoraient les besoins des patients âgés, à supposer qu'ils ne puissent pas connaître le mieux leurs propres besoins. En tant qu'infirmière éducatrice, elle a également été témoin d'une insensibilité et un rejet profond envers les patients plus âgés de la part de ses collègues. Au cours de ses observations, elle a été frappée par la vulnérabilité des femmes âgées dans leurs rapports avec le système de santé.</p> <p>Les femmes âgées vivent plus longtemps que les générations précédentes et sont plus susceptibles de passer leurs dernières années dans des conditions chroniques invalidantes. Cette réalité augmente la probabilité d'interaction avec le système de santé, plus que les hommes (Bamford & Walker, 2012, Vincent et Velkoff, 2010).</p> <p>Au sein du système de santé, les infirmières représentent le plus grand nombre de travailleurs de la santé et une communication efficace et respectueuse est essentielle à la prestation de soins infirmiers de qualité (Boykins, 2014 , Cronenwett et coll., 2007).</p> <p>Malheureusement, les patients et les infirmières ne communiquent pas toujours efficacement et respectueusement dans les établissements de santé (Izumi, Baggs, & Knafl, 2010).; Jacelon, 2002 ; Ryan, Anas et Friedman, 2006). Sans connaître la perception qu'a le patient des besoins, des préférences culturelles ou des valeurs personnelles associées à la santé et à la maladie, des hypothèses erronées peuvent mener à des soins infirmiers inappropriés.</p> <p>De plus, les récits biomédicaux qui imprègnent le système de santé assimilent le vieillissement à la maladie et au déclin (Jones, Bradbury et LeBoutillier, 2011 ; Phelan, 2011 ; Twigg, 2004.). Cette</p>

	<p>biomédicalisation des soins invite les infirmières à objectiver leurs patients. Les patients deviennent le « diabétique » ou le « remplacement de la hanche », et les interventions sont axées sur la maladie et l'incapacité au détriment de répondre de façon holistique aux besoins des patients. Le processus de bio médicalisation et d'objectivation devient un obstacle à la fourniture d'excellents soins.</p> <p>Les femmes âgées constituent une population marginalisée qui peut être négligée ou mal comprise par les infirmières qui en prennent soin (Ryan et al., 2006). Si les infirmières nourrissent des stéréotypes négatifs à l'égard des patientes plus âgées, la qualité des soins qu'elles reçoivent peut être diminuée par les mauvaises attitudes de leurs infirmières (Jacelon, 2002). À ce jour, ce que l'on sait des expériences vécues par les femmes âgées dans le monde de la santé n'a pas été bien expliqué dans la littérature (Izumi et al., 2010). Parce que les femmes plus âgées sont susceptibles de connaître la marginalisation, cette recherche est abordée à travers une lentille de la théorie critique féministe.</p> <p>En se basant sur ses expériences et la théorie critique féministe, l'auteure pose des hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les femmes âgées sont-elles opprimées ou autonomisées par le processus relationnel d'être soignées par des infirmières ? • Les femmes âgées sont-elles rendues invisibles par les stigmates liés à l'âge qui imprègnent le système de soins de santé ou sont-elles respectées avec compassion et traitées avec parité ? • Quels sont les sentiments, les expériences et les expressions des patientes âgées au sujet de leurs interactions avec les infirmières dans un milieu de soins de santé ? <p>Le problème est pertinent, la théorie critique féministe fournit un cadre pour examiner les dimensions historiques, culturelles et sociales dans les relations entre les femmes âgées et les infirmières dans un système de soins de santé afin de faciliter l'adaptation de la personne.</p> <p>Le problème à une signification particulière à la discipline infirmière. Dans les systèmes de santé, la qualité des soins est devenue synonyme d'une communication efficace (Boykins, 2014). La définition d'une communication efficace comprend la participation, l'écoute et la présence pour montrer le respect des valeurs, des besoins et des préférences d'une autre personne (Schuster et Nykolyn, 2010).</p>
Recension des écrits	<p>L'auteure se base sur American Nurses Association, il s'attend à ce que les infirmières professionnelles soient « préoccupées par la réponse humaine à la maladie » (American Nurses' Association, 2014).</p> <p>L'auteure démontre les différents écrits sur le problème en mettant en lumière les difficultés institutionnelles de soins de santé qui constitue également un obstacle à la qualité des interactions patient-infirmière. Mais aussi la prestation de soins holistiques centrés sur la personne. L'auteur cite aussi d'autres écrits avec des sources primaires.</p>

		<p>Ces écrits mettent en lumière que les patients hospitalisés déclaraient que les infirmières étaient souvent « très dictatoriales ou dictatoriales ». Une analyse qualitative qui a utilisé des groupes de patients hospitalisés a révélé que les sujets utilisaient souvent l'expression « l'hôpital en tant que pouvoir institutionnel » (Ekdahl et al., 2010), p. 236). Ce déséquilibre perçu du pouvoir affecte également la qualité relationnelle des interactions patient-infirmière (Kitson, Athlin et Conroy, 2014).</p> <p>Les recherches sur les femmes âgées souffrant de maladies chroniques suggèrent que les femmes ne définissent pas la santé en termes de maladie, mais plutôt en termes de capacité fonctionnelle, c'est-à-dire de leurs rôles sociaux en tant qu'épouse, mère et grand-mère sont modifiés (Charmaz, 2010 , Roberto et McCann, 2011). Les femmes âgées assimilent les soins de qualité à une fonction améliorée ou à la capacité renouvelée d'accomplir les activités de la vie quotidienne, comme la marche et l'hygiène personnelle. Ils prennent leurs décisions en matière de santé sur la base de la « santé de tous les jours » (Roberto et McCann, 2011), p. 99) plutôt que des diagnostics médicaux. Les infirmières qui sont orientées vers le modèle médical de soins ou qui n'écoutent pas, n'assistent pas et ne sont pas présentes pendant les interactions peuvent ne pas découvrir d'informations importantes sur ces patients (Huntington et Gilmour, 2001 ; Phelan, 2011).</p> <p>Ces synthèses de ces différents écrits permettent d'avoir une base solide pour l'étude.</p>
Cadre de recherche	de	L'auteure s'est basée sur différents études, par exemple une étude ethnographique (Slatore et al., 2012) décrit comment les soins centrés sur le patient, un indicateur de la qualité des soins, ont été actualisés dans une unité de soins intensifs. Cependant, il ne rapporte que les perceptions des infirmières. Ces différentes études sont explicites et appropriées à l'étude.
Buts et question de recherche		<p>Les buts et les objectifs de l'étude sont bien mis en évidence.</p> <p>L'auteure veut examiner la signification de l'interaction patient-infirmière pour les femmes âgées recevant des soins dans les établissements de santé. Les objectifs et les buts sont posés en se basant sur la théorie critique féministe. De là est sorti des questions, qu'elle va essayer d'y répondre en faisant des entretiens semi-directifs d'évaluation sur les patients concernés.</p>
METHODE		
Population échantillon	et	<p>La population est âgée de 65 ans et plus (7personnes).</p> <p>Il s'agissait d'une étude pilote qui utilisait l'analyse thématique pour explorer les perceptions des patientes plus âgées au sujet de leurs interactions avec le personnel infirmier dans un contexte de soins de santé.</p>

	<p>L'échantillonnage des participants a utilisé des approches combinées de but, de pratique et de boule de neige. Un échantillon délibéré de femmes âgées de 65 ans et plus a été interrogé dans l'année suivant leurs interactions avec les infirmières dans le système de santé. Le travail du chercheur qualitatif en santé, Morse (2011), a fourni un support pour ce délai pour mener des entretiens.</p> <p>La plupart des femmes qui ont finalement participé à cette étude avaient des problèmes de santé chroniques qui nécessitaient plus d'un contact avec les infirmières dans plusieurs contextes.</p> <p>L'échantillonnage de commodité a été utilisé pour recruter des participants ; c'est-à-dire les contacts de sa communauté professionnelle et personnelle ont été demandés pour localiser les femmes âgées de 65 ans ou plus qui avaient récemment été dans le système de santé.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les sujets étaient au courant de l'étude. Les participants ont été inclus en raison de leur capacité à poursuivre une conversation intelligente sans fatigue excessive au cours d'une entrevue pouvant durer une heure. Les recruteurs personnels et professionnels des participants ont été informés de ce critère, et le chercheur s'est appuyé sur leur capacité à dépister les capacités de conversation.</p> <p>Les entrevues se sont déroulées dans un environnement confortable, sans distraction, choisi par le participant. Si le participant avait l'habitude d'utiliser une certaine forme d'amplification auditive, son utilisation était assurée. Le consentement éclairé a été obtenu. Les sept participants se sont volontairement engagés dans ce processus, car il leur a offert une opportunité exclusive de partager leurs histoires et leurs entretiens.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Etude qualitative. L'auteure a respecté les critères de qualité. Il s'agit de 7 femmes âgées de 66 à 81 ans avec des différentes pathologies, infection urinaires avec perte urinaires, infection lié à une prothèse de genou etc. l'auteure a utilisé des noms d'emprunts choisis par les personnes elle-même pour respecter l'anonymat.</p> <p>Une guide d'entrevue a été utilisée par l'auteure en expliquant ses buts, ses objectifs de l'étude aux personnes âgées. Elle a expliqué aux personnes sa curiosité de comprendre les ressentis des femmes âgées lorsqu'elles parlent avec une infirmière, en précisant qu'aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. En espérant que cela aide les infirmières à mieux comprendre les meilleures pratiques de soins. Les entrevues étaient enregistrées avec des notes pour compléter.</p> <p>Les 7 différents questionnaires de l'auteure ont permis d'atteindre les objectifs et les buts de l'étude. La méthode de recherche est adaptée à l'étude.</p> <p>Une session par participant a duré environ 60 minutes. La durée réelle de l'interview enregistrée variait de 16 à 34 minutes.</p>

<p>Modes de collectes de données</p>	<p>La guide d'entrevue semi-structuré qui a été utilisé pour aider à explorer l'interaction patient-infirmière est bien décrite. Un cadre critique féministe a influencé le développement du guide d'entrevue. Une posture de «naïveté délibérée» a été assumée et la présomption de toute connaissance de la signification a été évitée dans un effort pour rester ouvert aux descriptions distinctives (Kvale & Brinkmann, 2009 , pp. 30-31).</p> <p>Pendant l'entrevue, des notes d'observation ont été prises pour aider à rappeler les détails du cadre, l'humeur de la conversation et le comportement de l'individu. Parfois, un participant a continué son histoire après que l'appareil d'enregistrement ait été éteint et que certains contenus aient été saisis par écrit. Les entrevues ont eu lieu entre novembre 2014 et janvier 2015 dans les États de l'Oregon, de New York et de la Caroline du Nord.</p> <p>La question de recherche a été bien posée et est appropriée à l'étude « Quels sont les sentiments, les expériences et les expressions des patientes âgées au sujet de leurs interactions avec les infirmières dans un milieu de soins de santé ? »</p> <p>L'étude est basée là-dessus. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>L'auteure décrit correctement les outils pour extraire les informations afin de répondre aux questions de recherche.</p> <p>La retranscription des données est sous forme de tableau et figure.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites, le résumé des résultats met en évidence les extraits rapportés.</p> <p>L'analyse a commencé après la première entrevue et s'est poursuivie jusqu'à ce que sept entrevues aient été complétées, fournissant ainsi de nombreuses données pour cette initiative pilote (Sandelowski, 2010 , Willis, Sullivan-Bolyai, Knafl et Cohen, 2016). Pour l'analyse thématique, les résultats ont d'abord été décrits dans les propres mots des participants, puis interprétés dans des thèmes communs pour «représenter» les données, en utilisant souvent les mots exacts utilisés par les participants (Willis et al., 2016 , page 1193). Les données ont fait l'objet d'un processus de codage, de condensation et d'interprétation de la signification semblable au processus d'entrevue de recherche qualitative décrit par Kvale et Brinkmann (2009). La théorie critique féministe a influencé le processus analytique (Figure 1) du point de vue recontextualisation de la signification des interactions des participants avec les infirmières.</p> <p>Le guide d'entrevue comprenait un processus de compte rendu dans lequel les points clés étaient résumés et les participants offraient des commentaires ou des éclaircissements. Cela a servi de vérifier la fiabilité. Au début du processus d'analyse des données, le codage manuel a été effectué à partir de copies papier de toutes les transcriptions pour des unités de signification choisies.</p> <p>Entre le codage manuel et le codage logiciel, les deux approches reflétaient la fidélité au sens des mots provenant directement des participants. À un moment donné, un collègue infirmier a été engagé en tant que vérificateur pour valider la comptabilité exacte des mots</p>

	des participants et des unités de sens induites à partir des enregistrements et des transcriptions.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>L'article décrit exactement par un texte narratif comment s'est déroulé les entretiens, les moyens utilisés, analyse des données en l'adaptant au contexte des personnes.</p> <p>Les perceptions des participants à propos de leur interaction avec les infirmières pourraient être résumées en deux thèmes principaux : « faire l'expérience » et « maintenir la personnalité ». Les thèmes et sous-thèmes de la signification de l'interaction patient-infirmière sont décrits avec des extraits des entrevues. Ainsi que des références issues de la littérature pour situer les résultats dans le monde des soins infirmiers et dans le monde plus vaste des soins de santé. L'auteure présente les résultats sous forme narrative avec des figures en citant mot par mot les réponses des personnes.</p> <p>Prendre soin est une valeur fondamentale des soins infirmiers professionnels. Idéalement, le « comportement éthique quotidien » des infirmières en exercice démontre la « primauté de l'attention » (Benner, Tanner et Chesla, 2009, p.279). Lorsque les infirmières expérimentées donnent la primauté à l'acte de soigner, leur pratique quotidienne est caractérisée par le respect et le centrage sur le patient qui favorise la vraie guérison (Benner et al., 2009). Les extraits suivants d'entrevues décrivent les perceptions des femmes âgées d'être soignées par des infirmières.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières étaient très attentionnées, je n'avais aucun problème avec leurs soins ... non, si je les appelais, elles venaient rapidement (Bertha, 18 novembre 2014). • Elle a pris le temps loin de ce qu'elle faisait pour marcher avec moi (Laurie, 12 novembre 2014). • Je pense que peut-être qu'ils [les infirmières] ont oublié quel est leur but réel, être réconfortant pour une personne, aider une personne, et je pense que c'est comme beaucoup de gens, c'est juste un travail (Sue, 9 janvier 2015). • Parce que j'avais une infection de la vessie et je ne l'avais pas, euh ... J'avais toujours les mêmes sous-vêtements ... et je voulais prendre une douche, mais je savais qu'ils ne me laisseraient pas. J'ai dit: "Je ne peux pas faire quelque chose? Je n'ai toujours pas de sous-vêtements propres. » Alors ils sont allés tout de suite et ont dit: « Tu peux te laver tout de suite. » Alors ils m'ont acheté des sous-vêtements, une serviette, un gant de toilette et du savon. prendre soin de moi. Ils l'ont fait tout de suite. Ce n'était pas comme: « Oh, nous reviendrons », ils l'ont fait (Penny, 9 janvier 2015). Penny avait souffert d'incontinence urinaire et se souvenait de cette réponse comme étant heureusement opportune. Avoir le

	<p>contrôle de ses fonctions corporelles est important pour maintenir sa personnalité; un mauvais contrôle de l'intestin et de la vessie est socialement stigmatisant et fait que les personnes âgées se sentent humiliées (Twigg, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce qui m'ennuyait vraiment, c'est qu'ils ne m'écoutaient pas. C'était la chose la plus agaçante ... (Penny, 1er janvier 2015). • Parmi les sept participants, six ont utilisé «attentif» pour décrire les infirmières avec lesquelles ils avaient eu des rencontres positives, confirmant que l'attention était significative dans leurs interactions. <p>Les participants excusent les manquements des infirmières. Ils ont attribué ces défaillances à un manque chronique de personnel (Bertha, 2014, Jean, 2014) et à des politiques obligeant les infirmières à privilégier la paperasserie par rapport aux soins directs (Minerva, 2014, Laurie, 2014).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'auteure synthétise les principaux résultats de l'étude.</p> <p>Sept femmes plus âgées ont partagé leurs expériences en interagissant avec des infirmières attentionnées et indifférentes. Ils ont également partagé ce que c'était que d'avoir leurs voix entendues ou leurs voix ignorées. Parfois, ils se sentaient habilités dans leur relation avec leurs infirmières et parfois ils se sentaient impuissants. Les sentiments, les expériences et les expressions de ces sept femmes ont révélé une interaction patient-infirmière qui favorisait la guérison et contribuait à la perte de la personnalité.</p> <p>Ces résultats suggèrent que les femmes plus âgées avaient hâte d'interagir directement et efficacement avec le personnel infirmier pour naviguer avec succès dans le système de santé, mais qu'elles n'avaient pas systématiquement accès à de telles interactions.</p> <p>L'auteure fait référence à plusieurs chercheurs qui ont contribué à la compréhension de la prise en charge par les infirmières en examinant la perception du patient de l'interaction patient-infirmière.</p> <p>Les patients perçoivent les infirmières attentionnées comme réellement intéressées, compétentes, bien informées, attentives et connectées (Halldorsdottir, 2012). L'interaction patient-infirmière a la capacité d'avoir des effets bénéfiques sur la santé par l'autonomisation, la réduction du stress (Doane et Varcoe, 2007) et l'activation d'un système immunitaire qui peut «donner la vie» (Halldorsdottir, 2008 , p 646). À l'inverse, les patients perçoivent que les infirmières indifférentes sont distantes sur le plan relationnel, incompetentes et insensibles (Wiman et Wikblad, 2004).</p> <p>Dans cette étude, les participants ont indiqué que le pouvoir relationnel entre le patient et l'infirmière affectait leur capacité à maintenir un sentiment d'efficacité.</p>

	<p>Ce sentiment d'inclusion découle surtout d'interactions caractérisées par la confiance et le respect qui compensent le déséquilibre du pouvoir entre l'infirmière et le patient.</p> <p>Ce que l'on sait de l'expérience des femmes âgées dans les établissements de santé n'a pas été bien expliqué dans la littérature (Izumi et al., 2010). Les sondages sur la satisfaction des patients qui sont couramment utilisés ne parviennent pas à saisir les expressions qualitatives des interactions qui mènent à une compréhension plus profonde des perceptions des patients en matière de soins (Schmidt, 2003).</p> <p>Dans la présente étude à travers l'analyse thématique des données, une qualité de l'énergie relationnelle dans les interactions patient-infirmière a émergé. Lorsqu'elle est filtrée à travers la lentille de la théorie féministe critique, cette énergie relationnelle fait écho au pouvoir institutionnel qui domine le monde des soins aux patients (Ekdahl et al., 2010). Les participants se sentaient exceptionnellement soignés par leurs infirmières lorsque l'énergie relationnelle était équilibrée et que le pouvoir était partagé. Dans un environnement de pouvoir partagé, les mesures de soins de qualité vont au-delà des indicateurs de la satisfaction des patients et deviennent des soins vitaux. Lorsque l'énergie relationnelle équilibrée, la bienveillance et le respect de la personne remplissaient les espaces dans et autour des interactions patient-infirmière, ces femmes hospitalisées plus âgées sont devenues avantageuses et visibles.</p> <p>Les limites de l'étude ont bien été définies. La conclusion découle logiquement des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats sont précisées et décrites point par point en faisant des liens avec la catégorie d'âge celle de 65 ans et plus. L'auteure décrit ses limites de l'étude, décrit que les participants du troisième âge (50-75ans) aurait probablement une compréhension différente de la signification des interactions patient-infirmière. Leurs homologues de quatrième âge (plus de 75 ans) (Twigg, 2004). Comparer et opposer les réponses des patients de ces tranches d'âge pourraient apporter de nouvelles perspectives sur la signification de l'interaction patient-infirmière et sur l'impact potentiel sur le bien-être.</p> <p>Pour cette étude, l'érudition de la recherche et de l'enseignement s'est réunie et a inspiré une activité d'apprentissage pour les étudiants en sciences infirmières du baccalauréat. En écoutant les points saillants de ces récits collectifs, les élèves ont d'abord écrit une réflexion puis sont entrés dans un dialogue critique sur les implications pour la pratique. L'objectif était de repenser, recadrer et redynamiser les pratiques de soins pour les patients âgés à risque d'être marginalisés.</p> <p>Oui l'auteure fait des recommandations, applications pour la pratique et les recherches futures. Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions, cela prouve qu'on peut l'utiliser dans la pratique infirmière.</p>

Article 11: Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization (2017)

Auteurs : Sylvie Lafrenière (Nursing Direction), Nathalie Folch, Sylvie Dubois, Lucie Bédard, Francine Ducharme

Fonctions : Specialized Care Consultant, Nursing and Programs Direction, University of Montreal Hospital Center, Clinical Nursing Research

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	La page de garde en tête de page met en avant et résume les termes de la recherche et son titre qui est : « Stratégies utilisées par les patients âgés pour la prévention du déclin fonctionnel durant une hospitalisation ». Le lecteur peut comprendre rapidement à quel type d'étude il a à faire lors de la lecture du titre.
Résumé	<p>Le résumé est synthétisé correctement.</p> <p>Résumé : Près d'un tiers des patients âgés hospitalisés pour des soins actifs souffrent d'un déclin fonctionnel. Peu d'études ont étudié le point de vue des patients plus âgés sur la prévention de ce déclin.</p> <p>Dans le cadre d'une étude qualitative descriptive, les perceptions de 30 personnes âgées hospitalisées ont été recueillies en ce qui concerne leurs stratégies personnelles de prévention, les obstacles à leur mise en œuvre et les interventions du personnel infirmier jugées utiles.</p> <p>Les résultats montrent que les participants sont sensibles au risque de déclin fonctionnel et utilisent diverses stratégies préventives, en particulier pour maintenir leurs capacités physiques, maintenir une bonne humeur, garder un esprit clair et favoriser la nutrition et le sommeil.</p> <p>Leurs stratégies sont difficiles à mettre en œuvre en raison d'obstacles internes et externes. Les interventions infirmières jugées utiles sont une bonne approche relationnelle, de bons soins de base, évaluation appropriée et respect du niveau d'autonomie.</p> <p>L'étude souligne que les patients hospitalisés plus âgés appliquent des stratégies pour prévenir le déclin fonctionnel, mais certaines interventions infirmières peuvent contrecarrer leurs efforts.</p>

	Mots clés : older patient's perspective, functional decline, prevention, hospitalization, acute care
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>C'est une étude qualitative fait par des infirmières praticiennes.</p> <p>Le déclin fonctionnel est la capacité réduite d'accomplir des activités de la vie quotidienne et domestique liée à une altération du fonctionnement physique et cognitif (Conseil consultatif des ministres australiens de la santé [AHMAC], 2004).</p> <p>Le déclin fonctionnel pendant l'hospitalisation des personnes âgées a été étudié pendant plus de 25 ans. Il s'agit de la principale complication de l'hospitalisation chez les patients âgés, dont les causes sont multiples, cumulatives et interactives (AHMAC, 2004, Lafont et al., 2011, Sager et Rudberg, 1998). Dans une étude prospective multicentrique ($N = 1\ 279$), près d'un tiers des patients âgés hospitalisés pour des soins actifs ont présenté un déclin fonctionnel à la sortie (Sager, Franke, et al., 1996). Parmi ces patients, 40% présentaient une perte d'autonomie dans plus de trois activités de la vie quotidienne, et pour la moitié d'entre eux, cette perte d'autonomie persistait plus de 3 mois après l'hospitalisation.</p> <p>En ce qui concerne les attentes, les obstacles et les interventions infirmières perçus comme utiles par les personnes âgées hospitalisées, la recherche existante s'est concentrée uniquement sur la mobilité, la fonction physique et l'autonomie; aucune étude à ce jour n'a examiné spécifiquement d'autres éléments qui doivent être maintenus pour prévenir le déclin fonctionnel, comme la nutrition, l'élimination, la cognition, l'humeur et le sommeil, qui sont couverts par la majorité des programmes de prévention du déclin fonctionnel chez les adultes âgés.</p> <p>Les auteures ont entrepris une étude d'un centre dans le but d'explorer les perceptions des adultes de 75 ans ou plus hospitalisés dans des unités médicales sur la prévention du déclin fonctionnel lors d'un épisode de maladie aiguë. Plus précisément, l'objectif est de connaître leurs perceptions concernant les stratégies personnelles de prévention du déclin fonctionnel, les obstacles rencontrés lors de l'application de ces stratégies et les interventions du personnel soignant jugées utiles. Une connaissance plus complète de ces stratégies, qui font partie de l'expérience de santé des patients hospitalisés plus âgés, et des facteurs contraignants et facilitateurs pour mobiliser ces stratégies est nécessaire pour guider la pratique infirmière avec cette population.</p> <p>Face à cette situation de vulnérabilité des hospitalisations des personnes âgées, les chercheurs ont mis au point et ont démontré l'efficacité des programmes visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées admises aux soins de courte durée paramètres (Inouye et al., 2000; Mezey et al., 2004; Palmisano-Mills, 2007). Cependant, ces programmes n'ont pas été conçus en tenant compte des perceptions des personnes âgées hospitalisées, qui sont les principaux intervenants.</p>

	<p>Dans ce contexte, les chercheurs ont entrepris une étude pour documenter les perceptions des personnes âgées dans la prévention du déclin fonctionnel possible lors d'un épisode d'hospitalisation pour une maladie aiguë.</p> <p>Le problème est pertinent, ces programmes visent à prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées hospitalisées par l'application systémique d'interventions préventives couvrant, entre autres, la mobilité, la nutrition, l'hydratation, la continence, le sommeil, l'orientation et la stimulation cognitive.</p> <p>Les programmes exigent la participation active de l'aîné hospitalisé et doivent être initiés à l'admission à l'hôpital. À cet égard, il est essentiel de connaître le point de vue des personnes concernées par ces interventions. Certains auteurs ont souligné l'importance de réduire l'écart entre les besoins auto-perçus des personnes âgées hospitalisées et leurs besoins tels que perçus par les infirmières afin de s'assurer que les priorités des patients sont respectées (Chang, Chenoweth et Hancock, 2003, Glasson et coll. 2005, Parke & Brand, 2004).</p> <p>Le problème à une signification particulière à la discipline infirmière car ceci amène un autre regard à la discipline infirmière.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteures se basent sur différents écrits en citant des sources primaires.</p> <p>De nombreux outils de détection considèrent que la tranche d'âge de 75 ans ou plus est la plus à risque (Cornette, Swine, Malhomme, Gillet et D'Hoore, 2005, Sager, Rudberg, et al., 1996). Inspiré par des programmes dont l'efficacité a été prouvée, tels que ceux du programme Hospital Elder Life (HELP, Inouye et al., 2000) et des soins actifs pour les aînés (ACE, Palmer, Counsell et Landefeld, 1998, 2003)., Les initiatives visant à améliorer les soins offerts aux personnes âgées ont contribué à changer les pratiques dans les hôpitaux, en particulier aux États-Unis, le Canada et l'Australie (Acute Care Réseau gériatrique infirmière, 2010, 2011 Lafont et al., Mezey et al., 2004, Palmisano-Mills, 2007, Voyer, Collin, Racine et Bourque, 2013).</p> <p>Ils se basent sur différents écrits, l'importance de prévenir ce déclin fonctionnel en se basant sur les ressources des personnes et les interventions des infirmières jugé utiles en citant le modèle conceptuel des soins infirmiers proposé par Watson (2008).</p> <p>Selon ce modèle, les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins en reconnaissant le potentiel de bienveillance de tous les êtres humains favorisant le choix et l'autodétermination, en s'efforçant de connaître l'autre et en cherchant à comprendre comment les individus doivent être soutenus dans leur santé expérience (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Il a influencé le choix d'envisager la prévention du déclin fonctionnel à l'hôpital par le biais des points de vue des patients plus âgés.</p> <p>Cette synthèse de ces différents écrits permettent d'avoir une base solide pour l'étude.</p>

Cadre de recherche	<p>Les auteures se basent sur deux concepts.</p> <p>Le premier, le cadre théorique de la prévention du déclin fonctionnel proposé par les meilleures pratiques des australiens pour minimiser le déclin fonctionnel chez les personnes âgées dans les milieux de soins actifs, subaigus et résidentiels (AHMAC, 2004).</p> <p>Le deuxième le concept de Watson. Il est inscrit dans le cadre de référence des soins infirmiers. Les concepts sont liés au but de l'étude. Ces bases philosophiques et théoriques sont liées au but de l'étude. Elles sont explicites et appropriées à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les buts et les objectifs de l'étude sont bien mis en évidence. Les objectifs des auteurs, est de connaître les perceptions concernant les stratégies personnelles des patients pour prévenir un déclin fonctionnel lors d'une hospitalisation.</p> <p>Ils veulent aussi connaître les obstacles rencontrés lors de l'application de ces stratégies et les interventions du personnel soignant jugées utiles.</p> <p>Les auteurs supposent qu'une connaissance plus complète de ces stratégies qui font partie de l'expérience de santé des patients hospitalisés et des facteurs contraignants et facilitateurs pour mobiliser ces stratégies est nécessaire pour guider la pratique infirmière avec cette population.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Il s'agit d'une population âgée de 75 ans et plus parlant couramment le français admis à l'hôpital au moins 7 jours auparavant (y compris tout séjour aux urgences) et consentant à participer à l'étude.</p> <p>C'est une étude descriptive qualitative dans deux unités médicales d'un hôpital universitaire urbain canadien de soins de courte durée (Montréal). Ces unités traitaient chacune 32 patients traités en médecine interne. Aucun programme spécifique de prévention du déclin fonctionnel chez les patients âgés n'était en vigueur dans les deux unités.</p> <p>Sont exclues de l'échantillon les personnes dans l'une des situations suivantes: état de santé instable, isolement infectieux, chirurgie orthopédique pendant l'hospitalisation et incapacité permanente de marcher avec de l'aide ou un appareil de marche. Les personnes ayant des troubles cognitifs ou des problèmes de santé mentale, comme le</p>

		délire et la démence documentée, limitant leur capacité à participer à l'étude ont également été exclues.
Considérations éthiques		<p>L'étude a reçu l'approbation éthique par le Conseil d'examen institutionnel de l'hôpital. Les participants ont été recrutés et rencontrés au moins 7 jours après leur admission à l'hôpital, y compris tout séjour à l'urgence. Ce délai était nécessaire pour optimiser le recrutement, laisser l'état de santé du participant devenir plus stable et acquérir suffisamment d'expérience pour se relier à l'entrevue.</p> <p>L'opportunité de participer à l'étude a été présentée par les infirmières du personnel aux participants potentiels. Les patients qui ont exprimé leur intérêt ont ensuite été approchés par un assistant de recherche pour vérifier leur éligibilité et obtenir un consentement éclairé.</p>
Devis de recherche	de	<p>Etude descriptive qualitative. Les auteures ont respectés les critères de qualité.</p> <p>Il s'agit de 30 participants hospitalisé âgés de 75 et plus. La réalisation d'une étude auprès des personnes âgées hospitalisées dans le contexte des soins aigus comporte de nombreux défis tels que la prévalence accrue du délire, un emploi du temps chargé, une vulnérabilité accrue et la fatigue (Hancock, Chenoweth, & Chang, 2003). Compte tenu de cela, deux infirmières à la retraite formées pour reconnaître les signes de détérioration physique et de délire chez l'aîné ont été embauchées comme intervieweurs. Les intervieweurs ont suivi deux jours de formation, qui comprenaient des lectures, de l'apprentissage en ligne, des vidéos et des discussions avec une infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie.</p> <p>Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio numérique avec le consentement du participant. Selon l'état de santé du participant, l'entrevue pourrait être suspendue et complétée au cours des deux prochains jours.</p> <p>Un questionnaire a été utilisé pour dresser le profil sociodémographique des participants. Les dossiers médicaux ont été examinés pour obtenir des informations sur la santé physique et mentale. Un questionnaire d'entrevue semi-structuré élaboré par l'équipe de recherche a débuté par une série de questions ouvertes et générales pour donner aux participants la possibilité de s'exprimer sur la prévention du déclin fonctionnel sans être orienté vers des catégories préétablies</p> <p>Les différents questionnaires des auteures ont permis d'atteindre les objectifs et les buts de l'étude. La méthode de recherche est adaptée à l'étude.</p> <p>Le recrutement et les entretiens ont eu lieu sur une période de 5 mois.</p>
Modes collectes données	de	<p>Les entrevues enregistrées sur bande audio ont été transcrites et une analyse qualitative du contenu a été effectuée à l'aide de la version 3.2 de QDA Miner pour faciliter la gestion, et utilisée avec Miles et Huberman (2003) comme méthode d'analyse. L'analyse a débuté en même temps que la collecte de données à partir du premier entretien.</p>

	<p>Au fur et à mesure que la collecte de données progressait, les catégories ont été identifiées grâce à l'analyse de contenu, qui comprend trois étapes d'analyse (condensation, affichage et conclusion tirant / vérifiant ; Miles & Huberman, 1994.). Premièrement, les données apparaissant dans les transcriptions pour chaque participant ont été triées et organisées en fonction des questions abordées. Deuxièmement, l'information était organisée avec un texte narratif; Une présentation matricielle a ensuite été élaborée pour classer les données en catégories.</p> <p>Cela a permis d'identifier des thèmes préliminaires en rapport avec les questions de recherche. Troisièmement, les données étaient explicitement reliées à des thèmes et révisées à plusieurs reprises avec deux auteurs (une infirmière clinicienne spécialisée en gérontologie et une infirmière chercheuse) pour recouper et vérifier les résultats émergents récurrents, convergents et contradictoires.</p> <p>Toutes les catégories et tous les thèmes ont été examinés par les deux auteurs en discutant et en réexaminant les écarts afin de s'assurer qu'ils reflétaient le contenu. Le schéma de codage a été conçu, et les données ont été organisées en conséquence avec un accord inter-évaluateur atteignant 85% au premier niveau de condensation des données, 93% au second, et 96% au troisième. De plus, trois infirmières travaillant comme cliniciens dans une équipe de consultation en gériatrie des unités de soins de courte durée ont contribué à la discussion et aux recommandations.</p> <p>La question de recherche a été bien posée en lien avec les termes préliminaires et est appropriée à l'étude « Stratégies utilisées par les patients âgés pour la prévention du déclin fonctionnel durant une hospitalisation ».</p> <p>L'étude est basée là-dessus. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les auteures décrivent correctement les outils pour extraire les informations afin de répondre aux questions de recherche. La retranscription des données est sous forme de tableau.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites, le résumé des résultats met en évidence les extraits rapportés.</p> <p>Les résultats sont présentés selon les catégories descriptives ciblées pour atteindre les objectifs de l'étude, à savoir décrire les stratégies personnelles des patients âgés pour prévenir le déclin fonctionnel, les obstacles à l'application de ces stratégies et, enfin, les interventions du personnel soignant jugées utiles ce qui concerne.</p> <p>Les auteures analysent étape par étape les données en citant les réponses des patients, en mettant en tableau le nombre de population en lien avec la réponse. Par exemple Tableau 1. Stratégies personnelles des participants pour prévenir le déclin fonctionnel (n = 30), etc. Les</p>

	auteurs ont mis les réponses des patients à tous leurs questionnements liés à l'étude.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>L'article décrit exactement par un texte narratif comment s'est déroulé les entretiens, les moyens utilisés, analyse des données en l'adaptant au contexte des personnes.</p> <p>L'article cite les différents résultats de tous les variables étudiés y compris les interventions infirmières jugées utiles.</p> <p>Les interventions infirmières rapportées par les participants pour maintenir leurs habiletés physiques et leur autonomie étaient les suivantes : aider à bouger et à marcher, encourager l'autonomie et offrir de l'aide selon les capacités, soulager la douleur avant les activités nécessitant un déplacement, surveiller et ordonner de ne pas se lever ; marcher seul pour éviter les chutes.</p> <p>En ce qui concerne la nutrition et l'hydratation, les interventions infirmières jugées utiles par les patients étaient les suivantes: améliorer les repas au goût du patient, offrir de l'eau avant de sortir, aider à ouvrir les contenants, encourager les patients à manger et à boire, bonne température.</p> <p>Les quelques interventions utiles identifiées pour maintenir la continence urinaire, les selles régulières et le sommeil sont les suivantes : aider à aller aux toilettes ou installer un bassin de lit et de fournir une commode, offrant de la nourriture ou des médicaments pour prévenir la constipation, et offrant un somnifère. Pour certains participants, comme les interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel, que les personnes appelaient « les petites choses », n'étaient pas perçues comme faisant partie des soins médicaux ou des « grandes choses », ces interventions n'étaient peut-être pas considérées. Les tâches officielles des infirmières ou n'étaient pas une priorité : « Elles font toutes les grandes choses, mais ils ne font pas toujours les petites choses. »</p> <p>La qualité de l'approche relationnelle de l'équipe de soins infirmiers était l'intervention utile que les participants mentionnaient le plus souvent, autant pour maintenir les capacités physiques et l'autonomie que pour maintenir la bonne humeur et la continence. Pour ces patients, les éléments d'une bonne approche pour prévenir le déclin fonctionnel étaient les suivants: la gentillesse (qui diminue l'embarras de demander et de recevoir de l'aide), répondre promptement et volontiers aux demandes d'aide du patient, une attitude douce au chevet, le sourire, le sens de l'humour, la reconnaissance des besoins spécifiques, le respect des décisions du patient, l'attention et la patience. "Ils m'ont aidé en étant d'une humeur extraordinairement bonne. Si j'ai besoin de quoi que ce soit. . . Je suis à l'aise de demander. Un joli sourire, un mot gentil. Nous obtenons beaucoup de cela".</p> <p>Les participants ont également indiqué que les gestes infirmiers suivants étaient bons pour maintenir une bonne humeur: encourager</p>

	<p>les patients, souligner les choses qu'ils font bien, les motiver et inspirer de l'espoir. Une façon très spéciale de faire cela est de nous faire confiance... Gagnez ma confiance et donnez-moi de l'espoir.</p> <p>De nombreux participants ont dit apprécier le fait que les infirmières tenaient compte de leur capacité réelle de marcher et qu'elles ne laissaient pas leur propre peur des chutes empêcher les patients de se déplacer par eux-mêmes : « Il vaut mieux qu'ils nous laissent nous sommes en mesure de faire des choses. » Ils ont notamment souligné le respect de leur autonomie et de leurs choix, comme préférer utiliser une commode ou les toilettes au lieu d'un bassin de lit etc.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les auteures synthétisent les principaux résultats de l'étude.</p> <p>La grande majorité des patients âgés interrogés étaient conscients du risque de déclin fonctionnel au cours de l'hospitalisation. De plus, les résultats ont révélé une variété de stratégies envisagées ou appliquées par une proportion significative de patients âgés hospitalisés pour prévenir ce déclin.</p> <p>Plus des deux tiers des participants étaient des patients «expérimentés» qui avaient déjà été hospitalisés dans un passé récent. Ces patients pourraient avoir développé un bon sens des actions préventives qui ont fonctionné le mieux pour eux. L'étude souligne l'expertise des patients de leur propre condition, qui est préconisée par un élément du cadre de l'étude, l'école de pensée Caring.</p> <p>Les résultats ont également révélé que les stratégies des participants avaient le même objectif d'intervention que celles proposées dans les AHMAC (2004) prévention du déclin théorique cadre fonctionnel. Les stratégies des participants étaient principalement axées sur le maintien des capacités physiques et de l'autonomie, le maintien d'un esprit clair, le maintien d'une bonne humeur et une alimentation et un sommeil suffisants.</p> <p>Les interventions infirmières utiles et les obstacles identifiés par les participants au maintien de la mobilité étaient généralement similaires à ceux décrits dans d'autres études (Boltz et al., 2010, Brown et al., 2007). L'étude exploratoire de Boltz et al. (2010) ont révélé que les patients plus âgés espéraient mieux rentrer à la maison, et non pas pire, et croyaient que des soins infirmiers de base solides et un environnement physique favorable étaient essentiels pour atteindre ce résultat.</p> <p>Comme nos participants, ceux de l'étude de Boltz et al. souligné l'importance d'une attitude positive au lit (approche relationnelle) et mentionné les obstacles tels que l'état de santé du patient, le manque de connaissances des capacités du patient et du patient et le manque de personnel comme obstacles au maintien de la mobilité pendant l'hospitalisation (Boltz et al., 2010).</p>

	<p>Les limites de l'étude ont bien été définies. La conclusion découle logiquement des résultats.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences des résultats sont précisées et décrites point par point en faisant des liens avec la catégorie d'âge : celle de 75 ans et plus.</p> <p>Les infirmières cliniciennes invitées à contribuer à l'analyse ont été surprises d'apprendre que les patients plus âgés envisageaient ou appliquaient autant de stratégies pour prévenir le déclin fonctionnel à l'hôpital. Cependant, cette étude qualitative ne permet pas de conclure que la majorité des patients âgés hospitalisés avec des caractéristiques similaires se comportent de la même manière.</p> <p>De plus, les résultats de l'étude sont basés sur l'expérience de patients plus âgés dans des unités médicales, en milieu urbain, et avec un contexte culturel plutôt uniforme.</p> <p>Notre étude approfondit les connaissances existantes sur la perspective des personnes âgées à l'hôpital en lien avec leurs stratégies personnelles de prévention du déclin fonctionnel. Il fournit des connaissances sur les personnes âgées hospitalisées en tant qu'acteurs actifs dans leurs soins plutôt que de simples bénéficiaires de soins. Cela nous permet de reconnaître que, malgré les obstacles, il existe des patients plus âgés ayant des connaissances et des stratégies qu'ils souhaitent ou tentent d'appliquer pour prévenir le déclin fonctionnel. L'étude souligne également l'importance de rassembler les infirmières, les patients âgés et leurs familles dans un partenariat collaboratif. Pour mettre en place une stratégie commune et synergique de prévention du déclin fonctionnel à l'hôpital, les infirmières doivent utiliser au mieux les connaissances et les compétences du patient.</p> <p>À cet égard, nous suggérons que les infirmières cliniciennes évaluent d'abord et continuellement, avec les patients et leur famille, les capacités physiques du patient et le risque de chute, ainsi que les autres dimensions qui contribuent à la prévention du déclin fonctionnel. Les infirmières devraient partager et discuter de leurs observations et conclusions avec elles. Nous recommandons également que les infirmières se concentrent sur les capacités holistiques des patients plus âgés au lieu de simplement identifier leurs incapacités. Il faudrait envisager d'adopter un modèle de soins propice à une relation non hiérarchique, comme la théorie de Watson sur les soins humains (Watson et Woodward, 2006) ou les soins infirmiers axés sur la force élaborés par Gottlieb (2013). Les infirmières devraient reconnaître l'importance de considérer les patients plus âgés comme des partenaires de soins, en les félicitant pour leurs capacités et les choses qu'ils font bien.</p> <p>Les auteurs font des recommandations, applications pour la pratique et les recherches futures. Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions, cela prouve qu'on peut l'utiliser dans la pratique infirmière.</p>