

Freins à l'auto-sondage intermittent en 2016 : enquête préliminaire de perception et implications

Barriers related to the use of self-catheterization : preliminary survey of perception and implications

T. Debugne¹, S. Foucret² et F. Moissenet³

¹Médecin MPR, Unité d'Evaluation Pelvi-Périnéale (UdEPP), Coordinateur Secteur Rééducation neurologique, ²Infirmière référente, Unité d'Evaluation Pelvi-Périnéale (UdEPP), ³Ingénieur en Biomécanique, Laboratoire d'Analyse du Mouvement, Rehazenter, Luxembourg

RESUME

Introduction : la littérature recommande l'utilisation du sondage urinaire intermittent comme mode mictionnel optimal chez les patients blessés médullaires. Néanmoins, l'implémentation de cette technique doit encore faire face à de nombreux freins liés tantôt aux patients, tantôt aux acteurs de soins de santé, tantôt au matériel.

Matériel et méthodes :

1. Identifier les barrières pouvant empêcher l'auto-sondage intermittent ;
2. Rechercher des tests d'évaluation spécifique en relation avec ces freins ;
3. Interroger 4 groupes identifiés : patients – infirmières de neurologie, neurochirurgie et soins intensifs – infirmières de rééducation – infirmières à domicile. Chaque participant retient et classe par ordre d'importance les 10 items leur semblant les plus significatifs ;
4. Comparer chaque groupe et envisager les conséquences pratiques au niveau de l'éducation thérapeutique et des programmes de formation.

Résultats : de manière globale, le patient place les limites principalement au niveau du matériel, alors que les facteurs liés au patient lui-même sont le plus souvent rapportés par les professionnels de santé. Des différences significatives sont également observées entre les groupes de professionnels, selon leur domaine d'activité.

Conclusion : cette enquête sur les freins principaux à l'implémentation de l'auto-sondage intermittent a permis de mettre en évidence des perceptions différentes entre patients et professionnels. La prise en compte de spécificités de service dans le contenu de la formation à apporter est retenue. Cette adaptation de la formation professionnelle et de l'éducation thérapeutique devra contribuer à la concrétisation d'un parcours de soins pelvi-périnéaux.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 136-42

ABSTRACT

Introduction : the use of clean intermittent catheterization (CIC) has been widely advocated after spinal cord injury. Nevertheless, implementing this technique remains problematic in practice; reasons for this reluctance range from lack of experience to availability of material.

Material and methods :

1. To identify a list of barriers related to the use of intermittent catheterization ;
2. To identify specific assessment tools in relation with these barriers ;
3. To conduct a survey on four groups of people: patients – nurses in neurology, neurosurgery and intensive care – nurses in rehabilitation, – nurses in home-care. Each group has to select from this list and rank the ten most important barriers ;
4. To compare the barriers those that have been highlighted by each of these groups.

Results : overall, the main preoccupation of the patient is mostly related to the material, while a large proportion of care-givers consider that the most prevalent barrier for the implementation of the CIC lies in the patient himself. An analysis was also carried out to highlight trends within groups (i)-(iv) of care-givers.

Conclusion : the perception of burden is different for patients and care-givers ,depending on the service within which they operate. A careful analysis will enable us to adapt the therapeutic education of the patients and to tailor the information transmitted to care-givers. Such continuous process of care will emphasise the concept of 'pelvic perineal health-care pathway'.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 136-42

Key words : self-catheterization, survey, burden, pelvic-perineal pathway

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, la technique de l'auto-sondage intermittent (ASI) est validée comme étant le mode optimal de vidange de la plupart des vessies neurologiques : elle est associée à un taux de morbidité minimal et à un gain de qualité de vie très significatif.

Néanmoins, son implémentation tout au long du parcours de soins fait encore actuellement face à beaucoup de difficultés, avec des justifications variables, allant d'un défaut de ressources humaines au problème de matériel, en passant par les risques d'infection urinaire. Ainsi, dans un article de 2008¹, Bonniaud rapportait les résultats d'une enquête réalisée auprès de 246 médecins généralistes concernant leur pratique vis-à-vis de l'ASI : 87 % d'entre eux estimaient que l'infection urinaire en était la complication principale, 30 % demandaient un examen cyto bactériologique systématique, 29 % recommandaient l'usage de gants stériles et prescrivaient une antibiothérapie sur une colonisation positive.

Le but de cette étude était donc de répertorier et comprendre les freins essentiels à l'instauration de l'ASI, en prenant comme modèle le blessé vertébro-médullaire. En effet, depuis son introduction par Lapidès² et Guttmann³, l'utilisation de l'AS est largement reconnue comme la méthode de choix dans le management des dysfonctionnements vésico-sphinctériens chez le patient blessé médullaire. Si l'objectif initial de la prise en charge de ce type de patients est le maintien en vie, la prévention de l'installation d'un surhandicap est tout aussi primordiale, qu'il soit lié aux complications vésico-rénales, internistiques ou cutanées par exemple. En effet, de nombreuses publications^{3,4} ont démontré la relation directe entre le taux de complications de la sphère urinaire et la méthode de vidange vésicale, avec un net avantage pour le drainage intermittent, et ce, que ce soit en phase aiguë post-traumatique immédiate ou plus tardive. Nous avons donc voulu savoir quelles étaient les motivations et raisons principales à la frilosité des professionnels de soins de santé pour l'implémentation de l'ASI en 2016.

MATERIEL ET METHODES

Identification des facteurs limitants

Une revue de littérature (revue Pubmed – mots-clés : *self-catheterisation, survey, barriers, care-givers, pelvic perineal health, care pathway* – articles en français-anglais – articles originaux) nous a permis dans un premier temps de collecter l'ensemble des facteurs limitants potentiels à l'utilisation de l'ASI⁵⁻¹². Ceux-ci ont ensuite été répartis en trois catégories, selon qu'ils concernaient plus particulièrement le patient, le matériel ou les acteurs de soins de santé impliqués (infirmières-formation-tutelle pour les remboursements).

Questionnaire

Dans un deuxième temps, après avis favorable du Comité d'Éthique du Centre national de Rééducation et de Réadaptation, 119 sujets, répartis en 4 groupes représentant les parties prenantes principales à l'initiation et au maintien de la technique de l'ASI, ont été contactés :

- Groupe 1 : infirmières de Centre de Rééducation (n=30)
- Groupe 2 : patients blessés médullaires (paraplégiques avec au moins 1,5 an de pratique de la technique) (n=13)
- Groupe 3 : infirmières de Réseaux de Soins à domicile (n=42)
- Groupe 4 : infirmières de Services hospitaliers aigus : Neurologie – Neurochirurgie – Soins Intensifs (n=34)

Tous les professionnels interrogés dans cette étude sont confrontés au quotidien à la problématique de la vessie neurogène : certains y sont confrontés initialement et/ou tardivement avec l'instauration et le maintien de l'hétéro-sondage intermittent, d'autres lors de l'éducation à l'auto-sondage intermittent. Le niveau de formation comme tel (formation interne – formation diplômante, etc...) n'a donc pas été précisé. Les qualifications du médecin prescripteur initial n'ont pas été documentées.

Une enquête a été réalisée auprès de ces sujets par voie postale. Le courrier comprenait un document expliquant la démarche (annexe), ainsi qu'un questionnaire concernant leur opinion sur les difficultés potentielles à la mise en place de l'auto-sondage intermittent. L'anonymisation des résultats a été assurée dès le retour des courriers. Le questionnaire reprenait l'ensemble des facteurs définis lors de la revue de littérature et il était demandé de retenir les 10 facteurs les plus limitant à la réalisation de l'ASI, puis de les classer par ordre d'importance (de 1 à 10, 10 correspondant à la plus grande importance). Seuls les questionnaires correctement et entièrement remplis ont été retenus.

Analyse statistique des résultats

Une analyse de la variance (ANOVA) a été réalisée sur les résultats obtenus en inter et intra-groupe, entre les catégories et sous-catégories de facteurs, avec un intervalle de confiance fixé à 95 %.

De plus, les 5 facteurs les plus importants et les 5 facteurs les moins importants ont été identifiés.

RESULTATS

Identification des facteurs limitants

30 facteurs limitants potentiels ont pu être recensés au cours de la revue de littérature, répartis en 19 facteurs patient, 8 facteurs matériel et 3 facteurs acteurs de soins de santé (figure 1).

FACTEURS PATIENT

Physiques

Problème local	Mécanique (obstacles..) Sensitif-douleur Saignement Fausse route
Problème régional	Spasticité (adducteurs par ex.) Articulaire (raideur hanche, genou- POAN,...) Escarre sacrée, ischiatique
Problème global	Obésité Accès toilettes Age Difficultés préhension Difficultés visuelles Difficultés de coordination Evolutivité maladie

Psycho-cognitifs

Compréhension
Accès à l'éducation thérapeutique
Image corporelle
Deuil
Tabou-intimité-sexualité

FACTEURS MATERIEL

Emballage

Discrétion et encombrement de l'emballage de votre sonde
Caractère hygiénique et robuste de l'emballage de votre sonde
Ouverture de l'emballage et sa fixation éventuelle

Lubrification

Manière d'obtenir la lubrification de votre sonde (spontanée, sachet d'eau, gel...)

Sonde

Saisie, conduite et positionnement au méat urétral de votre sonde
Facilité de progression de votre sonde et le confort de glisse
Facilité de vidange des urines (longueur de sonde, matériel adaptable, poche de recueil)

Après sondage

Facilité et discrétion pour se débarrasser de votre sonde et emballage

FACTEURS ACTEUR SOINS DE SANTE

Aspect socio-économique (coût-disponibilité matériel-niveau de remboursement)

Divergences d'opinions entre intervenants-absence de consensus

Manque de connaissances – défaut de formation

Figure 1 : Check-list facteurs limitants.

Parmi les facteurs " patient ", deux sous-catégories ont été identifiées : les facteurs physiques (classés en problèmes locaux, régionaux et globaux) et les facteurs psycho-cognitifs. Afin de les illustrer, un certain nombre d'exemples et situations sont reprises dans la partie " Discussion " de l'article.

De la même manière, les facteurs " matériel " ont été répartis en 4 sous-catégories : les facteurs liés à l'emballage, à la lubrification, à la sonde et à l'après-sondage¹³.

Enfin, nous avons regroupé dans la catégorie

" acteurs soins de santé " des items allant du manque de formation aux divergences d'opinions intra-service, en passant par les problèmes d'ordre administratif liés au coût et au niveau de remboursement, avec des différences transfrontalières, élément potentiellement important au Grand-Duché de Luxembourg, au vu de notre population multinationale et des différents régimes de sécurité sociale concernés.

Questionnaire

De manière générale, 7 éléments ressortent des résultats du questionnaire.

1. Si l'on considère la perception des 3 catégories de facteurs retenus (Patients – Matériel – Acteurs soins de santé) pour l'ensemble des groupes interrogés, la catégorie " patients blessés médullaires " (groupe 2) est celle qui ressort le plus comme un frein potentiel à l'implémentation de l'ASI, avec une différence très significative ($p < 0,001$) par rapport aux catégories " matériel " et " acteurs soins de santé " (figure 2).

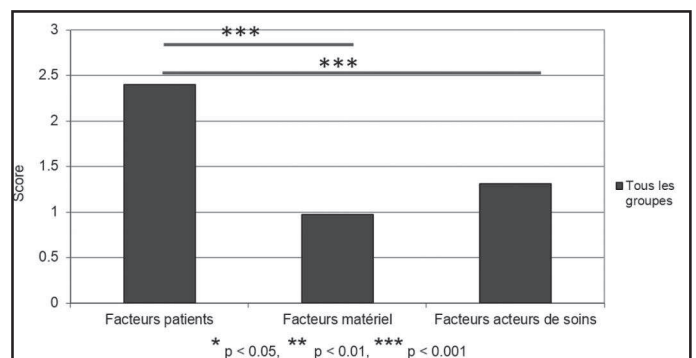


Figure 2 : Différence de perception inter-groupes des catégories de facteur.

2. Si l'on analyse les différences de perception entre les 4 groupes interrogés pour chaque catégorie de facteurs (figure 3), les différences inter-groupes statistiquement les plus significatives ($p < 0,001$) concernent la catégorie matériel, avec une représentation nettement plus importante de la part du groupe " patients blessés médullaires " (groupe 2) par rapport aux 3 autres groupes " profession-

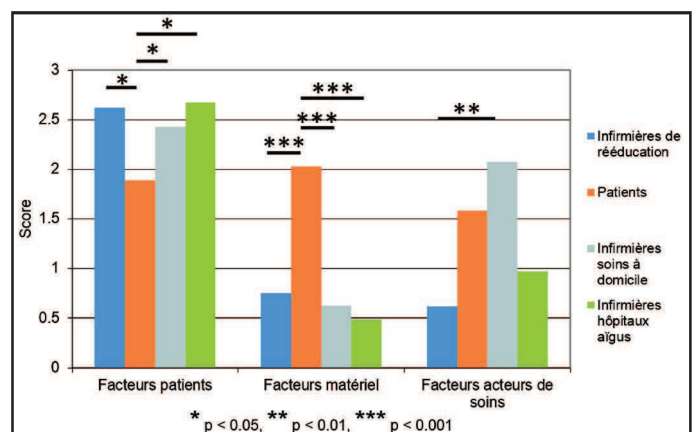


Figure 3 : Différence de perception intra-groupe des catégories de facteur.

nels " (groupes 1, 3 et 4). Par contre, entre les 3 groupes " professionnels " (groupes 1, 3 et 4), les écarts mesurés restent non significatifs, et ce quelle que soit la catégorie concernée, sauf pour la catégorie " acteurs soins de santé ", avec une différence significative ($p < 0,01$) entre les infirmières de rééducation et les infirmières exerçant à domicile.

3. Si l'on analyse les différences de perception entre les 4 groupes interrogés pour chaque sous-catégorie des facteurs patient (facteurs physiques, facteurs psycho-cognitif), matériel (facteurs emballage, lubrification, sonde et après sondage) et la catégorie acteurs soins de santé, le groupe " patients blessés médullaires " (groupe 2) se distingue à nouveau des trois autres groupes " professionnels " (groupes 1, 3 et 4) avec des différences significatives ($p < 0,05$) pour les sous-catégories facteurs physiques, facteurs emballage et facteurs après sondage, ainsi que pour la catégorie " acteurs soins de santé " (figure 4).

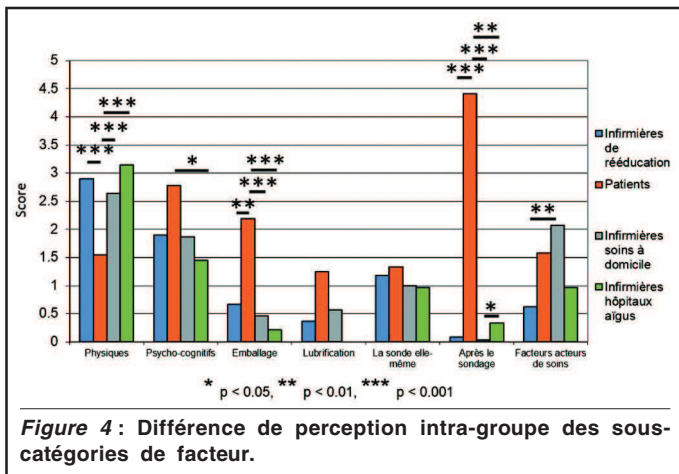


Figure 4 : Différence de perception intra-groupe des sous-catégories de facteur.

4. La même analyse tous groupes confondus retrouve l'importance des facteurs physiques, avec une faible différence significative ($p < 0,05$) entre les facteurs physiques et psycho-cognitifs, mais très significative ($p < 0,001$) par rapport à la catégorie " acteurs soins de santé " et chaque sous-catégorie " matériel " pris individuellement (figure 5).

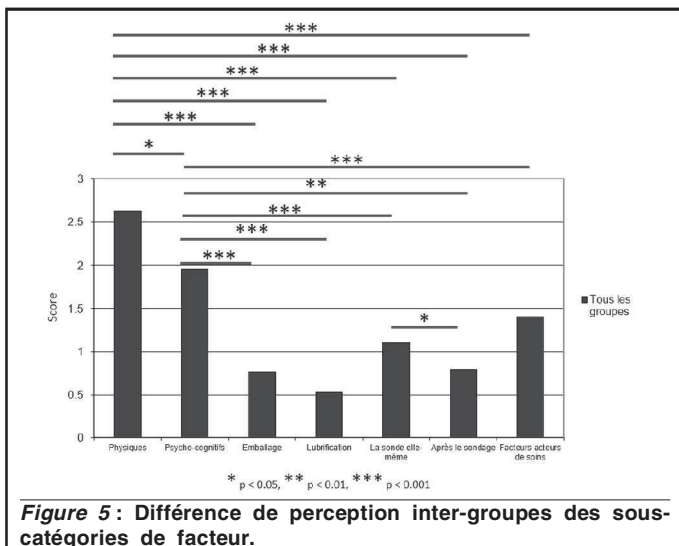


Figure 5 : Différence de perception inter-groupes des sous-catégories de facteur.

5. Parmi les facteurs physiques répertoriés en local, régional et global, le groupe " patients blessés médullaires " (groupe 2) se distingue encore une fois avec une perception des problèmes globaux très significativement différente ($p < 0,001$) des 3 autres groupes " professionnels " (groupes 1, 3 et 4) (figure 6).

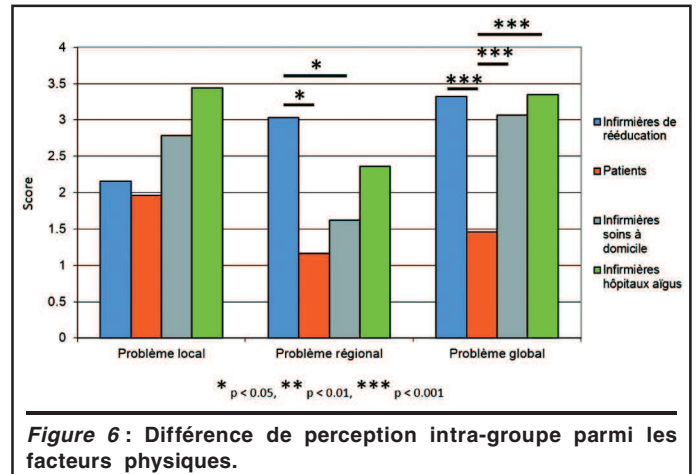


Figure 6 : Différence de perception intra-groupe parmi les facteurs physiques.

6. Les facteurs " acteurs soins de santé " sont principalement perçus comme limitants pour le groupe des infirmières de Réseaux de Soins à domicile (groupe 3), notamment plus que pour le groupe des infirmières de Centre de Rééducation (groupe 1) ($p < 0,01$) (figure 3).

7. Les facteurs " matériels " sont principalement retenus par le groupe " patients blessés médullaires " (groupe 2), et très peu considérés comme frein à la technique pour l'ensemble du personnel soignant (groupes 1, 3 et 4) ($p < 0,001$) (figure 3).

Enfin, les 5 facteurs les plus souvent retenus, tous groupes confondus, sont 1) les difficultés transfert, accès, obésité, 2) les problèmes de coordination, 3) les problèmes sensitifs-douleurs, 4) les problèmes de spasticité et 5) les problèmes mécaniques. A l'inverse, les 5 facteurs les moins retenus, tous groupes confondus, sont la manière d'obtenir la lubrification, la présence d'escarres, et les 3 items liés à l'emballage. Dans tous les cas, la note attribuée à ces facteurs était, respectivement, significativement plus grande ou plus petite que celle des autres facteurs ($p < 0,05$).

DISCUSSION

Nous avons dans un premier temps répertorié les facteurs limitants liés au patient lui-même, et classé en deux sous-catégories : les facteurs physiques (classés en problèmes locaux, régionaux et globaux) et les facteurs psycho-cognitifs. Parmi les facteurs d'ordre régional, toute limitation à l'abduction des hanches par exemple peut s'avérer comme extrêmement délétère : ainsi la présence d'une para-ostéopathie neurogène de la hanche engendrera un *adductum* irréversible. De même, une hypertonie spastique sur les muscles adducteurs de hanche peut

interférer avec l'accès au périnée. Dans ce cadre, l'examen clinique (mobilité passive, score d'Ashworth), combiné à la réalisation d'un bloc moteur anesthésique du nerf obturateur permettra de confirmer l'aspect réversible de l'*adductum* et l'indication d'un traitement curatif simple (alcooolisation-neurotomie fasciculaire sélective). Concernant les obstacles d'ordre global, les déficits au niveau des membres supérieurs peuvent bien entendu limiter l'accès à la technique de l'ASI. Leur évaluation passe par l'utilisation d'outils spécifiques comme la Classification Internationale du Membre Supérieur de Giens¹⁴, mais aussi par le PP-test¹⁵. Ils permettront l'évaluation des capacités persistantes, le potentiel d'interventions chirurgicales fonctionnelles et la prédiction de la faisabilité de l'ASI. Dans cette même catégorie, les problèmes environnementaux, entre autres architecturaux comme l'accès aux toilettes ou à la salle de bain occupent une place importante, tel que cela a déjà été évalué et publié en 2013 par l'équipe de Bolinger¹⁶. Enfin, indépendamment du potentiel physique préservé, le patient doit aussi faire preuve de capacités d'apprentissage via un programme d'éducation thérapeutique, mais aussi accepter sur le plan psychologique ce nouveau mode mictionnel : c'est là encore tout l'intérêt de la mise à disposition d'une équipe pluri-professionnelle.

De la même manière, les facteurs " matériel " ont été répartis en 4 sous-catégories : les facteurs liés à l'emballage, à la lubrification, à la sonde et à l'après-sondage¹³. Différentes études¹³⁻¹⁶ ont en effet mis en évidence l'importance relative de différents facteurs comme la lubrification ou le packaging. Un certain nombre de questionnaires ont été développés pour évaluer ces difficultés de sondage. Le score INCASQ¹³ est notamment un outil d'auto-évaluation de la satisfaction des patients en fonction du cathéter utilisé : il est spécifiquement lié au matériel, sous ses différents aspects (emballage, lubrification, sonde). Nous avons ainsi opté pour ce dernier, au vu de sa simplicité, de son exhaustivité et de sa validation récente.

La prévalence des facteurs " patients " dans la perception des limites potentielles à l'auto-sondage confirme l'importance d'une évaluation globale, multiprofessionnelle et multidimensionnelle du patient dans le processus de décision d'instauration de l'auto-sondage intermittent (ASI). Les patients eux-mêmes retiennent plus spécifiquement des items faisant référence au matériel et à l'intimité : la facilité et la discrétion pour se débarrasser du matériel sont largement plébiscitées. Ces résultats confirment l'importance primordiale de l'éducation thérapeutique initiale, incluant la mise en avant répétée des avantages de la technique mais aussi la présentation de différents types de matériel. Un suivi régulier de ces patients, comprenant entre autres des évaluations à l'aide d'outils validés, associé à une réactualisation en fonction de l'évolution du matériel entre autres doivent permettre d'optimiser l'adhésion du patient à ce mode mictionnel.

Si un environnement professionnel spécifique des

parties prenantes concernées semble influencer cette perception, les différences mesurées entre les groupes de professionnels ne sont significatives ($p < 0,01$) que pour les items de la catégorie " acteurs soins de santé ", entre les infirmières de rééducation et les infirmières exerçant à domicile.

Les résultats observés dans les structures de rééducation spécialisées peuvent être compatibles avec un meilleur niveau de formation, une cohésion d'équipe plus optimale, ainsi que l'application d'un processus de soins bien établi dans la prise en charge de ce type de dysfonctionnements. Cela se confirme lorsqu'on analyse le poids du seul item " Manque de connaissances " : son poids est le plus faible pour le groupe Infirmières de Centre de Rééducation (groupe 1) et le plus lourd pour les infirmières des Réseaux de Soins à domicile (groupe 3).

Sur le plan méthodologique, une participation plus importante de patients à l'enquête, ainsi que la présence d'un cinquième groupe représenté par les médecins potentiellement prescripteurs (généralistes/spécialistes) auraient apporté une plus-value à ce travail. L'évaluation du *drop-out* vis-à-vis de la technique de l'ASI et le rôle du médecin traitant dans son maintien ne faisaient pas partie de nos objectifs et pourraient faire l'objet d'un travail complémentaire.

L'ensemble de ces résultats semble confirmer l'intérêt de programmes de formation ciblée en fonction du domaine d'activité. Toute cette démarche devra contribuer à dédramatiser la technique de l'auto-sondage intermittent, diminuer les fausses croyances, uniformiser la procédure de soins, et contribuer à une continuité de soins optimale à l'établissement d'une véritable filière de soins pelvi-périnéaux.

CONCLUSION

Malgré l'abondance des preuves scientifiques, l'implémentation de l'auto-sondage intermittent (ASI) rencontre encore un certain nombre d'obstacles. Cette première étude préliminaire a permis de mettre en avant le lien entre soignant-soigné-secteur d'activité professionnelle et perception du type de freins. Elle nous permettra d'adapter le contenu de nos discours envers les patients et professionnels de soins de santé, tant dans le cadre de l'éducation thérapeutique que dans celui de la formation.

Une seconde étude incluant les médecins prescripteurs initiaux et les médecins généralistes permettra de poursuivre et d'affiner l'analyse de ces difficultés.

L'objectif final est d'uniformiser la prise en charge entre les différents acteurs de soins, pour aboutir à la concrétisation d'une véritable filière de soins pelvi-périnéaux.

Conflits d'intérêt : Le Dr Thierry Debugne a été conférencier pour Allergan et Coloplast (05/2014).

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonniaud V, Lyxouchouky X, Bévalot J, Decavel P, Metton G, Parratte B. Enquête de la pratique de l'auto sondage intermittent propre auprès des médecins généralistes. *Ann Readapt Med Phys.* 2008;51(9):729-33.
2. Lapidès J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean, intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. *J Urol.* 1972;107(3):458-61.
3. Guttman L, Frankel H. The value of intermittent catheterisation in the early management of traumatic paraplegia and tetraplegia. *Paraplegia.* 1966;4(2):63-84.
4. Weld KJ, Dmochowski RR. Effect of bladder management on urological complications in spinal cord injured patients. *J Urol.* 2000;163(3):768-72.
5. Maynard FM, Diokno AC. Clean intermittent catheterization for spinal cord injury patients. *J Urol.* 1982;128(3):477-80.
6. Labat J, Perrouin-Verbe B, Lanoiselee JM, Mathe JF, Buzelin JM. L'autosondage intermittent propre dans la rééducation des blessés médullaires et de la queue de cheval. I et II. *Ann Réadaptation Med Phys.* 1985;28(2):111-123,125-36.
7. Perrouin-Verbe B, Tuloup A, Labat JJ, Mathe JF, Buzelin JM. Le sondage intermittent propre chez le blessé médullaire: Modalités, indications, complications, limites. In : Pelissier J, Coster P, Lopez S, Pares P (eds). *Rééducation Vésico-Sphinctérienne et Anorectale.* Paris:Masson;1992,81-90.
8. Wyndaele JJ, Maes D. Clean intermittent self-catheterization: a 12-year followup. *J Urol.* 1990;143(5):906-8.
9. Prieto J, Murphy CL, Moore KN, Fader M. Intermittent catheterisation for long-term bladder management. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(9):CD006008.
10. Chartier-Kastler E, Amarenco G, Lindbo L, Soljanik I, Andersen HL, Bagi P *et al.* A prospective, randomized, crossover, multicenter study comparing quality of life using compact versus standard catheters for intermittent self-catheterization. *J Urol.* 2013;190(3):942-7.
11. Shaw C, Logan K. Psychological coping with intermittent self-catheterisation (ISC) in people with spinal injury: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(10):1341-50.
12. Lim SW, Lee HE, Davis M, Park K. Perceived barriers and difficulties of intermittent catheterization: In Korean patients with spinal dysraphism and their parents. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(3):395-9.
13. Guinet-Lacoste A, Jousse M, Verollet D, Sheikh Ismael S, Le Breton F, Tan E, Amarenco G. Validation of the InCaSaQ, a new tool for the evaluation of patient satisfaction with clean intermittent self-catheterization. *Ann Phys Rehabil Med.* 2014;57(3):159-68.
14. McDowell C, Moberg EA, House JH. The Second International Conference on Surgical Rehabilitation of the Upperlimb in Tetraplegia (Quadriplegia). *J Hand Surg.* 1986;11(4):604-8.
15. Amarenco G, Guinet A, Jousse M, Verollet D, Ismael SS. Pencil and paper test: a new tool to predict the ability of neurological patients to practice clean intermittent self-catheterization. *J Urol.* 2011;185(2):578-82.
16. Bolinger R, Engberg S. Barriers, complications, adherence, and self-reported quality of life for people using clean intermittent catheterization. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(1):83-9.

Correspondance et tirés à part :

T. DEBUGNE
Rehazenter
Unité d'Evaluation Pelvi-Périnéale (UdEPP)
Secteur Rééducation Neurologique
Rue André Vésale 1
2674 Luxembourg
E-mail : thierry.debugne@rehazenter.lu

Travail reçu le 15 février 2016 ; accepté dans sa version définitive le 22 novembre 2016.

REHAZENTER

UNITÉ D'ÉVALUATION PELVI-PÉRINÉOLOGIE

RUE A. VESALE,1

L-2674 Luxembourg

Luxembourg, 30/03/2013

Madame, Monsieur,

L'AUTO-SONDAGE INTERMITTENT est reconnu comme étant le mode de vidange vésical le plus approprié pour un grand nombre de patients porteurs de lésions neurologiques.

Néanmoins, malgré les multiples références et recommandations de bonnes pratiques, son implémentation et sa poursuite à moyen et long terme posent encore régulièrement problème.

L'objet de cette enquête est de répertorier et d'évaluer les facteurs qui vous semblent à vous, patients et/ou personnel de soins infirmiers, les plus impliqués dans cette problématique.

Pour ce faire, nous avons établi une liste exhaustive (check-list) de ces facteurs : dans un premier temps, reprenez les 10 facteurs qui vous semblent les plus susceptibles de limiter la pratique du sondage intermittent. Dans un second temps, nous vous demandons de classer ces 10 facteurs par ordre d'importance, 1 étant le plus important et 10 le moins important. Notez dans la colonne intitulée COTATION votre score.

Toutes ces données seront traitées de façon anonyme.

La comparaison des classements établis par les patients, les infirmières travaillant en milieu de rééducation, les infirmières exerçant en milieu hospitalier aigu et les infirmières exerçant à domicile nous permettra de pointer les différences éventuelles de perception de cette technique, et de cibler d'autant mieux nos éducations patients et le contenu de nos ateliers de formation continue.

Nous vous remercions de votre participation.

Bien à vous.

Me Sylvie Foucret – Infirmière référente

Dr Debugne Thierry